



**Universidad
Europea MADRID**

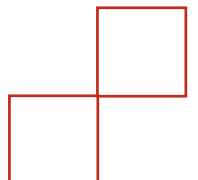
UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO CON
SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN

Máster de Psicología General Sanitaria
2020/2022

Autor: Ricardo Avelino Martínez Fernández
Tutora académica: Dra. Dimitra Manos

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Agradecimientos:

Me gustaría agradecer el apoyo de todas las personas que me han ayudado a alcanzar este proyecto de futuro, especialmente de aquellas que decidieron acompañarme en este último tramo transcendental para mi futuro profesional:

A Wolfgang por estudiar conmigo ayer, hoy y mañana.

A Ángela por su amistad, tenacidad y empatía.

A Ana por su cariño, cercanía y compromiso.

A Dimitra por guiarme con rigor y generosidad.

Al equipo docente de este Máster por adaptarse a tantas dificultades con paciencia, humor y profesionalidad.

A mis amistades por esperarme.

A mi familia por llorar y reír conmigo.

Gracias de corazón.

Resumen

El caso clínico corresponde a una paciente que acude a consulta afectada de ansiedad asociada a trastornos alimenticios. Sus pensamientos obsesivos no sólo están relacionados con la alimentación sino con otros aspectos de su vida diaria. La variedad y multitud de síntomas no relacionados con la conducta alimentaria sugieren una evaluación exhaustiva mediante el test Y-BOCS para medir la severidad de los pensamientos obsesivos y el test BSQ para determinar la preocupación por el peso y la figura corporal. El análisis de los resultados demuestra que la paciente padece un Trastorno Obsesivo Compulsivo en el que los pensamientos y las conductas se centran en el peso, la imagen corporal y la alimentación, descartando la Anorexia Nerviosa. Se le aplica el tratamiento de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR). Se compone de 21 sesiones y 7 de refuerzo, con el objetivo de eliminar o reducir tanto la frecuencia como la duración de las compulsiones, suprimir los pensamientos obsesivos e integrar a la paciente a su vida diaria con normalidad. Aún en fase de tratamiento, en una evaluación intermedia, constatamos una mejoría significativa en prácticamente todos los ámbitos de su vida, incluyendo la alimentación.

Palabras clave:

Pensamiento obsesivo; anorexia nerviosa; trastorno obsesivo compulsivo; exposición con prevención de respuesta.

Abstract

The clinical case corresponds to a patient who comes to consultation affected by anxiety associated with eating disorders. Her obsessive thoughts are not only related to food but to other aspects of her daily life. The variety and multitude of symptoms not related to eating behaviour suggest a comprehensive evaluation using the Y-BOCS test to measure the severity of obsessive thoughts and the BSQ test to determine concern about weight and body shape. The analysis of the results reveals that the patient suffers from an Obsessive Compulsive Disorder in which thoughts and behaviours focus on weight, body image and eating, ruling out Anorexia Nervosa. An Exposure with Response Prevention (ERP) treatment is applied. It consists of 21 sessions and 7 reinforcement sessions, with the aim of eliminating or reducing both the frequency and duration of the compulsions, suppressing obsessive thoughts and integrating the patient into her daily life. Still in the treatment phase, in an intermediate evaluation, we verified a significant improvement in practically all areas of her life, including food.

Keywords:

Obsessive thinking; anorexia nervosa; obsessive compulsive disorder; exposure with response prevention.

ÍNDICE

Agradecimientos	2
Resumen	3
Abstract	4
1. Introducción	8
1.1 Definición del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)	8
1.2 Prevalencia	9
1.3 Factores de riesgo	10
1.4 Tratamientos empíricamente validados y variables terapéuticas	11
1.5 Comorbilidad y diagnóstico diferencial	12
1.6 Relevancia e interés del estudio del caso	15
2. Motivo de la consulta e identificación de la paciente	17
2.1 Motivo de la consulta	17
2.2 Descripción de la paciente	17
2.3 Antecedentes clínicos	17
3. Estrategias de evaluación	18
3.1 Entrevista clínica	18
3.2 Genograma	19
3.3 Body Shape Questionnaire (BSQ)	20
3.4 Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)	20
3.5 Entrevista Semiestructurada	21
4. Formulación del caso	23
4.1 Descripción del problema	23
4.2 Resultado de las pruebas de evaluación	25
4.2.1 Genograma	25
4.2.2 Body Shape Questionnaire (BSQ)	26
4.2.3 Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)	27
4.2.4 Cuestionario entrevista semiestructurada	28
4.3 Análisis funcional de la conducta	31
4.4 Hipótesis	33
4.5 Objetivos terapéuticos	33
5. Tratamiento	34
5.1 Programa de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR)	35
5.2 Habilidades del terapeuta	36
5.3 Aplicación de la EPR	36

6. Valoración del tratamiento	44
6.1 Adherencia al tratamiento	45
6.2 Consecución de los objetivos	49
7. Discusión y conclusiones	50
7.1 Discusión	50
7.2 Conclusiones	54
8. Referencias Bibliográficas	57
9. Anexos	61

ÍNDICE DE ANEXOS

Body Shape Questionnaire (BSQ)	61
Yale – Brown Obsessive - Compulsive Scale (Y-BOCS)	64
Entrevista Semiestructurada	70

1. Introducción

1.1. Definición del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

Durante décadas, se ha invertido mucho esfuerzo en estudiar, evaluar, clasificar e intervenir sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición define así el TOC (DSM-5, 2014):

“Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas. Las obsesiones se definen por:

- *Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.*
- *El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).*

Las compulsiones se definen por:

- *Comportamientos (p.ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p.ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.*
- *El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos”.*

Parece ser que existe unanimidad respecto a una singularidad del TOC y es su carácter “*egodistónico*”, es decir, que la persona que sufre pensamientos obsesivos sin que pueda hacer nada para evitarlos declara que van en contra de su plan de vida (Pareja, 2001). Una de las variables principales de mantenimiento del TOC, es el intento de neutralizar prematuramente *compulsando* un comportamiento que le alivie los síntomas ansiógenos durante un tiempo, hasta que se presente otro pensamiento obsesivo e intrusivo, lo que lejos de aportarle serenidad a través de sus conductas, consigue todo lo contrario, reforzando negativamente el intento de “*evitar*” tener esos pensamientos (Belloch y Sandín, 2020; Gavino, 2009).

La ansiedad es el elemento común en todas las obsesiones. Puede motivar que se realice la conducta compulsiva (Belloch y Sandín, 2020). Ninguna de estas conductas tiene el objetivo de obtener una gratificación, sino que se ejecuta para disminuir o eliminar la ansiedad. El sujeto ejecuta cada conducta compulsiva hasta el final (Gavino, 2005). En la mayoría de las compulsiones, la persona duda si ha sido suficiente realizar esa acción para disminuir su estado de ansiedad, o también si la ha realizado correctamente, o incluso si la llevó a cabo. Todas estas acciones hacen que el paciente reinicie la acción una y otra vez hasta que la duda se disipe y su nivel de ansiedad disminuya lo suficiente como para seguir con su actividad cotidiana de manera “normal” (Jenike y al., 2001).

1.2. Prevalencia

Según la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP, 2017), que ofrece el Ministerio de Sanidad a través de la Subdirección General de Información Sanitaria del Gobierno de España, la prevalencia en la población española a fecha de 2017 no difiere entre los dos sexos (1,1%). Los varones hasta los 35 años son los que más acusan el trastorno (1,8%), mientras que las mujeres llegan al 1,1%.

A partir de esa edad, en ellos desciende su prevalencia (1,2%), mientras que en ellas asciende (1,7%). El progreso del TOC se mantiene relativamente estable a lo largo del tiempo (0,2%). Los datos indican que los estratos sociales de menor renta se caracterizan por una mayor prevalencia.

1.3. Factores de riesgo

Según el DSM-5, los acontecimientos traumáticos y estresantes pueden suscitar la aparición del TOC. De igual manera, las emociones que provocan malestar psicológico (p.ej., el sentimiento de soledad), como es el caso que vamos a describir posteriormente, logran desencadenar el trastorno. En el transcurso de la patología, la mitad de la población manifiesta ideaciones suicidas y la cuarta parte logra ejecutar el intento, (Belloch y Sandín, 2020). Existen varias líneas de investigación sobre los componentes genéticos y hereditarios del TOC. En este sentido, se descubrió que al igual que la mayoría de los trastornos mentales, éste tiene un origen neurológico y neuroquímico, provocando alteraciones sinápticas entre diferentes estructuras cerebrales, tales como la corteza prefrontal, el cíngulo anterior, el núcleo caudado y ganglios basales, (Rodríguez-Contreras, 2020).

Este mismo autor afirma que otros factores de riesgo de este trastorno son los componentes genéticos, que son lo que más incrementan la tasa de incidencia. Se estima que los familiares de primer grado tienen 4.6 veces más probabilidades de padecer esta patología que el resto de la población general (González Santos y al., 2018). La familia es la estructura fundamental para la transmisión genética ambiental y cultural, ejerciendo importantes influencias en los fenotipos de la conducta de sus miembros.

En los estudios sobre familias primarias, los resultados sugieren una forma de transmisión mixta, es decir, la interacción de un gen mayor sobre un fondo multigénico; así múltiples genes pueden influir en la transmisión del TOC. Sin embargo, la localización e identificación de los genes en los

alelos cromosómicos o receptores tales como el dopaminérgico (DRD3) manifiestan múltiples fenotípicos psiquiátricos, por lo que los resultados de estos estudios deben interpretarse con cautela (González Santos y al., 2018).

1.4. Tratamientos empíricamente validados y variables terapéuticas

El TOC es uno de los trastornos de ansiedad que se caracteriza por muchas dificultades para aplicar los tratamientos. Los más efectivos, y por consiguiente los más validados empíricamente, son la Terapia de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), siendo la más utilizada y reconocida por los terapeutas; la terapia cognitiva, que no supone más que aportaciones cognitivas a la EPR; y la psicofarmacológica (Pareja, 2001).

- Exposición con Prevención de Respuesta (EPR): Se trata de un programa conductual que interviene sobre las compulsiones. En este caso, el papel del terapeuta es absolutamente directivo al principio, dejando el protagonismo al paciente según vaya avanzando el programa. El paciente debe confiar plenamente en el terapeuta, en caso contrario la EPR no funciona. Los familiares pueden participar como coterapeutas ayudando al paciente a exponerse a los estímulos. El programa contempla realizar un listado de los pensamientos y de las compulsiones, para posteriormente realizar las exposiciones sistemáticas. El objetivo final es la incorporación del paciente a su medio natural, eliminando o disminuyendo tanto las obsesiones como las compulsiones, (Gavino, 2008).
- La reducción de los síntomas del TOC con la técnica de EPR también puede facilitar la mejoría en los síntomas del Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Las técnicas de exposición adaptadas al acto de comer pueden reducir directamente las cogniciones y los comportamientos alimentarios patológicos, mejorando así la alimentación y facilitando la respuesta al tratamiento (Simpson y al., 2013).

- Tratamiento cognitivo: Es una alternativa a la EPR, cuando el paciente se resiste a realizar la exposición. No es un programa en sí, sino una serie de pautas dirigidas a las obsesiones. Muchas de las obsesiones son “*egodistónicas*” y el paciente reconoce lo absurdo que llegan a ser. Sin embargo, no logra disminuir la ansiedad. Este tratamiento trata de rebajar la frecuencia de esas obsesiones y no de las compulsiones (Jenike, 2001). Con estas técnicas, se pretende “*de-fusionar*” la asociación pensamiento-compulsión. Gavino propone como objetivos la aceptación de la ansiedad y de los pensamientos intrusivos como una situación normal, pero al mismo tiempo se debe rechazar la creencia de que la probabilidad de las consecuencias sea cierta.
- Psicofarmacología: Los antidepresivos tricíclicos (Clomipramina) y los ISRS (Fluoxetina) son los más usados en el tratamiento del TOC. No existen diferencias significativas según el metaanálisis de Greist y su equipo (citado por Pareja, 2001), aunque éstos aseguran que la tasa de abandono es superior con los ISRS (23% - 27%) que con la Clomipramina (12,5%). Los efectos secundarios son mucho superiores con la Fluoxetina, con un 43%, frente al 3% de la Clomipramina (Jenike, 1991).

1.5. Comorbilidad y diagnóstico diferencial

Las modificaciones que han emergido de las investigaciones sobre el TOC consistían en incluir o excluir síntomas y determinadas variables de mantenimiento del trastorno (Gavino, 2005). En la nueva clasificación que publica el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (APA, 2014), la ansiedad predomina en el origen y mantenimiento de las obsesiones; de hecho, se encuentran una serie de similitudes de síntomas en el trastorno dismórfico corporal (TDC) y el trastorno por acumulación, por citar algunos (Belloch, 2020). De igual modo, los investigadores coinciden en señalar que los trastornos del espectro obsesivo deberían dejar de estar incluidos dentro de los trastornos de ansiedad en los manuales diagnósticos, y tener un apartado propio en

las clasificaciones diagnósticas. Evidentemente, tales decisiones no han dejado indiferente a la comunidad científica (Gavino, 2008).

- a. TOC y depresión: Hay una gran concurrencia entre los trastornos depresivos y el TOC, se mueve entre un 30 y un 50% (Brakoulias y Belloch, 2017). Las investigaciones apuntan a que los episodios depresivos son secundarios al TOC porque éste ya posee una naturaleza depresógena (Rasmussen y Eisen, 1992). En una depresión mayor es frecuente observar signos obsesivos en los pacientes. Tallis (1995) advierte de que, en numerosas ocasiones, las depresiones ocultan un TOC. La comorbilidad entre ambas patologías agrava sustancialmente la calidad de vida de los pacientes (Rickelt, 2016). McNally (2017) afirma que la depresión actúa más sobre las obsesiones que sobre las compulsiones.

- b. TOC y trastornos de ansiedad: Se hallan numerosos datos de una alta tasa de comorbilidad entre el TOC y la ansiedad (Brakoulias y Belloch, 2017). Estos mismos autores aclaran que la fobia social es la más habitual, seguida por la ansiedad generalizada y las fobias específicas. Sin embargo, el denominador común del TOC es la manifestación de episodios con alto grado de ansiedad, pero debemos descartar un diagnóstico de ansiedad específica (Belloch, 2020). Por ejemplo, los pacientes con TOC necesitan completar las acciones, ritualizadas o no, para disminuir la tasa de ansiedad. Finalizar la acción es el componente motivador de las compulsiones, y no la ansiedad.

- c. TOC y trastornos del espectro del autismo: Los pacientes del espectro autista manifiestan comportamientos ritualizados y repetitivos; sin embargo, no suelen contemplar obsesiones ni compulsiones a consecuencia de ellos. Estos pacientes mantienen un déficit en actividades, intereses y relaciones con las personas que no poseen los de TOC.

- d. TOC y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): Las personas con TEPT advierten de la intrusión de pensamientos desagradables e intrusivos. Intentan impedir su aparición evitando lugares y situaciones. La diferencia radica en que estos pensamientos tienen relación directa con los hechos traumáticos.

- e. TOC y trastornos de tics, incluyendo el síndrome de la Tourette: Los tics se deben diferenciar de las compulsiones porque son la manifestación involuntaria de un grupo de músculos. En el DSM-5 (APA, 2014), la aparición conjunta de tics y TOC pueden manifestarse en un mismo paciente, siendo el tic un determinante del TOC.

- f. TOC y trastornos de la personalidad: La mayoría de los estudios avalan que muchos pacientes con TOC presentan un trastorno de personalidad asociado (Jenike y Baer, 1992). El más frecuente es el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TPOC), con casi el 44,5 % (Brakoulias y Belloch, 2017), seguido del trastorno evitativo, con casi un 30%, el dependiente (20%) y el histriónico (5-25%). Se encuentra una gran relación en lo que se refiere a las características de personalidad de los pacientes con TOC y TPOC. El perfeccionismo es un rasgo significativo del TPOC que se suele ver en el TOC. Las personas que manifiestan ambos trastornos poseen un mayor deterioro funcional y con peor resistencia a los tratamientos. Por último, los pacientes con TPOC no informan de obsesiones ni muestran comportamientos compulsivos relacionados con los pensamientos.

- g. TOC y Anorexia Nerviosa (AN): Varios estudios reflejan un solapamiento entre la AN y el TOC, pudiendo mostrar elementos genéticos, neurobiológicos y psicológicos comunes (Serpell y al., 2002). Otros estudios apoyan una mayor comorbilidad entre la AN y los rasgos de personalidad obsesiva compulsiva. El TOC es un factor predisponente para el desarrollo de una AN (Klein y Riso, 1993). La evidencia sugiere que la AN y el TOC pueden compartir factores etiológicos

subyacentes comunes, lo que puede llevar a su alta coocurrencia (Serpell, 2002). Los síntomas del TOC son para la mayoría de los pacientes *egodistónicos*, mientras que para los individuos con AN son más bien *egosintónicos* (Bastiani y al., 1996). Muchos pacientes con AN manifiestan un deterioro significativo de los síntomas primarios del TOC con una magnitud similar en gravedad a la encontrada en los pacientes con TOC (Matsunaga y al., 1999).

1.6. Relevancia e interés del estudio del caso

Todas las conductas de neutralización refuerzan negativamente la intrusión de los pensamientos obsesivos (Pareja, 2001). Las personas pasan la mayor parte de su tiempo intentando neutralizar tales obsesiones para rebajar el nivel de ansiedad que están sufriendo. Por este motivo, el elemento principal que declaran los pacientes como motivo de la consulta es la ansiedad (Gavino, 2008).

La paciente que acudió a consulta narró principalmente las consecuencias negativas de su ansiedad y de su obstinación por perder peso. Sin embargo, no se refirió a los pensamientos obsesivos hasta que se le formularon las preguntas oportunas sobre otros ámbitos de su vida en los que manifestaba ansiedad.

El caso clínico que vamos a abordar en los apartados siguientes corresponde a este tipo de paciente, aquejado de padecer ansiedad permanentemente, y con episodios mucho más agudos en ciertas circunstancias. Cuando pensábamos hallarnos ante un posible diagnóstico de ansiedad generalizada, nos encontramos, en cambio, con un severo cuadro de Anorexia Nerviosa (AN) según los criterios diagnósticos del DSM-5. En un principio, durante la primera entrevista, nuestras hipótesis iniciales barajaban dirigir las evaluaciones hacia los trastornos de ansiedad y Anorexia Nerviosa. Según íbamos recopilando información clínicamente relevante, sospechamos de un posible Trastorno Obsesivo Compulsivo. Al dirigir las preguntas sobre las obsesiones y

compulsiones que manifestaba la paciente, nos decantamos por realizar las evaluaciones sobre el TOC. Con el fin de confirmar o descartar una posible AN, le aplicamos un cuestionario para evaluar la severidad y el diagnóstico del trastorno

Lo atractivo de este caso es la similitud de síntomas con otras patologías, lo cual induce a cometer errores a la hora de planificar los tratamientos. La ansiedad es el aparente criterio nosológico a intervenir, cuando realmente es el eje pensamiento-compulsión quien la provoca. El grado de control que mantiene la paciente sobre las obsesiones será uno de los aspectos que nos va a permitir planificar el tratamiento (Gavino, 2008).

Los pacientes con AN y los pacientes con TOC mantienen una magnitud similar de deterioro de obsesiones y compulsiones; sin embargo, los pacientes con TOC presentan una amplia variedad de obsesiones y compulsiones, mientras que los anoréxicos tienden a favorecer los síntomas que están relacionados con la simetría y orden (Bastiani y al., 1996). Es uno de los criterios principales que nos ha inducido a descartar un diagnóstico de AN: el desorden y la anarquía imperante en su vida y los ayunos intermitentes interrumpidos a menudo por ingestas de alimentos hipercalóricos, apuntaban a un TOC con una obsesión principal sobre la conducta alimentaria.

Manías o compulsiones tenemos todos muchísimas, y no descarto que algunas de ellas puedan ser de criterio diagnóstico, pero son las obsesiones, el alto índice de ansiedad y el carácter *egodistónico* de los pensamientos, los que confirman que tenemos un caso de TOC y no de simples conductas compulsivas.

2. Identificación de la paciente y motivo de consulta

2.1. Motivo de la consulta

La paciente acude a consulta aquejada de fuertes episodios de ansiedad. Por otro lado, solicita que se le ayude con el insomnio que padece desde hace años. A consecuencia de sentirse agotada por la falta de sueño y por su casi permanente estado de ansiedad, la paciente acusa mucha apatía y falta de interés en general.

2.2. Descripción de la paciente

Paula es una mujer soltera de 21 años residente en Gijón (Asturias). Cursa estudios de música de grado superior en el conservatorio. Imparte clases particulares de la ESO y de violín. Sus padres están divorciados desde hace 9 años. Vive junto a su hermana de 20 años en el domicilio de la madre. Su padre es técnico en electrónica y la madre es profesora en el conservatorio. A lo largo de su infancia y adolescencia, el estilo de apego mantenido con sus padres era más bien desorganizado. Actualmente está iniciando una relación sentimental con otra chica de la misma edad.

2.3. Antecedentes clínicos

- A la edad de 5 años acudió a una consulta psicológica por enuresis nocturna. Recibió un breve tratamiento que consistía en levantarse por la noche para orinar. Desde entonces, Paula mantiene un ciclo de sueño-vigilia alterado.

- Padece de Síndrome de Ovarios Poliquísticos (SOP). Sigue un tratamiento hormonal anticonceptivo regulador de las alteraciones metabólicas e inmunitarias.
- Hasta julio del año pasado su peso corporal era de 83kg y su IMC = 33.2 (obesidad de tipo 1 severa según la escala de Quetelet).
- Para la ansiedad sigue un tratamiento desde hace 2 años aproximadamente con Lexatin 1.5mg (1 toma diaria por la mañana). Dicho tratamiento fue diagnosticado y prescrito por su médico de familia.
- Lleva 1,5 años siendo vegana (toma suplemento vitamina B12).

3. Estrategias de Evaluación

Los instrumentos de evaluación que se han utilizado se reparten en un continuo desde una concepción general hacia una evaluación más específica. Sabemos que la paciente acude a consulta aquejada de ansiedad.

3.1. Entrevista clínica

La entrevista clínica se prolongó a lo largo de 1 sesión de 1h30. En ella se formularon preguntas referentes a:

- historial personal: edad, nivel de estudios, situación familiar, relaciones sentimentales, aficiones, relaciones sociales.
- anamnesis de la paciente.

- hábitos sobre higiene, alimentación, actividad física, organización del tiempo y del espacio (orden, meticulosidad, escurpulosidad).
- descripción, génesis y curso de su ansiedad.
- variables de mantenimiento de la ansiedad.
- mecanismos de respuesta y defensa frente a su ansiedad.
- creencias sobre las consecuencias de la ansiedad.
- Expectativas y motivación para el cambio y la adherencia al tratamiento.

En esta primera entrevista y toma de contacto, comprobamos que la paciente manifiesta episodios de ansiedad que le producen un gran malestar general interfiriendo en su vida académica y personal.

3.2. Genograma

Desde una perspectiva sistémica, en la primera sesión, procedemos a realizar un Genograma con el fin de detectar si existe o no correlación entre los problemas que la llevan a acudir a consultar y su historia familiar. A través de este método de evaluación, conocemos la relación que ha mantenido y mantiene con los miembros de su familia. Al mismo tiempo, se le pregunta sobre los hábitos de vida de sus familiares más cercanos e influyentes. Por último, efectuamos una recopilación y establecemos una posible relación de las patologías y hábitos de los miembros de su familia y de la paciente.

Los problemas de la conducta alimentaria y la pérdida de vínculo con sus progenitores han sido los detonantes para proceder a emplear tres tests suplementarios con la finalidad de acercarnos a un diagnóstico confirmatorio, plantear una hipótesis y análisis funcional.

3.3. Body Shape Questionnaire (BSQ) (ver Anexo I)

El cuestionario BSQ (Cooper y al., 1987) se realizó en consulta el segundo día con unos 20 minutos de duración.

Mide la preocupación que tiene la paciente por el peso, su figura, la autodevaluación de la apariencia física, el temor a ganar peso, la voluntad de perder peso, el rehuir las situaciones en las que expone su apariencia física. Mide la pérdida de placer hacia la comida y discrimina la población clínica de la no clínica (Espina y al., 2001). Está compuesto por 34 preguntas que se responden por una escala de Likert (1: Nunca / 6: Siempre). Se obtiene una puntuación sumando todos los ítems, moviéndose ésta entre los 34 puntos y los 204. Está dividido en 5 variables. La primera variable la constituyen ítems que miden la preocupación por el peso. La segunda variable mide la preocupación por los aspectos físicos de la obesidad. La tercera mide la preocupación general por el cuerpo. La cuarta variable evalúa el desagrado por la parte inferior del cuerpo y la última valora los comportamientos desadaptativos para reducir el peso. El BSQ posee el coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) entre 0.93 y 0.97 en población no clínica. El coeficiente de correlación intraclases con test y retest es de 0.88. El coeficiente de correlación de Pearson sobre la validez convergente oscila entre 0.61 y 0.81. Es adecuado para discriminar pacientes con Anorexia Nerviosa, con posible Anorexia Nerviosa y sin trastorno de la conducta alimentaria (Raich y al., 1996). Este cuestionario se ha usado antes del tratamiento y en el momento intermedio del tratamiento.

3.4. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) (ver Anexo II)

La escala Y-BOCS (Goodman, Price y al., 1986) evalúa la severidad de los síntomas obsesivos compulsivos en los pre y post tratamientos. El cuestionario se aplicó durante toda la tercera sesión. Consta de 83 ítems y 15 categorías, que miden las interferencias y severidad de las obsesiones y

compulsiones, el distrés, la resistencia y las conductas de control. Su fiabilidad posee una alta consistencia interna (alfa de Cronbach 0.60-0.91; alfa de Cronbach para el total de los evaluadores 0.89 con $p < 0.0001$), una buena fiabilidad inter-observador ($r: 0,98$ con $p < 0.0001$), así como una variable correlación de cada ítem con la puntuación total de la escala ($r: 0,36-0,77$). La fiabilidad test-retest tras una semana es adecuada cuando se realiza por el mismo examinador. Los valores del alfa de Cronbach mostraron que el instrumento es altamente homogéneo. Posee una buena validez convergente cuando se compara con los resultados de otras escalas similares (Bobes, Bousoño, González, 1996).

Previamente, se le explica a la paciente el significado de cada categoría junto con una lista de síntomas obsesivos compulsivos para una mayor comprensión. Es un inventario cuyas respuestas son dicotómicas (sí/no) en dos espacios temporales (actual/pasado). Las categorías contemplan la evaluación sobre las obsesiones agresivas, de contaminación, sexuales, de acumulación y ahorro, religiosas (escrupulosidad), simetría y exactitud, misceláneas, somáticas. De igual modo evalúa las compulsiones de limpieza y lavado, de comprobación, rituales de repetición, de ordenar, de contar, de almacenar, misceláneas. Una vez completado el inventario en todas las categorías, el total de la severidad del trastorno se mide en una escala tipo Likert (0 a 4), además de evaluar las dos subescalas de severidad de los pensamientos obsesivos y de severidad de las compulsiones. Esta prueba de evaluación puede ser usada a lo largo del tratamiento, para así comprobar las áreas de mayor éxito y las que precisan mayor atención (Godoy y Gavino, 2016). Por otro lado, la paciente debe informar sobre las áreas en las que ha descendido la frecuencia de las obsesiones y compulsiones, y aquellas en que no, o por el contrario están obteniendo mayor relevancia.

3.5. Entrevista semiestructurada (ver Anexo III)

La entrevista semiestructurada consiste en comprobar cuáles son las actitudes que tiene la paciente sobre su vida cotidiana y sobre si misma en relación con su entorno. Contempla

igualmente el tipo de concepto que tiene sobre la familia, las amistades, en definitiva, sobre sus creencias en cuanto al mundo que la rodea. Además, considera el tipo de relación que ha construido con sus padres. Esta entrevista sirve como método de evaluación cualitativa y como método de intervención en el momento de confrontar las conductas con lo que la paciente indicó en el cuestionario que rellenó en su domicilio. La entrevista ha sido desarrollada *ad hoc* para este caso.

Para confeccionar esta entrevista personalizada, nos hemos basado en la “*entrevista familiar* (Amaro, 2012), *la entrevista clínica* (Bados, García Grau, 2014), *la entrevista de evaluación psicodinámica* (Mateo, 2010), *manual de la entrevista psicológica* (Perpiñá, 2010), *la primera entrevista familiar desde un enfoque humanista* (Sandoval, 2007) y *la formación del conocimiento de sí mismo en la educación de la personalidad* (Tamayo y al., 2017).

Se le procura el cuestionario para ser autoinformado. A lo largo de las sesiones, se revisan y comentan las respuestas. De esta manera, podemos comprobar los mecanismos de resistencia en algunas áreas y de mayor motivación en otras. Confrontamos sus respuestas entre lo que piensa la paciente sobre los conceptos y actitudes sobre su entorno y la manera que tiene para proceder a lo largo de su vida. Cotejamos las variables de mantenimiento de sus obsesiones y compulsiones, además de repasar los periodos de mayor incidencia del trastorno, su génesis y las consecuencias negativas.

Esta entrevista tiene así mismo como principio hacer reflexionar a la paciente sobre su existencia interna y externa, manifestar y debatir sus respuestas durante las sesiones, con el objetivo de intervenir en aquellas áreas en las que se mantienen y refuerzan los pensamientos obsesivos. Reflexionar sobre sí misma le ayuda a valorar sus expectativas de cambio y la motivación para realizar la transformación desde una persona sometida a la esclavitud y dependencia de unos pensamientos intrusivos hacia una persona más autónoma y atrevida.

Hemos incluido un apartado sobre el vínculo que mantiene con sus padres, en el que le pedimos que reflexione en qué medida la educación y comportamiento de sus padres han contribuido a cristalizar su personalidad y su carácter. El último apartado consiste en trece ítems que intentan hacerle pensar y razonar sobre el tipo de persona que se considera y que considera su entorno. El último ítem se refiere al grado de compromiso para realizar los cambios que se propone conseguir a lo largo de su vida.

A lo largo de todas las sesiones, este cuestionario sirve como herramienta para las intervenciones, sobre todo para reforzar positivamente los logros alcanzados y detectar las resistencias que manifiesta en los programas de exposición que desarrollaremos en el apartado en el que describimos los tratamientos.

4. Formulación clínica del caso.

4.1. Descripción del problema

Paula es una joven mujer de 21 años que acude a la consulta por síntomas de ansiedad relacionados con la conducta alimentaria. Hace 2 años aproximadamente que su médico de familia le recetó Lexatin 1,5 mg, del que toma una cápsula al día por la mañana. Acusa malestar por estar obsesionada con la pérdida de peso y padecer episodios de ansiedad cada vez que se enfrenta a situaciones que están relacionadas con la comida, desde los pasillos y secciones de alimentación del supermercado, hasta tener que cocinar para comer. De igual forma, argumenta sentirse muy nerviosa cuando ve, por la televisión o por internet, espacios de cocina en los que se explican recetas, o simplemente observa a personas comer. Trata de desviar la mirada hacia otro lado cuando se cruza con personas desconocidas con sobrepeso. Si se trata de personas conocidas y cercanas no experimenta malestar.

Paula cursa sus estudios en el conservatorio, compone música e imparte clases particulares de la ESO. Se identifica como vegana desde hace un año y medio, y previamente, durante dos años, se alimentaba como vegetariana. A nivel sentimental se considera bisexual. Mantiene una relación con otra chica de su misma edad. Dicha condición nunca fue un problema en el seno de su familia, y para ella tampoco, por lo que no contempla ninguna correlación entre dicha condición y su trastorno. En la actualidad, vive en casa de la madre junto a su hermana, un año menor que ella.

La madre es profesora de música en el conservatorio. Está divorciada del padre de la paciente desde hace 9 años. Éste tenía serios problemas de abuso de alcohol. La relación matrimonial siempre fue tormentosa. Paula asegura que la posible causa de la conducta abusiva de alcohol de su padre es la mala relación matrimonial desde que eran niñas. Su hermana tiene 20 años, y se encuentra en la actualidad en seguimiento psicológico por ansiedad.

Paula declara que ella y su hermana, durante la infancia, carecían del afecto de sus padres y apenas los veían. La madre estaba muy absorbida por su trabajo, e impartía, además del conservatorio, clases a domicilio, teniendo que regresar a casa a altas horas de la noche. El padre por aquel entonces trabajaba de operario de mantenimiento a turnos en una fábrica. Recuerda que tanto las comidas como los horarios eran un verdadero despropósito en cuanto a organización. Se cocinaban grandes cantidades de comida para toda la semana. Sin embargo, el padre les dejaba dinero para que se fueran a comprar comida precocinada, y como consecuencia, se desechaban mucha comida. Además, no había un horario definido para comer, es decir, que cada cual comía cuando quería, habiendo incluso episodios de ingesta nocturna.

A mediados de julio de 2021, Paula pesaba 83 kg para una altura de 1m58. El índice de masa corporal era $IMC = 33.2$, lo que en la escala de Quetelet equivale a una obesidad de tipo 1 severa. En tan sólo tres meses perdió 27 kg, realizando ayunos y buscando alimentos con escasas calorías, sin seguir ninguna prescripción médica o de un nutricionista. Se le aconsejó acudir al médico y

realizar una analítica para descartar cualquier patología orgánica a raíz de una pérdida tan abrupta de peso en tres meses. La paciente no sintió la necesidad de hacerlo porque decía no tener molestias. Todavía hoy reiteramos la necesidad de realizar un examen exploratorio médico. Su IMC actual es de 22.8, situándose en un rango normal en la escala de Quetelet. Un dato a tener en cuenta es que la paciente padece de *Síndrome de Ovarios Poliquísticos (S.O.P.)*. Una de las características del S.O.P. es el elevado nivel de andrógenos, provocando una cadena de efectos adversos en el organismo, por ejemplo, una subida significativa de peso (Vivas et al., 2011).

4.2. Resultados de las pruebas de evaluación

4.2.1. Genograma

Durante la entrevista inicial, se procede a efectuar un *Genograma* con el propósito de identificar patrones de conducta y contextos que puedan influir en los comportamientos patológicos de la paciente. Tras realizar el mapa familiar, se observa que varios miembros de su familia, entre ellos su padre, padecen o han padecido problemas relacionados con la conducta alimentaria, como el sobrepeso, con serias consecuencias para la salud, tales como problemas coronarios y diabetes tipo 2. Por otro lado, la paciente declara no tener mucho contacto con los miembros de su familia, tanto paterna como materna. No recuerda haber participado en reuniones familiares. Describe a su familia como *“independiente y que cada uno tiene su propia vida”*. A la pregunta de si echa de menos el tener un mayor vínculo con su familia, contesta que sus padres las han criado de esta manera y que a ellos tampoco les ha importado trabajar ese vínculo.

4.2.2. Body Shape Questionnaire (BSQ) *(ver anexo I)*

Las puntuaciones generales directas son de mín. 34 y de máx. 204. El punto de corte se situó en puntuación directa de 59 para el factor de Insatisfacción Corporal, de 54 para el factor de Preocupación por el Peso y de 112 para la puntuación general.

Tabla 1

Puntuación directa por factores

<i>Factor</i>	<i>Descripción</i>	<i>Preguntas número</i>
<i>Factor 1</i>	Insatisfacción corporal	Puntuación directa: 80
<i>Factor 2</i>	Preocupación por el peso	Puntuación directa: 63
	Cuestionario	Puntuación general: 143

Se observa una significativa preocupación por su figura corporal, manifestando insatisfacción en prácticamente todos los ítems. En las preguntas referidas sobre estar con personas delgadas, y si le ha hecho fijarse más en su figura comparándola desfavorablemente, la puntuación ha sido muy alta. Su descontento con el aspecto de su cuerpo interfiere en su rutina diaria en cuanto a poder mantener la concentración al mirar la televisión, leer o mantener una conversación. No tiene pensamientos relacionados con deshacerse o cortar partes gruesas de su cuerpo. A veces ha evitado acudir a actos sociales por sentirse mal con su figura. No cree que sea injusto que los demás sean más delgados que ella. Le cuesta mucho verse reflejada en un escaparate o en el espejo.

Por otro lado, analizando el factor peso, comprobamos que está directamente relacionado con la insatisfacción con la figura. La obsesión por sentirse gorda ha tenido como consecuencia realizar ayunos intermitentes de 2 a 3 días. A la pregunta sobre si la ingesta de poca comida le ha hecho sentir gorda, afirmó rotundamente que sí con la máxima puntuación. De igual manera, se siente

permanentemente gorda cada vez que toma el autobús o se debe sentar al lado de otras personas. Por este motivo, en el transporte público decide no sentarse.

Tras una entrevista con la madre, sabemos que Paula no sigue ninguna dieta específica y que continúa con conductas paradójicas. Varias veces a la semana pide que le traigan pizzas veganas. La madre encuentra en la papelera envoltorios de patatas fritas y de todo tipo de aperitivos, frutos secos y encurtidos. Confrontada con este hecho, Paula aclara que, si ingiere ese tipo de alimentos, no come nada en el resto del día. Asegura que suele ser una pizza a la semana compartida con su hermana y que no lo hace con la frecuencia comentada por su madre. Con estas informaciones, seguimos pendientes de si existe o no una conducta por atracón.

4.2.3. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) *(Ver anexo II)*

En la escala Y-BOCS, la paciente suma un total de 17/25 en la variable sobre la severidad de las obsesiones, mientras la puntuación es de 19/25 en la variable sobre las compulsiones. La severidad tanto de las obsesiones como de las compulsiones es alta. Las áreas afectadas y por consiguiente las que se van a tratar son:

Tabla 2

Áreas afectadas de obsesiones

OBSESIONES	PENSAMIENTOS A INTERVENIR
Simetría y exactitud	Pensamiento mágico (temor a que ocurra algo malo)
Miscelánea	Necesidad de recordar / Imágenes y sonidos sin sentidos e intrusos
Somáticas	Dismorfobia

Tabla 3

Áreas afectadas de compulsiones

COMPULSIONES	CONDUCTAS A INTERVENIR
Limpieza y lavado	Cabello y dientes
Comprobación	Cerraduras y no cometer errores
Contar	Contar pasos o elementos exteriores cuando va en transporte o caminando.
Ordenar y arreglar	Revistas, cuadros, mesa y llaves de luces
Miscelánea	Rituales de colocar huesos de su cuerpo (mandíbula, dedos y manos) / conducta supersticiosa (caminar al mismo paso que su acompañante)

4.2.4. Cuestionario y entrevista semiestructurada *(ver anexo III)*

Para determinar si existen situaciones o acontecimientos que puedan influir en la sintomatología de la paciente, se le pasa un cuestionario *ad hoc* que debe rellenar en su domicilio *(anexo III)*. Este cuestionario, confeccionado por el equipo terapéutico, aporta información sobre las actitudes que adopta la paciente en su vida cotidiana. Dichas actitudes refieren sobre:

Tabla 4

Respuestas emitidas sobre sus actitudes

Hogar:	Independiente	La familia:	Más o menos distante
Estudios:	Sólo desea el título	Los padres:	Cordial, no cercana
Relaciones Sociales	Protectora, indiferente con los demás	Sobre ella misma:	Exigente
Relaciones sentimentales	Respetuosa, amable, sincera, cuidadosa	Relación con la comida:	Ansiosa

De igual modo, debe contestar en otro apartado sobre los conceptos del mundo que la rodea, con la finalidad de ahondar en las creencias de la paciente. Dichos conceptos refieren sobre:

Tabla 5

Respuestas emitidas sobre sus conceptos

Concepto de si misma:	Independiente
De la madre:	Buena y muy racional
Del padre:	Distante, neutro
De los estudios:	Mal planteados, decepción
De la amistad:	Apoyo, diversión, tranquilidad
De la pareja:	Vínculo emocional y sexual
De la comida:	Sólo sirve para sobrevivir
Del sacrificio:	Hacer algo que no quieres o no te gusta para conseguir una meta
De la familia:	Las personas que te han tocado vivir

Este cuestionario contempla igualmente el tipo de relación que mantiene con los padres:

Tabla 6

Respuestas emitidas sobre la relación con los padres

Infancia de sus padres:	Angustiosa, falta de cariño
Educación de sus padres:	Sacrificio y exigencia
Impacto actual heredado:	Mucha exigencia, esfuerzo y sacrificio
Valoración del comportamiento de sus padres:	5/10: falta de empatía, ausentes pero muy exigentes

Por último, el cuestionario trata aspectos sobre ella misma, tales como:

Tabla 7

Respuestas emitidas sobre ella misma

Identidad:	Distante, ansiosa poco tolerante
Aceptación de su identidad:	Demasiado exigente e irracional
Complejos:	La mayor parte de su cuerpo
Necesidades:	Dejarse llevar más, ser más espontánea y menos temerosa
Expectativas de cambio:	Esforzarse en buscar mejores soluciones
Compromiso adquirido:	Tratar de ser más abierta consigo misma y con las personas cercanas

Las respuestas escritas en el cuestionario son muy escuetas siendo necesario ampliarlas a lo largo de las sesiones. Muestran que existe un patrón de pensamientos y conductas ambivalentes con respecto a la demostración y necesidad de afecto, ideación obsesiva sobre situaciones cotidianas con escasa funcionalidad adaptativa, por ejemplo:

- Limpiarse los dientes con un cepillo de cerdas extrafuertes cada vez que ingiere algo, aunque sea agua. Puede llegar a realizar la conducta más de una docena de veces.
- Comprobar que su mandíbula está bien encajada.
- Lavarse el pelo todos los días varias veces y cada vez que sale de casa.
- Contar varias veces al día las monedas que lleva, ventanas en la calle, coches.
- La falta de simetría le pone muy nerviosa sin embargo para otras cosas es muy desordenada.
- No admite la impuntualidad y se enfada si tiene que esperar.
- Ejecuta las tareas y actividades encomendadas, sin negarse a ellas
- Manifiesta ansiedad si no realiza estas acciones.
- Los demás desconocen sus pensamientos obsesivos y compulsiones.

4.3. Análisis funcional de la conducta

El estilo educativo y afectivo de Paula ha sido desorganizado. Sus necesidades materiales se cubrían, pero a nivel afectivo distaba de ser el idóneo. Las largas ausencias de sus padres durante el día, dejándola a ella y a su hermana al amparo de sí mismas, hizo que Paula desarrollase una serie de conductas desadaptativas, sobre todo en lo que se refiere a la desorganización de la conducta alimentaria. Comía lo que quería y cuando quería, sin reparar en la comida que se tiraba. Afirma en consulta que antes echaba de menos el afecto y cercanía de sus padres, pero ahora ya no. Las continuas peleas entre su madre y su padre, el consumo abusivo de alcohol de su padre y los largos periodos de ausencia durante el día sin los cuidados de sus progenitores, hicieron que empeorase su estado de ansiedad, al mismo tiempo que empezaban a manifestarse los pensamientos obsesivos. Por otro lado, los padres estaban más preocupados por los buenos resultados académicos de sus hijas que por su bienestar emocional. El haber decidido perder peso drásticamente logró que sus padres se preocupasen e hiciesen intentos significativos de acercamiento y afecto hacia ella. Es esta situación la que propició que Paula desarrollase pensamientos obsesivos y conductas compulsivas dirigidas a la conducta alimentaria y al aseo físico principalmente, teniendo como resultado la presencia de numerosos episodios de ansiedad.

Su obsesión por adelgazar le lleva a desarrollar unos pensamientos egodistónicos. Por ejemplo, le provoca ansiedad ver personas con sobrepeso; ver vídeos de recetas o películas cuyos actores están comiendo; pasear por barrios con restaurantes, hervir o cocer los alimentos porque los ve más gordos, y sin embargo, esto no le sucede cuando los fríe; tener la sensación de que su cabello está grasiento y oliendo a comida o que su boca está sucia, aunque beba agua, obviando que es fumadora.

La baja tolerancia a los imprevistos junto a la frustración por el temor a hacerles frente, le causa un aumento de su estado de ansiedad y es cuando se le manifiestan las obsesiones que logra neutralizar parcialmente a través de las compulsiones.

Tabla 8

Análisis funcional de la conducta

Antecedentes	Conductas	Refuerzos y mantenimiento
Ausencia prolongada de los padres durante el día. Padre dejaba dinero para comprar comida para ella.	Comía con su hermana lo que querían. Compraba la comida que le apetecía.	R+: compra y come lo que le gusta. R-: deja de comer lo que está cocinado, se tira mucha comida pasada.
Historia familiar de sobrepeso.	Realiza ayunos intermitentes.	R+: adelgaza. R-: temor a volver a engordar.
Referir sobre su adelgazamiento y ver insuficiente su progreso.	Deja de ver videos relacionados con la comida y a cocinar.	R+: consigue rebajar la ansiedad. R-: aumenta las conductas evitativas con la comida.
Ante cualquier imprevisto.	Desarrolla conductas compulsivas de contaminación, comprobación y de conteo: lavado cabello y boca, revisar ventanas y agua corriente, contar cualquier elemento.	R+: se siente limpia después de lavarse el cabello cada vez que regresa a casa y los dientes cada hora. R-: en breve se siente sucia y repite los lavados.
Pasar hambre.	Sigue los ayunos intermitentes.	R+: satisfacción por lograr momentáneamente los objetivos. R-: aumento de las compulsiones y aprendizaje del hábito del ayuno.
La comida se convierte en una obsesión.	Evita mirar personas con sobrepeso, comprar en supermercados, pasear por zonas de restaurantes y terrazas.	R+: sensación de control. R-: malestar por estar siempre evitando e hipervigilancia.
Sus obsesiones le provocan insomnio y cansancio consiguiendo problemas de concentración.	No acude al conservatorio por miedo a fracasar.	R+: se ausente de las pruebas de evaluación. R-: año académico perdido y debe repetirlo.

4.4. Hipótesis

Estamos ante un Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), en el que los pensamientos y las conductas se centran en el peso, la imagen corporal y la alimentación. La sintomatología de la paciente es producto de su TOC y en cuanto se trate este trastorno se aliviará toda la sintomatología, incluida la relacionada con la conducta alimentaria.

4.5. Objetivos terapéuticos

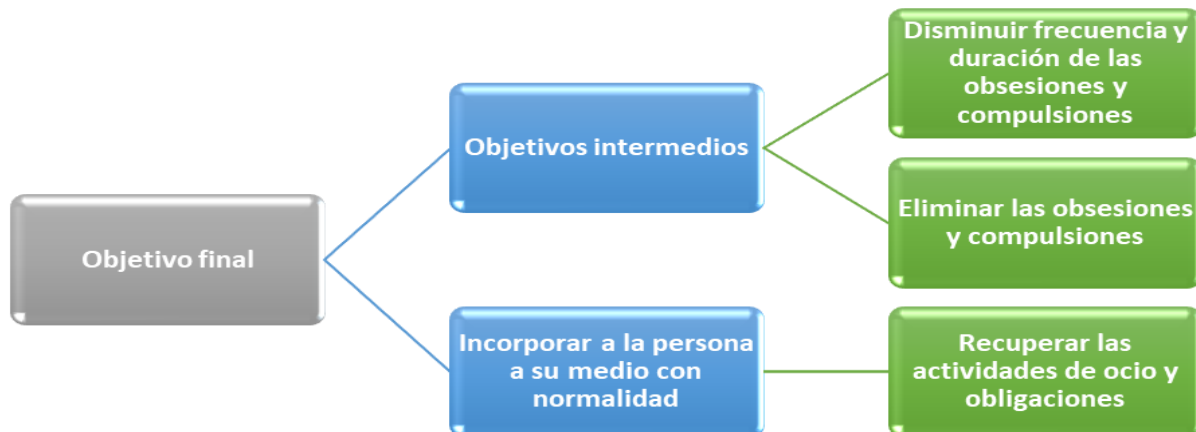
Los objetivos terapéuticos que hemos establecido son los siguientes:

- Alcanzar hábitos alimenticios saludables.
- Establecer rutinas de cocinado, procesado e ingesta de alimentos, que sean nutritivas, divertidas y variadas.
- Control y promoción de hábitos alternativos a la compulsión sobre la conducta alimentaria y la imagen corporal.
- Focalización de la atención, impidiendo el dominio absoluto de sus pensamientos obsesivos sobre la conducta alimentaria, la imagen corporal y la sensación de suciedad y contaminación.

Todos estos objetivos interaccionan entre sí, tienen la intención de procurar un alcance al mismo tiempo y no de manera secuencial.

Figura 1

Representación esquemática de la consecución de objetivos en la EPR



5. Tratamiento

De entre las distintas posibilidades esbozadas en la introducción, para este caso nos decantamos por realizar el tratamiento con la Exposición y Prevención de Respuesta (EPR), por la fiabilidad y sencillez para su aplicación. Antes de proponerlo y ponerlo en práctica, se explica a la paciente detalladamente los pasos que se van a dar, la duración de los mismos, la frecuencia, los mecanismos para conseguir los objetivos marcados y, sobre todo, se comentan las expectativas y grado de compromiso que tiene Paula ante este tratamiento.

El programa (EPR) que se sigue en este caso clínico es el propuesto por Aurora Gavino (2008) con algunas modificaciones en la frecuencia y duración de las sesiones. Gavino sugiere que al principio del programa las sesiones deberían tener una frecuencia de 2 veces a la semana, con una duración de 2 horas al principio y de 1 hora cuando las exposiciones se hayan cronificado. En nuestro caso, por motivos de disponibilidad temporo-espacial y económicas, decidimos ver a Paula una vez a la

semana y con un contacto telefónico a mediados de la semana. Se le ofrece siempre la posibilidad de contactar con el centro en cualquier momento, sea a través del teléfono en horario de apertura o a través del correo electrónico.

5.1. Programa de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR)

El programa consta de 21 sesiones de una hora de duración con una frecuencia de una vez a la semana. Finalizadas las sesiones de tratamiento, se programan 7 sesiones más de reforzamiento con una frecuencia mensual. Cada sesión está compuesta por la revisión de las tareas, la implantación de ejercicios de exposición, registros y estrategias y las tareas para casa. La adaptación del programa terapéutico se inició en la cuarta sesión, tras los procesos de evaluación, análisis y planificación de las intervenciones llevados a cabo por el equipo terapéutico las tres semanas anteriores.

Tabla 9

Programa de EPR adaptado (Gavino, 2008)

Número de sesiones	21
Número de sesiones de reforzamiento	7
Duración de cada sesión	1 hora
Número de sesiones semanales	Sesiones 1-14: semanal Sesiones 15-21: quincenal Sesiones de reforzamiento: mensual
Estructura de cada sesión	Revisión de tareas Implantación de ejercicios de exposición, registros y estrategias Tareas para casa

5.2. Habilidades del terapeuta

Al ser una terapia de corte conductista, al principio el terapeuta adopta un papel directivo. Según van pasando las sesiones, el protagonismo pasa a manos de la paciente. El terapeuta debe ser cercano, comprensible, genuino y sobre todo motivador. Es importante dar las instrucciones de forma clara y sencilla. La paciente debe haberlo entendido todo correctamente. En caso contrario, es muy probable que se produzca un fracaso. El terapeuta debe planificar perfectamente cada sesión y establecer los ajustes necesarios según los imprevistos surgidos. Es preciso detectar las estrategias que usaba la paciente antes del TOC y que dejó de utilizar. El recuperar el repertorio conductual es uno de los objetivos establecidos. Es importante avanzar y reforzar positivamente las exposiciones. Se deben usar los refuerzos más adecuados y en el momento más oportuno para cada situación.

5.3. Aplicación de la EPR

Sesión 1: Primera semana (1 hora)

En esta sesión de inicio, se le explica a Paula en qué consiste el programa que le estamos proponiendo y la manera en que lo vamos a desarrollar según las circunstancias. De igual forma, le explicamos lo que es el TOC y sus variantes. Lo que perseguimos es que la paciente utilice los recursos que posee pero que no usa. Es importante confirmarle lo que se espera de ella y de los resultados del tratamiento; de igual modo, se comenta lo que espera ella de nosotros, cuáles son sus expectativas y las dificultades que cree tener para alcanzar los objetivos propuestos. Dichos objetivos del programa deben quedar claros: eliminar o disminuir las obsesiones y compulsiones; rebajar los niveles de ansiedad e incorporar la paciente a su vida con normalidad.

Éstas son las compulsiones que deseamos eliminar, disminuir en su frecuencia o tiempo de realización:

Tabla 10

Listado de compulsiones

COMPULSIONES	FRECUENCIA / DURACIÓN / EVITACIÓN
Poner la alarma al reloj para pensar en lo que va a hacer.	Cada hora en punto desde las 09h hasta las 00h cada día.
Restallar los dedos de las manos.	Conducta automática.
Onicofagia, excoriación cutícula, rascarse los dedos hasta tener dolor.	Conducta automática.
Girar las muñecas de las manos.	Conducta automática.
Sujetar las gafas en el entrecejo.	Conducta automática.
Comprobar con la mano que su mandíbula está bien encajada.	Frecuencia indeterminada (entre 20/30 veces al día)
Apretar la mandíbula por miedo a desencajarla.	Permanente.
Limpiarse los dientes con cerdas duras.	Entre 12 a 15 veces diarias.
Lavarse el cabello.	Entre 6 a 8 veces diarias, cada vez que sale de casa. 3 a 4 veces cada vez que se cocina en casa.
Estar pendiente del reloj del móvil y de la recepción de mensajes.	Permanente. Lleva el teléfono en la mano.
Contar monedas.	La cuenta 7 veces.
Contar elementos cuando viaja en autobús o coche (farolas, postes, coches, ventanas)	Cada vez que se sube a un medio de transporte.
Caminar siempre a la derecha de alguien.	Permanente.
Comprobar cierres de ventanas, agua corriente y debajo de todas las camas.	4 veces al salir de casa y 4 veces al regresar.
Cocer alimentos	Evita cocer alimentos sobre todo arroz.
Visionar comida en películas y TV, ver a personas con sobrepeso o comiendo.	Situaciones que evita a toda costa, creando mucha ansiedad.

Para comenzar se le explica en qué consisten las tablas de registro y cómo llevarlas a cabo.

El primer registro (A) consiste en recoger una serie de informaciones sobre la compulsión. Debe anotar la hora, lugar, con quién estaba, qué conducta hizo y con qué frecuencia o duración la llevó a cabo.

Registro A

HORA	LUGAR	COMPAÑÍA	CONDUCTA	FRECUENCIA/ DURACIÓN/ EVITACIÓN

Una vez realizado el registro, la paciente debe traerlo relleno la semana siguiente. Debe señalar cuáles son las compulsiones que han tenido la menor frecuencia y la menor duración de todo el repertorio. Como tarea para casa, se le invita a leer publicaciones referentes al TOC.

Sesión 2: Segunda semana (1 hora)

Comentamos lo que la paciente pudo leer sobre el TOC y realizamos los comentarios. Seguidamente, hacemos una comprobación de las compulsiones apuntadas en el registro. Luego, iniciamos el entrenamiento de la técnica de exposición con prevención de respuesta dentro de la consulta, empezando por las conductas compulsivas que le generan menor ansiedad. En este caso, han sido beber un vaso de agua e intentar rebajar el nivel de ansiedad por no lavarse los dientes. A continuación, se le explica cómo realizar el registro (B) y por qué tiene que hacerlo.

Registro B

HORA	LUGAR	COMPAÑÍA	CONDUCTA	ESTRATEGIA	FRECUENCIA/ DURACIÓN/ EVITACIÓN

En el registro B debe escribir todas las conductas que apuntó la semana anterior en el registro A, pero esta vez se le añade otra columna denominada “*estrategia*”, en la que debe indicar las compulsiones que ha conseguido disminuir tanto en frecuencia, duración o evitación, tomando como referencia la frecuencia mínima de las conductas realizadas la semana anterior. Por ejemplo, la primera semana (P) se limpió los dientes 11 veces cuando lo normal era entre 12 y 15 veces. En la columna “*estrategia*” debe apuntar cuál fue su estrategia para conseguir rebajar dicha frecuencia.

Como tareas para realizar en su domicilio, debe realizar otro registro C, ordenando las compulsiones de más importancia a menos, y en otra columna, indicar el grado de ansiedad que experimenta de 0 (nada de ansiedad) a 10 (máxima ansiedad).

Registro C

ORDEN DE MÁS IMPORTANCIA A MENOS	GRADO DE ANSIEDAD (0 – 10)

De igual forma, debe realizar una lista de las actividades que le son agradables, pero también de obligaciones por orden de dificultad.

Registro D

ACTIVIDADES PARA HACER	ORDEN DE DIFICULTAD

Sesión 3: Tercera semana (1 hora)

Revisamos las tareas y comentamos lo que la paciente apuntó en los registros. Analizamos cómo han sido los episodios de ansiedad y si tienen que ver con la frecuencia, duración o evitación. Reforzamos los avances y la motivamos para que no se desespere por otros comportamientos que no se han logrado. A continuación, se realizan ejercicios de exposición. Se le explican los pasos esenciales para realizar una exposición válida y efectiva, empezando por ser una exposición gradual y que le produzca poca ansiedad o una ansiedad soportable, aunque ésta se le presente de manera constante cada vez que se enfrenta al estímulo temido. En consulta se le enseñan los pasos graduales a seguir y se escogen entre la paciente y los terapeutas.

Las tareas que se le proponen hasta la semana siguiente son seguir con los registros, realizar las exposiciones de manera gradual y anotar las que no se han conseguido junto con las que más ansiedad le han provocado.

A partir de esta sesión, comenzamos a trabajar sobre los pensamientos relacionados con su ingesta alimentaria. Le proponemos realizar por lo menos 3 comidas completas diarias, sin importar en un principio la cantidad ingerida. Lo importante es que no ayune, tampoco serviría comerse sólo una pieza de fruta.

Sesión 4: Cuarta semana (1 hora)

Realizamos la revisión y comentarios sobre los registros. Reforzamos tanto los logros alcanzados como los intentos, aunque éstos no hayan podido tener mejores resultados. Es importante hacerle ver que no es lo mismo una caída que una recaída. No todos los días tenemos la misma motivación o fortaleza, pero persistir es acercarse más hacia la meta.

Durante la consulta se realiza la exposición en vivo con los elementos del registro C, es decir, los de la jerarquía.

Ejemplo: le mostramos vídeos cortos de recetas de cocina vegana, seguidos de vídeos de personas delgadas comiendo. A continuación, visualizamos el vídeo de una persona con sobrepeso comiendo un postre enorme (del programa televisivo americano *“Crónicas Carnívoras”*). Le enseñamos a controlar su ansiedad con respiración y biofeedback. Reforzamos positivamente el ejercicio. Finalizando la sesión, retomamos los aspectos relacionados con la conducta alimentaria y añadimos que debía continuar comiendo 3 veces al día pero que uno de los platos debía cocinarlo. Por último, repasamos la lista de actividades que desea realizar y le animamos a que realice las que pueda hacer hasta la semana siguiente.

Las tareas propuestas son seguir con los registros B junto con las exposiciones que se han realizado en la consulta.

Sesión 5: Quinta semana (1 hora)

Revisamos las tareas programadas, y como siempre reforzamos los logros alcanzados y motivamos para los que quedan por conseguir. Comentamos cómo han sido las actividades agradables realizadas y el registro B. Le hacemos ser consciente del progreso conseguido a través del registro y aportamos nuevos reforzadores. Analizamos las estrategias que ha empleado, tanto las que le

hemos dado nosotros como las que han sido propias. Estas nuevas estrategias que han servido para no persistir con las compulsiones las denominamos, según propone Gavino, “*estrategias de distracción*”, dejando abierto el listado para seguir añadiendo unas nuevas. Paula se da cuenta de que dispone de más tiempo libre para iniciar actividades y obligaciones, frente a un día a día mediatizado por las compulsiones.

Con respecto a la conducta alimentaria, comentamos los logros y las dificultades surgidas a lo largo de la semana. Le proponemos una conducta que le causa bastante ansiedad: cocer los alimentos, sobre todo el arroz. Para ello, realizamos una exposición gradual con una tarrina de arroz con leche cremoso.

Las tareas encomendadas son seguir con las estrategias de distracción, realizar actividades agradables y las que son de carácter obligatorio, como por ejemplo acudir a clase.

Sesión 6: Sexta semana (1 hora)

Revisamos las tareas programadas y fijamos nuevas exposiciones en vivo al intentar que algunas exposiciones sean totales. Por ejemplo, le damos de comer un dátil al principio de la sesión para tratar de que evite lavarse los dientes.

En esta sesión, se repasan todos los logros alcanzados y volvemos a marcar los objetivos restantes. Intentamos que las estrategias que ha usado en los ejercicios de exposición se integren en su vida diaria de manera normal, y tales exposiciones dejen de convertirse en un problema.

Sesión 7: Séptima semana (1 hora)

Revisamos el registro B y analizamos las compulsiones que se han logrado eliminar, las que han disminuido en su frecuencia o duración y las que quedan por afrontar. Repasamos las estrategias de distracción y cuáles se han incorporado al repertorio. Proponemos aumentar las actividades tanto gratificantes como obligatorias. Se fijan nuevas tareas de exposición realizando una de ellas en consulta.

Sesiones 7 a 14: Semanas 7 a 14 (1 hora)

A partir de estas sesiones, la rutina se plantea de la misma manera. Se propone seguir con el registro B y comentamos los avances conseguidos. Programamos más exposiciones y seguimos animando la paciente a que utilice sus propios autoreforzadores. Aumentamos la frecuencia de las actividades. A partir de esta semana, se le añade una nueva tarea que consiste en anotar tanto las estrategias que no funcionan o han dejado de funcionar en las situaciones que presentan los índices más altos de ansiedad en la jerarquía, como las estrategias que sí han funcionado (Registro E). En las siguientes sesiones, se trabajan usando otro tipo de estrategias válidas para afrontar las situaciones más difíciles.

Registro E

CONDUCTAS	ESTRATEGIAS VÁLIDAS	CONDUCTAS	ESTRATÉGIAS NO VÁLIDAS

Con respecto a las situaciones relacionadas con la conducta alimentaria, le hemos propuesto varias actividades:

- Cocinar todas las comidas en lugar de comprar platos cocinados.
- Pesarse sólo una vez a la semana.
- Salir a comprar los ingredientes para el cocinado.
- Variar las recetas de cocina e intentar que sea atractivo el emplatado.
- Usar prendas más ajustadas a su cuerpo.
- Mirarse al espejo de cuerpo entero, al principio vestida y poco a poco quitando prendas hasta intentar verse sin ropa.

Nota: Actualmente, las sesiones están siguiendo su proceso según la programación prevista.

6. Valoración del tratamiento

La paciente acudió a consulta a principios de octubre de 2021 para someterse a una evaluación y tratamiento para combatir la ansiedad. Durante las primeras sesiones, se detectaron una serie de conductas de trastornos alimenticios que hicieron valorar la posibilidad de un Trastorno de Alimentación. Una vez realizadas las pruebas de evaluación oportunas y diagnosticar un Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), le propusimos el programa de tratamiento más utilizado y con mejores resultados, la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), basado en el propuesto por Gavino (2008). Dicho programa ha sido adaptado según las circunstancias de la paciente y por los imprevistos surgidos a raíz de la situación sanitaria actual. El tratamiento del TOC se ha centrado en las obsesiones y compulsiones principalmente relacionadas con la insatisfacción con el peso, la figura corporal y la alimentación, ya que impedían a la paciente desarrollar su vida con normalidad.

El tratamiento consta de 21 sesiones y de 7 sesiones adicionales de reforzamiento. Cada sesión dura una hora, con una frecuencia semanal las 14 primeras sesiones y quincenal las restantes. Las sesiones de reforzamiento están previstas mensualmente.

Desde que inició el tratamiento hasta la fecha, Paula mantiene el tratamiento psicofarmacológico prescrito por su médico de familia, tomando Lexatin 1,5 mg una vez al día por las mañanas.

6.1. Adherencia al tratamiento

Una vez presentado y explicado en qué consiste el programa de EPR, las expectativas realistas, la motivación y el compromiso adquirido por la paciente fueron determinantes para iniciar el tratamiento. La alianza terapéutica fue crucial para conseguir una mayor adherencia al programa y la paciente en todo momento presentó una motivación para el cambio considerable.

La situación sanitaria provocada por la COVID ha obligado a tener que suspender varias sesiones debido a que, tanto el equipo terapéutico como la paciente contrajimos el virus, y por consiguiente, permanecemos confinados hasta la total recuperación el tiempo recomendado por las autoridades sanitarias. Por ello, la valoración del tratamiento corresponde a 14 sesiones con interrupciones.

Aunque los terapeutas le ofrecimos la posibilidad de mantener contacto a través de videollamada o llamada telefónica, la paciente no sintió la necesidad de hacerlo, dejando al equipo terapéutico la toma de contacto por iniciativa propia para evaluar los avances, además de reforzar los logros conseguidos y crear motivación para los objetivos aún por alcanzar.

Una vez superados los confinamientos, la paciente asistió a cada una de las sesiones agendadas, y en todo momento con las tareas planificadas hechas. Dichas tareas han sido realizadas tal y como se habían planteado, con compromiso y tenacidad, a pesar de episodios de ansiedad manifiestos

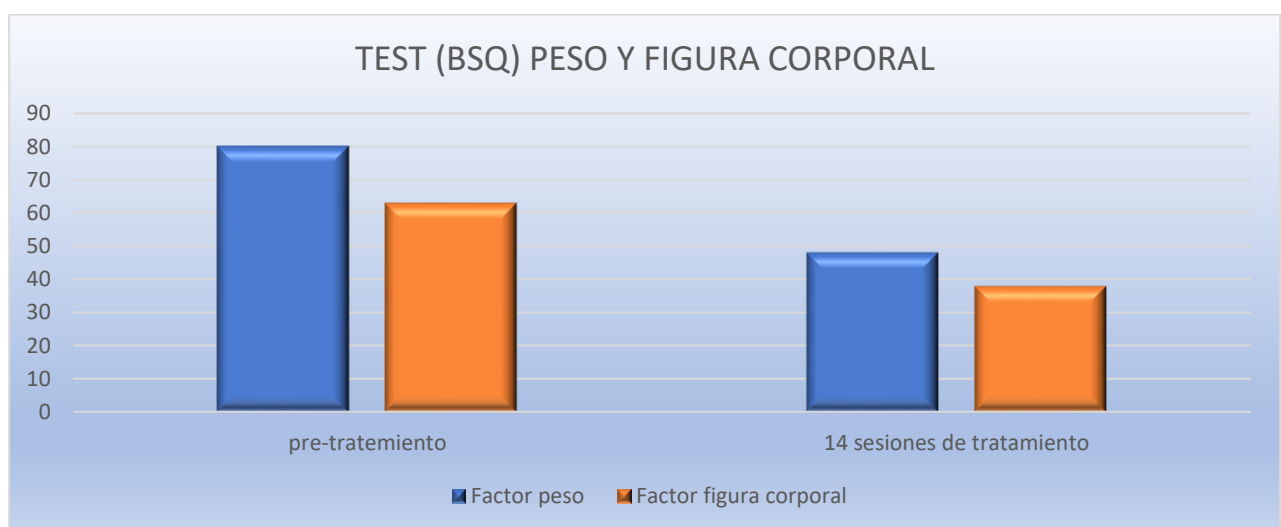
durante los ejercicios de exposición gradual. En ningún momento ha rechazado realizar un ejercicio o una exposición. Los registros que se le han proporcionado han sido rellenados siempre al día y con dedicación. Paula argumenta que la lectura de los registros le está sirviendo para comprobar sus cambios y las estrategias válidas de neutralización de las conductas objeto.

En este momento, Paula manifiesta estar satisfecha de los logros que está alcanzando, tanto en los hábitos alimenticios como por la disminución de los pensamientos obsesivos y de las conductas compulsivas. Ha podido retomar sus estudios de música tras medio año sin acudir. Aun siendo consciente de que el año académico estaba perdido, decidió asistir como parte de su motivación y afrontamiento de las situaciones que antaño le provocaban ansiedad.

Conscientes de que todavía queda trabajo por realizar, hemos hecho una comparativa entre la evaluación pre-tratamiento y la evaluación de la fase intermedia del programa EPR, usando como variables dependientes la preocupación por el peso y la figura corporal, así como el grado de severidad de los pensamientos y compulsiones.

Figura 2

BSQ pre-tratamiento y BSQ actual (fase intermedia)



En este gráfico de barras comprobamos en el pre-tratamiento una importante preocupación tanto por el peso (80 pts) como por la figura corporal (63 pts), provocando a la paciente un profundo malestar que le impedía desarrollar con normalidad sus actividades diarias, como cocinar o hacer la compra en las tiendas de alimentación.

Tras 14 semanas de entrenamiento en exposición, constatamos un descenso significativo de las conductas y pensamiento problema con respecto al peso (48 pts) y a la figura corporal (38 pts). Las áreas conflictivas han descendido en prácticamente todos los ítems, algunas incluso han obtenido la puntuación mínima, como es en el caso de estar con personas más delgadas.

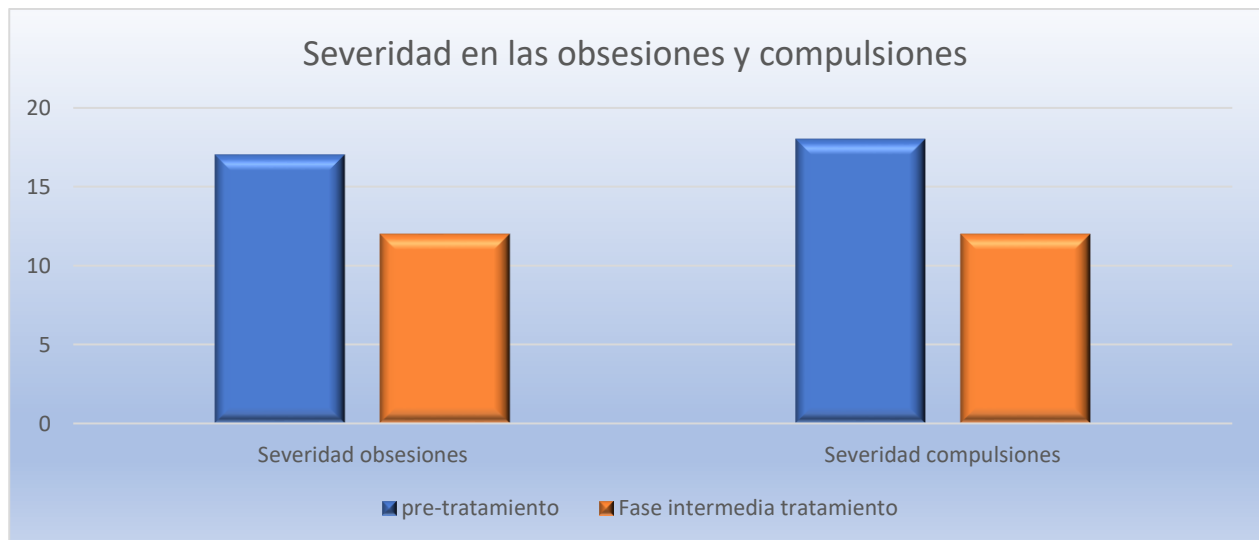
La exposición gradual con el visionado de vídeos sobre recetas de cocina y personas comiendo, comprar alimentos para cocinarlos, lograr comer tres veces al día y mirarse al espejo son las conductas que han logrado mejorar en los aspectos tratados. Seguimos avanzando con la exposición gradual y, en lo posible total, ante los estímulos desencadenantes de ansiedad. La paciente se encuentra muy satisfecha de los logros obtenidos.

En cuanto a las obsesiones y a las compulsiones sobre el peso y la figura corporal, constatamos una aceptable mejoría, aunque debemos seguir intensificando las exposiciones.

En la **figura 3**, apreciamos la evolución desde la evaluación pre-tratamiento hasta la situación actual comparando el test Y-BOCS realizado en ambos momentos.

Figura 3

Escala del test Y-BOCS pre-tratamiento e Y-BOCS actual (fase intermedia)



Como comentamos previamente, a través del programa EPR y con el entrenamiento en consulta sobre las exposiciones graduales, la paciente ha ido incorporando estrategias válidas con las que hacer frente a los estímulos obsesivos-compulsivos. La puntuación en el test sobre la severidad de las obsesiones en el pre tratamiento era de (17 pts) y de (18 pts) en las compulsiones. Se constata una ligera mejoría o reducción en el tiempo dedicado a los pensamientos obsesivos, pero resulta imprescindible seguir trabajando sistemáticamente. Es el motivo por el cual, en la fase intermedia, obtenemos el mismo resultado en la severidad de las obsesiones y en la severidad de las compulsiones (12 pts.). Con todo, antes de iniciar el tratamiento, apreciamos una diferencia de un punto en la severidad de las compulsiones sobre las obsesiones, comparando la situación previa al tratamiento y la situación actual (fase intermedia) en la que la puntuación es la misma en ambas variables.

6.2. Consecución de los objetivos

Al encontrarnos en la fase intermedia del tratamiento, no se han alcanzado las metas finales previstas al inicio del programa EPR. Sin embargo, ante los resultados obtenidos hasta la fecha, podemos estar satisfechos de los avances conseguidos y de la efectividad de la terapia. El grado de adherencia por parte de la paciente es óptimo, no oponiendo resistencia alguna a las tareas encomendadas. Dentro de los objetivos alcanzados podemos destacar los siguientes:

- Limpiarse los dientes 3 veces al día.
- Lavarse el cabello 3 veces a la semana.
- Alimentarse 3 veces al día, a veces 4.
- Dejar de caminar a la derecha de las personas.
- Rebajar la frecuencia de revisar los cierres y el agua. Lo ejecuta una vez antes de salir y otra al regresar, pero lo hace cada vez que sale y entra en su casa.
- Dejar de poner la alarma del reloj.

Los objetivos necesitados de mejora son:

- Onicofagia, cutícula y excoriación, sobre todo cuando se encuentra alterada.
- Comprobación de su mandíbula. Aunque lo hace con menor frecuencia, estimamos que debe progresar.
- Refuerzo para mantener los objetivos alcanzados en cuanto al cepillado de dientes y lavado de cabello ya que mantiene niveles de ansiedad altos.
- Los niveles de ansiedad siguen siendo muy elevados con respecto a la conducta alimentaria, por lo que es preciso reforzar positivamente los comportamientos válidos, realizar anclajes sobre los logros alcanzados y reemplazar las estrategias que han dejado de ser útiles.

Aunque el EPR es un programa de modificación de conducta, como se ha comentado en apartados anteriores, la terapia cognitiva para el TOC es un proceso terapéutico complementario con el EPR, y por lo tanto, en las próximas sesiones realizaremos técnicas de reestructuración cognitiva, es decir, que se intervendrá sobre los pensamientos obsesivos más que sobre las compulsiones. Constatamos que los niveles de ansiedad más elevados se producen en las conductas de evitación, cuyos pensamientos obsesivos favorecen que la paciente tenga serias dificultades para encontrar estrategias neutralizadoras válidas.

7. Discusión y conclusiones

7.1. Discusión

Hemos podido constatar que cuando un paciente acude a consulta psicológica aquejado de unos síntomas que además manifiesta con claridad, el psicólogo no debe precipitarse en hacer desaparecer esos síntomas sin indagar en la génesis y en las situaciones cotidianas del entorno del paciente. En el caso clínico que hemos descrito, apreciamos que la joven paciente presenta una sintomatología ansiosa enfatizada con unos pensamientos y conductas desadaptativas sobre la ingesta de alimentos. A través del genograma, se pudo apreciar que existía un patrón de sobrepeso clínicamente relevante en los miembros familiares cercanos.

Con el diagnóstico diferencial, pudimos descartar una Anorexia Nerviosa a pesar de algunas similitudes sintomatológicas con el TOC. La bibliografía a ese respecto sugiere que la AN tiene un solapamiento considerable con el TOC y que esto puede reflejar elementos neurobiológicos, genéticos o psicológicos comunes (Serpell y al., 2002). Es necesario seguir investigando con el propósito de examinar la naturaleza específica de esta etiología compartida. Algunos estudios

sugieren que, parcialmente, se debe a alguna combinación de los rasgos de personalidad: impulsividad y perfeccionismo (Serpell y al., 2002). Las obsesiones más que las compulsiones pueden ser el aspecto específico del TOC que más justifica la intervención de tratamiento en la AN y la AN atípica (Levinson y al., 2019).

Uno de los síntomas diferenciales entre ambos trastornos se refería a que Paula responde más a una amplia variedad de obsesiones y compulsiones sobre todo relativas a la verificación, mientras que si hubiera tenido una AN tendería a responder a síntomas que estuvieran relacionados con la simetría o exactitud y orden. Además de ello, dichos síntomas serían egosintónicos, situación que no sucede con los pacientes con TOC (Bastiani y al., 1996; Mastunaga y al., 1999). Es otra de las características diferenciales que nos han ayudado a confirmar nuestra hipótesis. Por otra parte, de no ser así y si hubiéramos diagnosticado AN y propuesto un tratamiento farmacológico con m-CCP (un agente serotoninérgico) veríamos una mejora en el estado de ánimo de un paciente con AN mientras que este fármaco empeoraría el de los pacientes con TOC (Bulik y Kaye, 1996)

Los instrumentos de evaluación han sido suficientemente eficaces para diagnosticar el trastorno y poder elegir el tratamiento de Exposición con Prevención de Respuesta, siendo la línea terapéutica más eficiente además de ser la que ofrece mejores resultados (Pareja, 2001; Jenike, 2001; Gavino, 2009; Fuster y al., 2020; Belloch y Sandín, 2020; Clark, 2020; Abramowitz y Jacoby, 2015).

La ansiedad es una entidad nosológica comórbida con muchas patologías y su principal actividad neurológica se centra en la amígdala (Rodríguez-Contreras, 2020). Existen distintos tipos de trastorno de ansiedad, pero todos se caracterizan por un profundo malestar físico, fisiológico y emocional sobre uno o varios estímulos presentes o no (Belloch y Sandín, 2020; Pena-Garijón y Ruipérez Rodríguez, 2012). Se puede decir que la ansiedad es una especie de miedo anticipatorio y que durante el momento de crisis lleva a experimentar a la persona una desazón muy significativa mientras, por el contrario, el individuo que padece ansiedad cuando ésta ha bajado de intensidad,

presenta una sintomatología de permanente preocupación en un estado de alarma (Nardone y Portelli, 2015; Fuster y al., 2020).

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) tiene una profunda sintomatología ansiógena y por este motivo pertenece a los Trastornos de Ansiedad. Este trastorno puede confundir al terapeuta si no indaga y evalúa los pensamientos y situaciones que provocan la ansiedad. De igual modo, un TOC puede fácilmente estar asociado a una depresión, por los intentos fallidos que tiene el individuo de controlar sus obsesiones y conductas compulsivas y que podría corresponder a un patrón de indefensión aprendida. Las dos principales diferencias entre los pensamientos obsesivos y los pensamientos de un trastorno de ansiedad, es que los primeros son intrusivos, es decir, que se presentan de repente, y *egodistónicos*, es decir que la persona valora negativamente el contenido de esos pensamientos, bien por considerarlos absurdos, bien por estar fuera de sus valores o educación recibida, por ejemplo, cuando blasfema al ver una iglesia o teme matar a un bebé (Gavino, 2008).

Los nuevos hallazgos sobre el TOC apuntan a una alteración en las conexiones neuronales. El investigador Carles Soriano-Mas aclara en un reciente estudio que las áreas sensoriales primarias (somatosensorial, visual, auditiva, gustativa y olfativa) presentan un déficit en las conexiones neuronales, lo que explicaría la presencia de pensamientos egodistónicos como consecuencia de un filtrado sensorial ineficiente (Soriano-Mas y al., 2020). A través de este estudio neurológico sobre el TOC, se puede concluir que, aunque la persona persigue unas normas o reglas, sus compulsiones tienen poca o ninguna relación con aquello que intenta evitar, y lo que intenta evitar son los niveles de angustia que producen esos pensamientos y el valor que se les da.

Es en el uso de estrategias no válidas para intentar neutralizar los pensamientos intrusivos, en donde los individuos presentan más interferencias. La paciente decía encontrarse mejor cuando realizaba las compulsiones, pero en poco tiempo volvían sus pensamientos invasores y por mucho

intento de reprimirlos, volvía a realizar las conductas. Sus reforzadores negativos son las compulsiones y a través del tratamiento de Exposición y Prevención de Respuesta (EPR) rompemos la unión pensamiento obsesivo-conducta compulsiva, actuando sobre las conductas y no sobre los pensamientos, como un intento de romper el valor negativo de los reforzadores que le generan al paciente un estado de ansiedad (Pareja, 2001; Gavino, 2008; Márquez y al., 2010; Jenike, 2001). La exposición gradual en un principio, y total posteriormente, hace que Paula pueda enfrentarse a su angustia y comience a descomponer poco a poco el eje entre sus obsesiones y compulsiones para así conseguir que sus pensamientos pierdan el valor que les había dado, y como consecuencia de ello, dejarán de ser invasores y de presentarse de repente.

Por otro lado, nos basamos en unos instrumentos de evaluación que para este caso han sido escogidos por su gran fiabilidad además de sencillez, tanto en la aplicación como en la corrección. El cuestionario sobre el peso y la figura corporal (BSQ) (Cooper y al. 1987) fue indicador de que la paciente presentaba un importante malestar, pero era necesario descartar un diagnóstico de Anorexia Nerviosa. Varios ítems hicieron que valorásemos si estábamos o no en presencia de una AN. Estos ítems clave para diagnosticar AN recibieron una valoración mínima, por lo que descartamos que la paciente tuviera Anorexia Nerviosa (¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo? ¿Has pensado que no es justo que otras chicas(os) sean más delgados(as) que tú? ¿Has vomitado para sentirte más delgado(a)? ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?).

Con respecto al instrumento de evaluación Y-BOCS (Goodman y al., 1986), los resultados han sido concluyentes. Este sencillo cuestionario con el que previamente se efectúan unos listados de pensamientos obsesivos y compulsiones, para luego ayudar a clasificarlas y evaluar el grado de severidad, confirmó de manera rotunda nuestras hipótesis: Paula padece un TOC. La elección de los instrumentos de evaluación ha sido concluyente para diagnosticar el trastorno. De igual forma los cuestionarios han servido para descartar una AN, confirmando así que sus pensamientos y

compulsiones estaban dirigidos a la figura corporal, al peso y a la alimentación. Evaluar e interpretar los cuestionarios ha sido decisivo para elegir el tratamiento más eficaz para este trastorno.

Un dato curioso fue que al administrar los cuestionarios a la paciente, ésta se sorprendió sobre algún ítem, por ejemplo: ¿te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo? Pero otros, sin embargo, ayudaron a que se diera cuenta de la severidad de su ansiedad, que continuamente interfiere en situaciones cotidianas. Por ejemplo, Paula no sale a comprar al supermercado porque lo hacen su hermana o madre. Esta situación tan habitual se ha cronificado tanto, que no es hasta el momento de exponerse a comprar sus propios alimentos para cocinarlos, que pudo comprobar que el hecho de salir al supermercado le generaba una importante sensación de angustia.

El sentimiento de inutilidad y culpa que estas situaciones le provocaban, le hizo reflexionar sobre la severidad de los pensamientos y cómo interferían en su día a día. Por decirlo de otra manera, las pruebas de evaluación no sólo tienen como finalidad medir y confirmar las hipótesis clínicas, sino que se convierten en mecanismos terapéuticos con el objetivo de que el paciente considere la gravedad de su trastorno y pueda sentir la motivación suficiente para adherirse al tratamiento. Es cierto que puede convertirse en un arma de doble filo, pues el paciente puede creer que su situación tiene poco remedio por subestimar sus capacidades y expectativas, y decida abandonar. En este caso no ha sido así, sino todo lo contrario. Paula se llenó de fortaleza, compromiso y de motivación, tres aspectos clave para poder realizar la terapia.

7.2. Conclusión

El caso clínico que se describe en este estudio ha sido todo un reto y un aprendizaje constante. La variedad de la sintomatología del TOC que presentaba Paula planteó grandes dificultades a la hora

de efectuar un diagnóstico diferencial. Durante la primera entrevista, sus respuestas a nuestras preguntas fueron para mí desconcertantes, tanto es así que mi primera hipótesis fue la de un Trastorno Límite de Personalidad por no conseguir dominar ciertas emociones. Seguidamente, como ya he adelantado, me decanté por una Anorexia Nerviosa asociada a un Trastorno de Ansiedad. A lo largo de la primera sesión, se iba añadiendo más sintomatología que me llevaba a hipotetizar sobre un trastorno dismórfico corporal con un cuadro de distimia por su declaración de falta de interés, motivación y sensación de cansancio, seguramente provocado por su falta de sueño. Al acabar la sesión, nos reunimos los terapeutas que atendíamos el caso y empezamos a descartar y trazar una línea de evaluación con la finalidad de medir las variables de mantenimiento del malestar. Con todo ello, he aprendido a evaluar más allá de las señales, a escuchar lo que no se dice y a ver lo que no se muestra. El gran reto de un psicólogo es discriminar unos síntomas de otros e interpretar lo que siente el paciente.

Ante la perplejidad de escuchar el relato sobre los pensamientos obsesivos y las estrategias para neutralizarlos, sonando todo de una manera tan absurda y causando tremendo malestar al paciente, la actitud que se debe tomar en esos casos es la de primero legitimar el dolor causado por esas intrusiones y mostrar una excelente acogida, cercanía y empatía hacia la paciente, que ve mermada su vida diaria en todos los ámbitos.

Hay otra actitud que es importante reseñar: la de intentar respetar el proceso de cambio y avance del paciente. En algunas ocasiones, Paula muestra resistencias a ciertas exposiciones que ya se han ejercitado con anterioridad y con éxito. De igual modo manifiesta una sintomatología muy compleja y en su caso se ha necesitado una mayor atención y adaptación al ritmo de la paciente. Ante estas situaciones es muy frecuente que el terapeuta intensifique la exposición con el objetivo de acabar con los niveles de ansiedad cuanto antes. En este caso, creo que es el propio terapeuta y no el paciente quien desea desangustarse por no tolerar la angustia del paciente. Eso mismo es lo que me sucedió a mí, y, en lugar de ver una mejoría en Paula, estaba percibiendo más

sufrimiento, mayor retroceso y desmotivación. Comprendí entonces que, si la paciente quería ir más lentamente, esto era totalmente legítimo y loable. Al sustituir mi actitud impaciente por seguir las pautas marcadas en el tratamiento con EPR, y decidir aceptar el tiempo de la paciente, los resultados empezaron a ser más positivos, aumentado la motivación, el esfuerzo y la satisfacción.

El diagnóstico diferencial en la práctica clínica es muy complicado. Es una labor que requiere un estudio minucioso y riguroso, y en el caso del TOC en ocasiones incluso más. Sin un diagnóstico diferencial adecuado, este caso clínico habría concluido de una forma muy diferente, seguramente con un sonado fracaso. En este sentido, las líneas de intervención terapéutica difieren de un trastorno a otro, no es lo mismo intervenir en un TOC que en una AN. El TOC puede manifestarse con una sintomatología clínica muy diversa, confundiendo el diagnóstico, su tratamiento y el éxito de la terapia.

8. Referencias bibliográficas

- Abramowitz, JS y Jacoby, RJ (2015). Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados: una revisión crítica de la nueva clase de diagnóstico. *Revisión anual de psicología clínica*, 11, 165-186.
- Amaro, F. (2012). Entrevista familiar. *Teoría y práctica Desarrollo de la familia y los roles parentales*. Buenos Aires: Amorroutu.
- American Psychiatric Association (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bados López, A., & García Grau, E. (2014). La entrevista clínica.
- Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (2017). Subdirección General de Información Sanitaria del Gobierno de España. Ministerio de Sanidad.
- Bastiani, A. M., Altemus, M., Pigott, T. A., Rubenstein, C., Weltzin, T. E., & Kaye, W. H. (1996). Comparison of obsessions and compulsions in patients with anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 39(11), 966-969.
- Bellak, L. (2014). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Editorial El Manual Moderno.
- Belloch, A., Sandín, B., & Francisco, R. (2020). Manual de psicopatología volumen II. McGraw Hill
- Beyebach, M., & de Vega, M. H. (2010). 200 tareas en terapia breve: individual, familiar y de pareja. Herder Editorial.
- Beyebach, M. (2014). 24 ideas para una psicoterapia breve. 24 ideas para una psicoterapia breve, 1-378. Editorial Herder.
- Brakoulis, V., Starcevic, V., Belloch, A., Brown, C., Ferrao, YA, Fontenelle, LF, ... & Viswasam, K. (2017). Comorbilidad, edad de inicio y tendencias suicidas en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): una colaboración internacional. *Psiquiatría integral*, 76, 79-86.
- Bobes J, Bousoño M, González P. (1996). Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en Asistencia Primaria. Oviedo: I Gofer.
- Bulik, C. M., Beidel, D. C., Duchmann, E., Weltzin, T. E., & Kaye, W. (1996). Psicopatología comparativa de mujeres con bulimia nerviosa y trastorno obsesivo-compulsivo. *RET: revista de toxicomanías*, (9), 39-46.

- Clark, DA (2019). *Terapia cognitivo-conductual para el TOC y sus subtipos*. Publicaciones Guilford.
- Cooper, PJ, Taylor, MJ, Cooper, Z. y Fairburn, CG (1987). El desarrollo y validación del Cuestionario de Forma Corporal. *Revista internacional de trastornos alimentarios*, 6 (4), 485-494.
- Corral, S., González, M., Pereña, J., & Seisdedos, N. (1998). Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. EDI, 2.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Espina, A., Ortego, M. A., de Alda, Í. O., Yenes, F., & Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13(4), 532-538.
- Fuster, A. B., Soriano, G. G., & O'Meara, M. G. (2020). Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. In *Manual de psicopatología* (pp. 135-198). McGraw-Hill.
- Gavino, A. (2008). *El trastorno obsesivo-compulsivo: manual práctico de tratamientos psicológicos*. Pirámide.
- Gavino, A. (2009). *Tratando--trastorno obsesivo-compulsivo: técnicas, estrategias generales y habilidades terapéuticas*. Pirámide.
- Godier, L. R., & Park, R. J. (2014). Compulsivity in anorexia nervosa: a transdiagnostic concept. *Frontiers in psychology*, 5, 778.
- Godoy, A., Gavino, A., Valderrama, L., Quintero, C., Cobos, M. P., Casado, Y., ... & Capafons, J. I. (2011). Estructura factorial y fiabilidad de la adaptación española de la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown para niños y adolescentes en su versión de autoinforme (CY-BOCS-SR). *Psicothema*, 23(2), 330-335.
- González Santos, M., Vicente Alba, J., Román Fernández, E., Ortega Ruibal, F., & Alberdi Sudupe, J. (2018). Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) genética y ambiente. A propósito de una experiencia clínica. "Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría". Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.
- Goodman, WK, Price, LH, Rasmussen, SA, Mazure, C., Delgado, P., Heninger, GR y Charney, DS (1989). La escala obsesivo-compulsiva de Yale-Brown: II. Validez. *Archivos de psiquiatría general*, 46 (11), 1012-1016.
- Himanshu Tyagi, Rupal Patel, Fabienne Rughooputh, Hannah Abrahams, Andrew J. Watson, Lynne Drummond, "Comparative Prevalence of Eating Disorders in Obsessive-Compulsive Disorder and Other Anxiety Disorders", *Psychiatry Journal*, vol. 2015, Article ID 186927, 6 pages, 2015

- Holden, N. L. (1990). Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder? *The British Journal of Psychiatry*, 157(1), 1-5
- Jenike, M. A. (2001). *Trastornos obsesivo-compulsivos: manejo práctico*. Elsevier España.
- Klein, D. N., & Riso, L. P. (1993). *Psychiatric disorders: problems of boundaries and comorbidity*.
- Levinson, C. A., Brosf, L. C., Ram, S. S., Pruitt, A., Russell, S., & Lenze, E. J. (2019). Obsessions are strongly related to eating disorder symptoms in anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa. *Eating behaviors*, 34, 101298
- Márquez, M., Romero, R., Fernández, T., & Ortega, M. (2007). *Guía para la Intervención Psicológica en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. Madrid: Facultad de Psicología Universidad Autónoma de Madrid.
- Mateo, C. M. (2010). La entrevista de evaluación psicodinámica. In *Técnicas de autoinforme en evaluación psicológica: la entrevista clínica* (pp. 279-308). Servicio de Publicaciones.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Iwasaki, Y., Miyata, A., Yamagami, S., & Kaye, W. H. (1999). Clinical characteristics in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 29(2), 407-414.
- Nardone, G. y Portelli, C. (2015). *Obsesiones, compulsiones, manías: Entenderlas y superarlas en tiempo breve*. Herder Editorial.
- Pareja, M. Á. V. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13(3), 419-427.
- Pena-Garijo, J., & Ruipérez Rodríguez, M. Á. (2012). Actualización en trastorno obsesivo compulsivo: de las propuestas categoriales a las dimensiones sintomáticas.
- Perpiñá, C. (2014). *Manual de la entrevista psicológica*. Ediciones Pirámide.
- Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I., & Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y salud*.
- Rodríguez-Contreras, M. L. (2020). Trastorno obsesivo-compulsivo: más que una obsesión. *REMUS-Revista Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora*, 36-37.
- Sandoval Lucas, L. L. (2007). *Primera entrevista familiar desde un enfoque sistémico* (Bachelor's thesis, Universidad del Azuay).

- Serpell, L., Livingstone, A., Neiderman, M., & Lask, B. (2002). Anorexia nervosa: Obsessive–compulsive disorder, obsessive–compulsive personality disorder, or neither?. *Clinical Psychology Review*, 22(5), 647-669.
- Simpson, H. B., Wetterneck, C. T., Cahill, S. P., Steinglass, J. E., Franklin, M. E. y Leonard, R. C. (2013). Treatment of obsessive-compulsive disorder complicated by comorbid eating disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(1), 64-76.
- Suñol, M., Martínez-Zalacaín, I., Picó-Pérez, M., López-Solà, C., Real, E., Fullana, M. À., ... & Soriano-Mas, C. (2020). Patrones diferenciales de activación cerebral entre el trastorno por acumulación y el trastorno obsesivo-compulsivo durante el desempeño ejecutivo. *Medicina psicológica*, 50 (4), 666-673.
- Tamayo, A. M. T., Pupo, Y. P., & Rodríguez, G. D. C. S. (2017). La formación del conocimiento de sí mismo en la educación de la personalidad. *LUZ*, 16(3), 127-136.
- Toro, J., & Bernal, I. M. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona : Editorial Ariel.
- Quetelet, L. A. J. (1869). *Sur l'homme et le développement de ses facultés, ou Essai de physique sociale* (Vol. 2).
- Vivas, C. A., Castaño Trujillo, P., García Trujillo, G., & Ospina Gutiérrez, M. L. (2011). Síndrome de ovario poliquístico. *Fisiopatología en mujeres obesas y no obesas*. *CES Medicina*, 25(2), 169-180.

ANEXO I

BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)

IDENTIFICADOR

FECHA:

Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en las últimas **4 semanas**.

1 Nunca	2 Raramente	3 Alguna vez	4 A menudo	5 Muy a menudo	6 Siempre
------------	----------------	-----------------	---------------	-------------------	--------------

1.	Cuando te has aburrido, ¿te has preocupado por tu figura?	
2.	¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	
3.	¿has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	
4.	¿Has tenido miedo a engordar?	
5.	¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	
6.	Sentirte lleno(a) después de una gran comida, ¿te ha hecho sentirte gorda(o)?	
7.	¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	
8.	¿Has evitado correr para que tu carne no botara?	
9.	Estar con chicas(os) delgadas(os), ¿te ha hecho fijarte en tu figura?	
10.	¿Te has preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	
11.	El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda(o)?	
12.	Al fijarte en la figura de otras chicas(os), ¿la has comparado desfavorablemente con la tuya?	

13.	Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (mirar la tele, leer o mantener una conversación)?	
14.	Estar desnudo(a), por ejemplo, en la ducha, ¿te ha hecho sentir gordo(a)?	
15.	¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	
16.	¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	
17.	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gordo(a)?	
18.	¿Has evitado ir a actos sociales (fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	
19.	¿Te has sentido excesivamente gordo(a) o redondeado(a)?	
20.	¿Te has sentido acomplejada(o) por tu cuerpo?	
21.	Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho ponerte a dieta?	
22.	¿Te has sentido a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío, por ejemplo, por la mañana?	
23.	¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de autocontrol?	
24.	¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura o estómago?	
25.	¿Has pensado que no es justo que otras chicas(os) sean más delgadas(as) que tú?	
26.	¿Has vomitado para sentirte más delgado(a)?	
27.	Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado llenar demasiado espacio, por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús?	
28.	¿Te ha preocupado que tu cuerpo presente celulitis?	
29.	Verte reflejada(o) en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?	
30.	¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuanta grasa tenías?	
31.	¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo desnudo?	



32.	¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada(o)?	
33.	¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	
34.	La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?	

ANEXO II

INSTRUMENTO : Y-BOCS (YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE)

Identificación:

Fecha:

	<u>ACTUALES</u>		<u>PASADAS</u>	
	SÍ	NO	SÍ	NO
OBSESIONES AGRESIVAS:				
-Miedo a poder hacerse daño	0	0	0	0
-Miedo a poder hacer daño a los demás	0	0	0	0
-Imágenes violentas o terribles	0	0	0	0
-Miedo a decir impulsivamente obscenidades o insultos	0	0	0	0
-Miedo a hacer algo embarazoso	0	0	0	0
-Miedo a actuar bajo impulsos no deseados (apuñalar a un amigo)	0	0	0	0
-Miedo a robar cosas	0	0	0	0
-Miedo a herir a otros por no tener suficiente cuidado	0	0	0	0
-Miedo a ser responsable de que algo terrible suceda (fuego)	0	0	0	0
-Otras:	0	0	0	0
OBSESIONES DE CONTAMINACIÓN:				
-Preocupaciones o disgusto por los deshechos o las secreciones corporales (orina, heces, saliva)	0	0	0	0
-Preocupación por la suciedad o los gérmenes	0	0	0	0
-Excesiva preocupación por los agentes contaminantes ambientales (asbesto, radiaciones, residuos tóxicos)	0	0	0	0
-Excesiva preocupación por los productos del hogar (productos de limpieza, solventes)	0	0	0	0
-Excesiva preocupación por los animales (insectos)	0	0	0	0
-Preocupación por sustancias o residuos viscosos	0	0	0	0
-Preocupación por poder enfermarse por contagio	0	0	0	0
-Preocupado por poder contagiar a los demás	0	0	0	0
-Otras:	0	0	0	0
OBSESIONES SEXUALES:				
-Pensamientos, imágenes o impulsos sexuales prohibidos o perversos	0	0	0	0
-Contenidos acerca de niños o incesto	0	0	0	0
-Contenidos sobre homosexualidad	0	0	0	0
-Comportamiento sexual hacia los demás (agresivo)	0	0	0	0
-Otras:	0	0	0	0
OBSESIONES DE ACUMULACIÓN / AHORRO				
(Distinguir de hobbies y de lo relacionado con objetos de valor sentimental o monetario)				

-Describir:	0	0	0	0
OBSESIONES RELIGIOSAS (ESCRUPULOSIDAD)				
-Preocupación por sacrilegio y blasfemia	0	0	0	0
-Excesiva preocupación con el bien y el mal, moralidad	0	0	0	0
-Otras:	0	0	0	0

INSTRUMENTO : Y-BOCS (YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE)

Identificación:

Fecha:

	<u>ACTUALES</u>		<u>PASADAS</u>	
	SÍ	NO	SÍ	NO
OBSESIÓN CON LA NECESIDAD DE SIMETRÍA O EXACTITUD:				
-Acompañada de pensamiento mágico (preocupación de un accidente, a no ser que las cosas estén en su sitio)	0	0	0	0
-No acompañada de pensamiento mágico	0	0	0	0
OBSESIONES – MISCELÁNEA:				
-Necesidad de saber o recordar	0	0	0	0
-Miedo a decir ciertas cosas	0	0	0	0
-Miedo a no decir justo lo correcto	0	0	0	0
-Miedo a perder cosas	0	0	0	0
-Imágenes intrusas (no violentas)	0	0	0	0
-Música, palabras o sonidos sin sentido intrusos	0	0	0	0
-Preocupación por ciertos sonidos/ruidos	0	0	0	0
-Números afortunados/desafortunados	0	0	0	0
-Colores con significado especial	0	0	0	0
-Miedos supersticiosos	0	0	0	0
-Otras:	0	0	0	0
OBSESIONES SOMÁTICAS:				
-Preocupación por enfermedades	0	0	0	0
-Excesiva preocupación por una parte del cuerpo o por la apariencia (dismorfofobia)	0	0	0	0
-Otras:	0	0	0	0
COMPULSIONES DE LIMPIEZA / LAVADO:				
-Excesivo o ritualizado lavado de manos	0	0	0	0

-Excesivo o ritualizado aseo (ducha, baño, cepillado de dientes, cepillado de pelo, aseo rutinario)	0	0	0	0
-Limpieza de objetos de la casa u otros objetos inanimados	0	0	0	0
-Otras medidas para prevenir o anular el contacto con contaminantes	0	0	0	0
-Otras:	0	0	0	0
COMPULSIONES DE COMPROBACIÓN				
-Comprobar cerraduras, electrodomésticos	0	0	0	0
-Comprobar que no se hizo/hará daño a los demás	0	0	0	0
-Comprobar que no se hizo/hará daño a uno mismo	0	0	0	0
-Comprobar que nada terrible sucedió/sucedirá	0	0	0	0
-Comprobar que no se han cometido errores	0	0	0	0
-Comprobaciones ligadas a obsesiones somáticas	0	0	0	0
-Otras:	0	0	0	0

INSTRUMENTO: Y-BOCS (YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE)

Identificación:

Fecha:

	<u>ACTUALES</u>		<u>PASADAS</u>	
	SÍ	NO	SÍ	NO
RITUALES DE REPETICIÓN:				
-Releer o reescribir	0	0	0	0
-Necesidad de repetir acciones de un modo rutinario (entrar/salir, sentarse/levantarse)	0	0	0	0
-Otros:	0	0	0	0
COMPULSIONES DE CONTAR:				
-Describir:	0	0	0	0
COMPULSIONES DE ORDENAR / ARREGLAR:				
-Describir:	0	0	0	0
COMPULSIONES DE ALMACENAR / COLECCIONAR:				

(Distinguir de hobbies e interés en objetos de valor económico o sentimental: por ejemplo apilar periódicos viejos, leer meticulosamente la propaganda de los buzones, coleccionar objetos inútiles)

-Describir:

COMPULSIONES - MISCELÁNEA

- Rituales mentales (distintos de comprobaciones/contar)
- Excesiva realización de listas
- Necesidad de decir, contar o confesar
- Necesidad de tocar, rozar o frotar
- Rituales acerca de parpadeo, guiño o mirada fija
- Medidas para prevenir herirse, herir a los demás, consecuencias terribles
- Conducta alimentaria ritualizada
- Conducta supersticiosa
- Tricotilomanía
- Otras conductas autodestructivas o automutilantes
- Otras:

INSTRUMENTO: Y-BOCS (YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE)

Identificación:

Fecha:

	0	1	2	3	4
1.- TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS	0	0	0	0	0
2.- INTERFERENCIA DEBIDA A LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	0	0	0	0	0
3.- DISTRÉS ASOCIADO A PENSAMIENTOS OBSESIVOS	0	0	0	0	0
4.- RESISTENCIA CONTRA LAS OBSESIONES	0	0	0	0	0
5.- GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	0	0	0	0	0
6.- TIEMPO EMPLEADO EN REALIZAR CONDUCTAS COMPULSIVAS	0	0	0	0	0
7.- INTERFERENCIA DEBIDA A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	0	0	0	0	0
8.- DISTRÉS ASOCIADO A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	0	0	0	0	0
9.- RESISTENCIA CONTRA LAS COMPULSIONES	0	0	0	0	0
10.- GRADO DE CONTROL SOBRE LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	0	0	0	0	0

TOTAL:

S.S.O.

S.S.C.

	0	1	2	3	4	
11.- CONOCIMIENTO DE LOS SÍNTOMAS	Excelente	Bueno	Moderado	Escaso	Nulo	
12.- EVITACIÓN	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Muy amplia	
13.- INDECISIÓN	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Gravísima	
14.- SENTIDO RESPONSABILIDAD EXCESIVO	Ninguno	Leve	Moderado	Grave	Gravísimo	
15.- LENTITUD	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Gravísima	
16.- DUDA PATOLÓGICA	Ausente	Leve	Moderada	Grave	Gravísima	
17.- GRAVEDAD GLOBAL	No enfermo	Leve	Moderada	Grave	Gravísima	
18.- MEJORÍA GLOBAL	Mucho peor	Algo peor	Sin cambio	Algo mejor	Mucho mejor	
19.- FIABILIDAD	Escasa	Moderada	Buena	Excelente		

ANEXO III

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Seguidamente te presento una serie de preguntas que deberás contestar lo más honestamente posible.

Escribe las respuestas en este mismo cuestionario.

¿Cuál es tu...

- 1) Actitud en tu hogar:
- 2) Actitud en los estudios:
- 3) Actitud con las amistades:
- 4) Actitud con tus enemigos:
- 5) Actitud con las personas que no conoces:
- 6) Actitud hacia ti:
- 7) Actitud con tu madre:
- 8) Actitud con tu padre:
- 9) Actitud con tu familia:
- 10) Actitud con tu pareja:

Los Conceptos:

- 1) ¿Qué concepto tienes de ti misma como hija?
- 2) Concepto de tu madre:
- 3) Concepto de tu padre:
- 4) Concepto de los estudios:
- 5) Concepto de la amistad:
- 6) Concepto de relación de pareja:

- 7) Concepto de lealtad:
- 8) Concepto de sacrificio:
- 9) Concepto de ti:
- 10) Concepto del mundo que te rodea:
- 11) Concepto de familia:

Los Padres

- 1) Describe lo que más te gustaba de tu padre cuando eras pequeña:
- 2) lo que menos te gustaba de tu padre:
- 3) ¿Qué provocaba el comportamiento negativo de tu padre?
- 4) ¿Cómo recuerdas la relación entre tus padres?
- 5) Lo que más te gustaba de esa relación:
- 6) ¿Cómo fue la infancia de tu padre?
- 7) ¿Cómo eran o son tus abuelos paternos?
- 8) Lo más importante para tu padre es:
- 9) ¿Cuál era el credo en la filosofía de vida de tu padre? (ej. nunca hagas mañana lo que puedes hacer hoy; sin disciplina la vida pierde valor; Si te caes siete veces, levántate ocho, ...).
- 10) ¿Cómo afectó este credo de filosofía en tu vida?
- 11) ¿Qué actitud tenía y tiene hacia ti?

- 12) ¿Cuál fue hasta hace poco, tu actitud hacia él?
- 13) ¿Qué es lo que más te gustaba de tu madre cuando eras pequeña?
- 14) Lo que menos te gustaba:
- 15) ¿Qué provocaba el comportamiento negativo de tu madre?
- 16) ¿Cómo fue la infancia de tu madre?
- 17) ¿Cómo eran o son tus abuelos maternos?
- 18) ¿Qué es lo más importante para tu madre?
- 19) ¿Cuál es el credo en la filosofía de vida de tu madre?
- 20) ¿Cómo afectó el credo en tu vida?
- 21) ¿Cuál es su actitud hacia ti?
- 22) ¿Cuál fue hasta hace poco tu actitud hacia ella?

Describe lo que piensas sobre cada afirmación:

- 1) YO SOY:
- 2) A MÍ, ME HUBIESE GUSTADO SER:
- 3) ENTONCES, YO NECESITARÍA HACER:
- 4) ESTOY DESCONTENTA DE MÍ:

- 5) YO NO ME ACEPTO:
- 6) COSAS QUE ME GUSTAN DE MÍ FÍSICAMENTE:
- 7) COSAS QUE NO ME GUSTAN DE MÍ FÍSICAMENTE:
- 8) COSAS EN COMÚN CON MI PASADO:
- 9) COSAS QUE ME GUSTARÍA QUE SUPIESEN DE MÍ:
- 10) COSAS QUE LOS DEMÁS NO SABEN DE MÍ:
- 11) COSAS QUE PEDIRÍA:
- 12) YO PUEDO:
- 13) YO ME COMPROMETO: