



**Universidad
Europea MADRID**

Análisis de un Caso de Trastorno Obsesivo Compulsivo

Máster de Psicología General Sanitaria

Autora: Rocío Carmona Ruiz

Centro: Más Vida Psicólogos

Tutores: Aurora López Ocaña

& Alberto Bellido Esteban

Fecha de realización Trabajo Fin de Máster: Octubre 2021-Febrero 2022

Resumen

El presente Trabajo Fin de Master, analiza un caso de Trastorno Obsesivo Compulsivo, caracterizado por compulsiones de orden, simetría y comprobación. LC de 23 años de edad solicita consulta online por la presencia de sus obsesiones que no le dejan vivir sin preocuparse constantemente. La demanda se realiza un año después de padecer los primeros síntomas, la que coincide con la reciente situación pandémica y traslado a la residencia familiar.

Con el objetivo de obtener una mayor información y recopilar datos de forma cuantitativa y cualitativa, se realiza una entrevista semiestructurada, la aplicación de las Escala Obsesivo Compulsiva (Y BOCS), la Escala de Fusión Pensamiento y acción (TAFS) y Escala de Acomodación Familiar. En la historia clínica se evidencia la presencia de una posible hipótesis biológica y hereditaria, por los antecedentes maternos de LC. El tratamiento se ha realizado desde el enfoque cognitivo conductual con un total de 15 sesiones y acuerdo posterior de seguimiento para contemplar la funcionalidad en la vida de LC. Finalmente, el tratamiento ha mostrado buen resultado y se hace mención a la actitud colaborativa de la paciente junto con su predisposición para entender sus síntomas y abordarlos desde el origen. Se resalta el impacto a nivel personal que la crisis sanitaria covid-19 ha tenido sobre LC siendo este un factor predisponente que ha influido y desencadenado los síntomas.

Palabras clave: ansiedad, obsesión, compulsión, covid-19, neutralización, online, terapia cognitivo conductual, sociedad.

Abstract

The present Master's thesis work analyses an Obsessive Compulsive Disorder, characterized by order, symmetry and verification compulsions. 23-year-old person LC applies for online consultation due to the presence of obsessions that difficult her life and keep her continually concerned. This command is carried out one year after the first symptoms emerged, coinciding with the current pandemic situation and a move into a new familiar residence.

In order to obtain further information and compiling basic data in both qualitative and quantitative ways, a semi structured interview development is being carried out, as well as the implementation of Thought- action Fusion Scale and Family Accommodation Scale. A possible biology and hereditary hypothesis has been found in the Clinical History, caused by LC's maternal history. The treatment has been accomplished putting into practice a Cognitive Behavioural Therapy, with 15 sessions and a later monitoring agreement in order to analyse its usefulness in LC's life. Finally, the treatment has been successful and it is worth stressing the

collaborative disposition of the patient and her predisposition to understand and deal with her symptoms since the beginning. The personal impact that the covid-19 health crisis has had on LC is highlighted, this being a predisposing factor that has influenced and triggered the symptoms.

Key Words: anxiety, obsession, compulsion, Covid-19, neutralisation, online, therapy.

Índice

Evolución Histórica y Definiciones	5
<i>Epidemiología</i>	7
<i>Comorbilidad</i>	7
<i>Etiología y Teorías Explicativas</i>	8
<i>Tratamientos Empíricamente Validados</i>	10
Identificación del Paciente y Motivo de Consulta	11
Estrategias de Evaluación	12
<i>Entrevista Semiestructurada</i>	12
<i>Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS) (Goodman et al., 1989)</i>	13
<i>Escala Acomodación Familiar para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Calvocoressi et al., citado en Steketee, 1999)</i>	13
<i>Escala de Fusión Pensamiento-Acción (TAFS) (Shafran et al., 1996)</i>	14
<i>Autorregistro</i>	15
Formulación Clínica del Caso	16
<i>Objetivos de la Intervención</i>	20
Tratamiento	21
Valoración del Tratamiento	28
Discusión y Conclusiones	33
Referencias Bibliográficas	38
Anexos	42
Índice de Tablas	
Tabla 1 Puntuaciones de las Escalas Administradas	14
Tabla 2 Formulación Clínica del Caso	19
Tabla 3 Objetivos Específicos y Técnicas	21
Tabla 4 Indicadores de los Objetivos	30

Evolución Histórica y Definiciones

El vocablo obsesión, derivado del latín significa asediar o bloquear mientras que, la compulsión se define como habitar, residir u ocupar la atención, en forma de idea que se establece en la mente ocupándola de forma persistente.

La Real Academia Española de la Lengua, define la obsesión, como una perturbación producida por una idea fija y en su segunda acepción como una idea fija o recurrente que condiciona una determinada actitud. La compulsión queda definida como una inclinación, pasión vehemente y contumaz por algo o alguien.

Al hacer referencia a la evolución y concepción histórica de ambos significados y el uso de la nomenclatura Trastorno Obsesivo Compulsivo desde su limitación clínica, nos remontamos al año 1838 con Dominique Esquirol y la descripción de Mademoiselle F. El caso clínico describe una paciente que debido a la presencia de obsesiones y compulsiones de las cuales era totalmente consciente, considerándolas "mi inquietud es absurda y ridícula pero no puedo evitarlo" (Dominique Esquirol, 1838, v.2, p.64).

En el siglo XX, Sigmund Freud con sus teorías de la neurosis obsesivo-compulsiva conceptualiza el trastorno como causa de un conflicto interno e inconsciente de la persona que lo padecía. En las siguientes aportaciones el término de obsesiones fue considerado un trastorno mental a partir de un mecanismo de defensa en el que el paciente era incapaz de aceptar de manera consciente el motivo de la obsesión (Freud, 1967).

En la década de los 50, tiene lugar una nueva perspectiva en el abordaje terapéutico con la terapia conductual y las teorías de aprendizaje. En esta línea de tratamiento se le otorga al paciente un rol activo con capacidad para adquirir un nuevo aprendizaje con el entrenamiento en técnicas de exposición y prevención de respuestas (Steketee, 1993).

En el siglo XX, en 1995 se definió por primera vez como TOC, expuesto en la IV edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, incluido en los trastornos de ansiedad con sus peculiaridades. Posteriormente, en la quinta edición del Manual queda representado como trastorno independiente (American Psychiatric Association, 2014).

En la actualidad, el TOC se engloba en el DSM-5, por la presencia de obsesiones, pensamientos recurrentes y persistentes, también imágenes o impulsos. En la mayoría de los casos los pensamientos son intrusos y causan malestar buscando la persona suprimirlos e intentar neutralizarlos con otro pensamiento o actuación. La compulsión que tiene asociado a

este primer evento, sin necesidad de relación entre ellos. Las compulsiones son comportamientos o actos mentales repetitivos que la persona hace para dar respuesta a su obsesión. Los comportamientos suelen ser lavarse las manos, ordenar y comprobar, o la realización de actos mentales como rezar, contar y realizar repeticiones de palabras o números. El objetivo es reducir, paliar o minimizar el malestar y la ansiedad que provocan los pensamientos e incluso para evitar la ocurrencia de un evento temido (American Psychiatric Association, 2014).

El manual hace mención a la especificación del grado en que el paciente tiene conciencia de la certeza y existencia objetiva de sus obsesiones y compulsiones. Se establecen en función a buena introspección, poca introspección o con ausencia completa junto a creencias delirantes.

El manual CIE-10, en su décima versión de Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, define el trastorno por: la presencia de pensamientos obsesivos, estos pueden ser ideas, imágenes o impulsos. En las diferentes formas de manifestarse comparten el carácter estereotipado e intrusivo afectando el bienestar de la persona. Las compulsiones son los comportamientos repetitivos que se realizan para dar respuesta, prevenir, suprimir o evitar los sucesos que se temen.

Ambos son persistentes, intrusos e incapacitantes para la vida de la persona, la conciencia que se tiene de los pensamientos, reconociendo el escaso valor que tiene el primer acto mental, es decir, la obsesión pero aun así se realiza la compulsión con el objetivo de eliminar el malestar que se siente y dejar de sentir la ansiedad.

En líneas generales se puede establecer que ambos manuales DSM-5 y CIE-10, comparten la presencia de pensamientos en forma de obsesiones que provocan malestar e interferencia en la vida de la persona, buscando estos ser paliados, neutralizados y calmados con las compulsiones que la persona asocia para minimizar este deterioro que experimenta. En cuanto a las diferencias se aprecia que DSM-5 establece la diferenciación entre el nivel de conciencia que la persona tiene sobre sus propios pensamientos junto a las consecuencias de ellos.

Mientras que CIE-10, la diferencia de predominio de pensamiento o rumiaciones obsesivas, la cual establece la relación con la depresión aunque el diagnóstico del trastorno como tal solo podrá darse sin la presencia de episodios depresivos. Por otro lado, muestra el predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos), en su mayoría actos caracterizados por

la limpieza, y comprobaciones repetidas de orden como reaseguración de las situaciones consideradas peligrosas.

Desde una interpretación funcional, las compulsiones pueden tener una aplicación lógica. Buscan suprimir la demanda de la obsesión primaria calmando la ansiedad, reforzando a largo plazo la necesidad del ritual. Por otro lado, Lee y Kwon (2003) establecen que las obsesiones se subdividen en autógenas y reactivas. Las primeras aparecen de forma inesperada siendo muy difícil de identificar el estímulo o factor que lo ha desencadenado. Estas obsesiones son pensamientos que provocan malestar, son considerados egodistónicos, por el carácter irracional y aversivo que tienen. El contenido puede oscilar desde la suciedad, la enfermedad, la contaminación, la agresividad y la sexualidad. Las obsesiones reactivas están determinadas por un estímulo externo donde la persona tiene que hacer algo para evitarlas. Los pensamientos son de suciedad, contaminación, accidentes, siendo estos los desencadenantes de la siguiente actuación que la persona hace para paliar el malestar.

Epidemiología

El TOC tiene un origen heterogéneo y su prevalencia en la población adulta oscila en torno al 2% de la población mundial (Lozano-Vargas, 2017). El inicio de las primeras manifestaciones es en la adolescencia, siendo su inicio más temprano en hombres entre los 6 y 15 años, mientras que es más tardío en las mujeres, donde comienza entre la edad de los 20 y 29 años (APA, 2002).

En la misma línea de mostrar las diferencias que el trastorno manifiesta entre hombres y mujeres Belloch *et al.*, (2011) encontraron en su estudio una sintomatología en mujeres basada en obsesiones y rituales de limpieza mientras que, los hombres mostraban mayores obsesiones de carácter sexual. El inicio del trastorno no tiene un patrón determinado, aunque su comienzo suele asociarse a un evento o situación de relativa importancia para la persona y su momento vital.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), es uno de los trastornos más incapacitante y desconocidos, a pesar de tener una repercusión del 2.2 % de la población Mundial (Forunclic, 2012).

Comorbilidad

La prevalencia y comorbilidad del trastorno varía en función a las consideraciones que se tengan en cuenta en función a la edad del paciente y del profesional de salud mental que

aborde el caso, incluso los instrumentos de evaluación utilizados, por ello pueden variar alrededor del 60% en las muestras clínicas y comunitarias (Tükel *et al.*, 2002).

Debido a la diversidad de la sintomatología del trastorno se resalta el estudio realizado por Lozano-Vargas (2017) que establece relación con el trastorno depresivo asociado al nivel de insight que la persona tiene de las obsesiones que determinan un pronóstico más lento.

En la misma línea se presenta una comorbilidad asociada al trastorno de ansiedad (ansiedad generalizada, trastorno de fobia social, trastorno de pánico, trastorno por agorafobia, fobias específicas y trastorno de ansiedad por separación). Tal relación se establece en función a la conexión asociada y como ha sido presentado en la anterior edición del manual de trastornos mentales. En concreto DSM-IV en el que el trastorno formaba parte de los trastornos de ansiedad.

En esta anterior clasificación las obsesiones y las compulsiones se diferenciaban en función del cometido y si su finalidad era producir ansiedad y malestar como es el caso de las obsesiones o, paliar su malestar con la presencia de las compulsiones, siendo ambas clasificadas como trastornos de ansiedad (Peralta, 2017).

Los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo desde la perspectiva del desarrollo muestran comorbilidad, con el trastorno dismórfico corporal, tricotilomanía y trastorno de excoriación (Lochner *et al.*, 2014). Esta relación posiciona al TOC más que como un único trastorno, como dimensiones que interactúan manifestando la patología.

Etiología y Teorías Explicativas

En referencia a la causa del trastorno y debido a su carácter heterogéneo y multifactorial, existen diferentes teorías que explican su origen, evolución e incluso el mantenimiento. Existen en la literatura diferentes factores que explican y determinan el grado de vulnerabilidad en la persona para desarrollar el trastorno, siendo este a la vez influido por otros elementos ambientales, sociales y psicológicos que determinan la finalidad que se refleja en la propia persona.

Teoría Biologicista

En esta línea se hace referencia a una regulación anómala de la serotonina en las personas que lo padecen debido a que la recaptación en la hendidura sináptica no se realiza de forma eficiente y no es absorbida en este caso por la neurona receptora (Jenike, 1996). En la

misma línea, Abramowitz (2007) establece una hipersensibilidad de los receptores serotoninérgicos postsinápticos.

Las aportaciones relacionadas sobre la causa genética y la relación del factor hereditario como causa y desarrollo del trastorno se ha observado entre familiares de primer grado hasta el 11,7% de su relación (Mattheisen *et al.*, 2015). En la línea de la contribución familiar Cruzado (1998) evidenció que lo que se hereda es la propia esencia de padecer TOC y no la sintomatología específica. Esta contribución marcaría la dirección contraria sobre que los síntomas se deben al modelado a pesar de ser un gran facilitador de la realización de los rituales.

Teoría Conductista

El Modelo de las dos etapas o Bifactorial de Mowrer explicó en 1939 desde la perspectiva conductual el trastorno. La primera etapa se basa en la asociación entre un estímulo que en un primer lugar es neutro (pensamiento), como por su contenido se condiciona como ansiógeno al percibirlo como desagradable. La segunda, es la evitación de las obsesiones: los pensamientos intrusivos para no sentir la ansiedad que producen. La forma en la que esta se evita, es mediante conductas compulsivas que alivian y reducen la ansiedad temporalmente, siendo reforzada de forma negativa a largo plazo. Abramowitz (2007) expone que el TOC se basa en la relación de temor de dos factores que se produce por condicionamiento clásico y se mantiene por condicionamiento operante junto con la predisposición biológica.

En la misma línea, se distingue la evitación pasiva que es la que se realiza evitando el estímulo y las situaciones que provocan la ansiedad. Y en la evitación activa, la persona tiene que realizar una conducta o acto mental para paliar el malestar (Cía, 1995).

Teoría Cognitivista

El estilo cognitivo es el conjunto de creencias relativamente firmes, inalterables e inmóviles en la persona que proporcionan una forma particular de procesar la información del medio (Taylor, 2002). En base al propio estilo fruto de la interacción familiar asociada a los estilos educativos y las experiencias tempranas, son los factores que facilitan la aparición de ciertas creencias.

La dificultad desde esta teoría existía en aunar la multifactorialidad del trastorno y fue un factor clave para que profesionales de diferentes países se reunieran en una congregación formando el grupo de trabajo sobre cogniciones obsesivo-compulsivas (OCCWG, 1997). El resultado fue la identificación de las llamadas creencias centrales en el TOC y entre ellas: alta

responsabilidad por el daño y sobreestimación de la responsabilidad de peligro, importancia otorgada a los pensamientos intrusivos con la necesidad de controlarlos e intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo. Posteriormente y fruto de otro grupo de trabajo se unió a la lista de las creencias, la fusión de pensamiento y acción (Rachman, 2003 y Wells, 2000).

Modelo Integral

El modelo hace referencia a la vulnerabilidad biológica y psicológica. La primera, en las personas con el trastorno es más sensible, con mayores respuestas emocionales ante situaciones de estrés. La segunda se ve reforzada, generando un aprendizaje de ansiedad y malestar asociado a los pensamientos intrusivos que se presentan inicialmente. Los pensamientos intrusivos incrementan la ansiedad, generando emociones negativas y sensación de incontrolabilidad. Este proceso mediante el que los pensamientos intrusivos generan emociones negativas y unido a la falta de control, crea un círculo vicioso que retroalimenta la ansiedad con conductas de evitación y escape para paliar el malestar, cronificándose así y manteniéndose a largo plazo mediante reforzamiento negativo (Belloch *et al.*, 1995).

Los factores hereditarios, las variables biológicas, las experiencias tempranas y las creencias cognitivas son elementos indispensables para que el trastorno pueda ser precipitado a su vez por un evento estresante o una causa externa determinante.

Tratamientos Empíricamente Validados

Tras exponer las diferentes teorías explicativas del trastorno, se expondrá a continuación desde una perspectiva de tratamiento cognitivo conductual (TCC) diferentes casos que han mostrado y evidenciado su eficacia.

En primer lugar se resalta una revisión de meta análisis en la que se han comparado tratamientos empíricamente validados en función del grado de recomendación y su nivel de eficacia. El TCC ha demostrado ser un tratamiento de alta calidad y de bajo riesgo de sesgo en los pacientes con TOC. Por otro lado, su nivel de recomendación y eficacia según la guía clínica del Sistema Nacional de Salud de España ha indicado que puede ser aplicado con alta consistencia en la población diana (Fonseca *et al.*, 2021).

En la misma línea, la literatura ha evidenciado el grado en que el TCC ha mostrado ser eficaz en diferentes intervenciones. Fonseca *et al.*, (2021) ha indicado en una revisión que el tratamiento con mayor evidencia empírica es la exposición con prevención de respuesta (EPR) y la TCC.

En relación al presente estudio y por los aspectos comunes compartidos, se resalta un caso de una paciente, X de 19 años, con sintomatología obsesivo compulsiva, abordado desde la terapia cognitiva en formato online tras la pandemia covid -19. El caso ha sido abordado desde la terapia cognitiva (TC) mediante el protocolo de Belloch *et al.*, (2011) y este a pesar de mostrar su eficacia y la reducción de la propia sintomatología, se ha acompañado de experimentos conductuales (Bados, 2017). Los resultados anteriormente mencionados ponen de manifiesto la eficacia que la TCC presenta en la disminución de la sintomatología, se resaltan las técnicas de exposición y prevención de respuesta (Calaprice *et al.*, 2018).

En consonancia con el aspecto anterior y para mostrar la eficacia existente en la literatura científica se hace mención a un caso abordado mediante TCC y tratamiento farmacológico. En línea del tratamiento multimodal realizado por March (2014) destaca que el uso únicamente del fármaco no resulta ser igual de eficaz si se emplea con la TCC. En este sentido, incluso se afirma que los resultados se igualan a los obtenidos únicamente con el abordaje cognitivo conductual.

Identificación del Paciente y Motivo de Consulta

Debido a la confidencialidad y la ética profesional regida en el código deontológico de la profesión de Psicología, se conservan los datos personales del paciente con el objetivo de salvaguardar su privacidad.

LC, paciente de 23 años, la terapia se desarrolla en formato online debido a que su proceso terapéutico comienza el pasado mes de febrero de 2020, en plena situación pandémica en nuestro país debido al covid-19.

En la actualidad LC reside en Málaga en la residencia de sus padres debido a que sus clases en la Universidad de Madrid en la que estudia Relaciones Públicas se han interrumpido por la situación que se vivía. La relación con sus padres es buena y de calidad, LC tiene una hermana y es tía de dos sobrinos. Su padre es Psicólogo y este dato le hace sincerarse con él y pedir ayuda. Su madre es ama de casa y muestra con ella total colaboración y entendimiento, pues en su juventud vivió la situación que hoy día trae a LC a consulta.

Los síntomas comenzaron en 2019 coincidiendo con su traslado a Madrid. LC explica que en las ocasiones que las cosas no están como ella considera, no puede continuar su vida con normalidad. Los comportamientos y actos que realiza son: ordenar los cojines de la cama, los bolígrafos, la percha de su habitación en una determinada orientación para estar calmada, y así desarrollar sus rutinas y ocupaciones. Al igual que cuando va en su coche, que debido a

que acaba de conseguir el carnet, su L en la parte trasera, debe verse a la perfección porque piensa que puede tener un accidente, siendo este un motivo para no coger el coche. Estos actos los realiza para disminuir la ocurrencia de los pensamientos, ya que es el temor a que le pase algo malo a su familia.

Uno de los episodios ocurre cuando su hermana y sus hijos vienen a la casa familiar, le comienzan de forma continuada pensamientos del tipo "y si le hago daño a mis sobrinos". LC para sostener esta situación y aunque comenta que era consciente que no les haría nada, decide estar en su habitación mientras se sentía irremediablemente culpable, sin ser capaz de contarlo a sus familiares.

Se describe como exigente y perfeccionista con constante necesidad de sentirse aprobada por los demás e incluso por sus amigos más cercanos, con los que con frecuencia no dice lo que piensa por temor a que se enfaden con ella, buscando agradar. Su vida social la considera satisfactoria, comparte tiempo con ellos de forma asidua, y más ahora que ha finalizado su relación de pareja de seis meses.

Al explorar su anterior relación de pareja, LC afirma que no le preocupa, a veces esta triste sin ser un problema. Su motivo de consulta principalmente es quitarse los pensamientos, no dar tantas vueltas a las cosas y trabajar su autoestima.

Estrategias de Evaluación

En la línea de realizar una evaluación completa tanto de la información verbal y no verbal de LC se hizo uso de la entrevista, observación, escalas y autorregistros. La elección de estas herramientas ha sido para poder garantizar la recogida de todos los datos necesarios y pertinentes para finalmente realizar una adecuada evaluación de toda su sintomatología y la funcionalidad que tienen de forma adaptada e individualizada.

En las siguientes líneas se describirán cada una de las herramientas y las escalas, así como los resultados obtenidos en cada una de ellas.

Entrevista Semiestructurada

La finalidad es recopilar información de la paciente de forma muy personalizada, permitiendo así ir desde los aspectos más generales hacia los más específicos para entender la demanda y motivo de consulta. Por otro lado, permite realizar en los primeros minutos de la sesión el encuadre terapéutico para que en este caso LC se sintiera lo más cómoda posible al conocer el marco de referencia del que nos posicionaremos en las siguientes sesiones. Las

preguntas que se realizaron fueron abiertas y nos permitió obtener información cualitativa de las diferentes áreas de su vida diaria, estructura familiar, estilo de relación familiar, área académica, área social y personal (Anexo 1).

En la línea de la entrevista semiestructurada, se comenzó realizando preguntas más específicas de la conducta problema y su principal demanda. La información obtenida en las sesiones de evaluación sirvió para ir entendiendo la funcionalidad de la conducta problema, así como su mantenimiento.

Con el objetivo de ir delimitando y esclareciendo la comprensión de la sintomatología de LC y su repertorio conductual, se administraron las siguientes escalas. En la tabla del siguiente apartado se muestran las puntuaciones totales (ver Tabla 1).

Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS) (Goodman *et al.*, 1989)

La escala mide y pondera la severidad de los síntomas, es heteroaplicado, su duración oscila entre los 30 y los 45 minutos. Al inicio se pregunta a LC por los síntomas que ha tenido en los últimos siete días, los cuales figuran en el listado de síntomas de la escala. La totalidad de las preguntas de la escala evalúan las obsesiones y las compulsiones, de esta forma se obtienen dos subpuntuaciones y una puntuación global de ambas. En el caso de LC los resultados obtenidos mediante escala Likert de 0-4 (0: ausencia de síntomas y 4: síntomas intensos) sitúan a LC en una puntuación total de 20, siendo compatibles con una sintomatología moderada en sus obsesiones y compulsiones. En la misma línea Amir *et al.*, (1997) evidenciaron en su estudio un análisis factorial de los resultados y se expuso la presencia de dos factores que diferenciaban el grado de perturbación y de gravedad en ellos en relación a la resistencia, tiempo y control en la vida de la persona. En el caso de LC sus resultados se encontraron en una puntuación total de 20 situándose en una manifestación leve y una severidad de los síntomas, los cuales están interfiriendo en la actualidad el transcurso natural de su vida (Anexo 2).

Escala Acomodación Familiar para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Calvocoressi *et al.*, citado en Steketee, 1999)

Evalúa el grado en el que los familiares han realizado conductas de acomodación sobre la sintomatología de la paciente, consta de 12 comportamientos mediante escala Likert (0: ausencia y 4: presencia extrema). La escala está formada de dos partes de la que se busca esclarecer la información de la paciente con el mayor de los detalles. En primer lugar, se les realizan preguntas a los familiares sobre la existencia de los síntomas de la semana anterior. El

contenido es sobre las obsesiones, compulsiones, evitación, indecisión, sentido exagerado de la responsabilidad, lentitud generalizada/inercia y duda psicológica. En la segunda parte, se describen los síntomas específicos y se le pregunta a la familia si han realizado alguna conducta acomodativa. Se destacan: tranquilizarle, espera a la realización de los rituales, facilitarle las compulsiones y evitaciones de la propia obsesión, tolerar conductas, modificar la rutina personal o familiar y asumir responsabilidades familiares de la paciente. La puntuación total obtenida en la escala por los familiares de LC ha sido de 17 mostrando una manifestación moderada de las conductas (Anexo 3).

El motivo por el cual se ha decidido realizar esta prueba es porque LC, cuando ha sentido que su sintomatología se ha incrementado ha sido cuando se ha mudado al domicilio familiar y estos resultados pueden resultar esclarecedores para acercarnos más al conocimiento de la causa y mantenimiento de los síntomas. En la línea de ello, se resalta la investigación realizada por Otero y Rivas (2007) en la que se evidenció la escala con una adecuada fiabilidad y validez para evidenciar el grado de participación familiar que se encontraba presente en la manifestación de los síntomas de los diferentes sujetos.

Escala de Fusión Pensamiento-Acción (TAFS) (Shafran *et al.*, 1996)

Evalúa el grado en el que la persona presenta el sesgo cognitivo de fusión entre su pensamiento y acción. Está formada por 19 ítems que evalúan a su vez tres subescalas sobre la probabilidad para otros de fusión pensamiento- acción, probabilidad de sí mismo sobre la probabilidad que suceda la acción y moral sobre la igualdad entre realizar un pensamiento y realizarlo. La escala se administró a LC debido a la interferencia que le causan sus pensamientos actuales sobre su propia conducta. El resultado total obtenido en la escala ha sido de 24 y este dato sitúa a LC en una sintomatología moderada de sentir acuerdo entre su pensamiento y acción (Anexo 4).

En relación a los resultados obtenidos y tras observar datos de otros estudios se ha observado relación entre la fusión pensamiento-acción y el aumento del sentido de la responsabilidad que, a su vez pueden ser entendidas como un factor de vulnerabilidad en la posterior aparición y desarrollo del trastorno (Rachman, 1997).

Tabla 1

Las puntuaciones pertenecientes a las escalas administradas

Escala	Puntuaciones Obtenidas	Interpretación de los Resultados
Escala (Y-BOCS)	20	Sintomatología moderada de sus obsesiones y compulsiones
Escala de Acomodación Familiar:	17	Realización moderada de las conductas de acomodación de los familiares
Escala de Fusión Pensamiento y Acción	24	Sintomatología moderada

En las diferentes sesiones mediante la información verbal y no verbal de LC se han obtenido datos muy relevantes para la evaluación de su sintomatología. En esta línea, y a pesar de ello debido a que faltan algunos detalles de sus propias conductas obsesivas, compulsivas y de acomodación, se le ha explicado y pedido que realice un autorregistro entre sesiones (Anexo 6).

Autorregistro

Es una técnica semiestructurada, siendo una de sus finalidades generar toma de conciencia de las propias conductas para conocer en qué medida se mantienen. Por otro lado, se busca la identificación de ellas al ser generadas por los pensamientos automáticos negativos o intrusivos que aparecen en forma de obsesiones en un primer momento. En primer lugar, se le ha explicado el funcionamiento de pensamiento, emoción, conducta para que entienda el motivo por el cual se registran en ese orden y de qué forma ella puede aprender su gestión desde la aceptación y la conciencia de sus pensamientos intrusivos. El formato del autorregistro debe contener una columna con la fecha, la situación que le genera el malestar, la obsesión que se le genera (Anexo 6). Este último podrían ser pensamientos o actos, el nivel de malestar que siente y la compulsión que realiza o la evitación con la finalidad de reducir el nivel de ansiedad que sintió en el primer momento.

Formulación Clínica del Caso

LC es una chica de 23 años estudiante de Relaciones Públicas en la Universidad de Madrid. La emergencia sanitaria covid-19 ha sido el motivo por el que ahora vive en la residencia familiar y continúa sus clases en Málaga en modalidad online. El cambio de residencia es un factor clave como desencadenante de la conducta problema que, actualmente manifiesta en consulta y por la que decide acudir a ella.

LC refiere que sus problemas comenzaron hace un año cuando sentía que las cosas no estaban como ella quería, en palabras de ella "si no las cambio no puedo continuar mis tareas con normalidad", interfiriendo así en su rutina diaria. Las conductas compensatorias que tiene la necesidad de realizar son sobre orden y simetría para paliar y eliminar los pensamientos intrusivos. El contenido de los pensamientos es de preocupación y temor de que a sus padres les ocurra algo negativo.

Hipótesis de Origen

Las conductas comenzaron en 2019 coincidiendo con su traslado a la Universidad en Madrid, lugar nuevo para ella que ha podido ser el detonante de la sintomatología y la necesidad de control de las situaciones.

Las variables disposicionales que han incrementado las probabilidades que aparezca el problema y su condicionamiento ha sido la predisposición biológica por parte de su madre que padeció el trastorno en su adolescencia, al igual que las experiencias tempranas en el ambiente familiar. El estilo familiar que según nos ha mostrado en sesión, está formado por unas figuras parentales exigentes y con alta responsabilidad.

Por otro lado, su padre ha podido fomentar en ella el perfil perfeccionista que manifiesta. El cual está caracterizado por no permitirse el error y necesitar la aprobación social para sentirse parte de su grupo.

A lo largo de su vida ha recibido este aprendizaje basado en la necesidad de controlar, asegurar, comprobar, conductas de perfeccionismo y exigencia que ella ha interiorizado como estilo de afrontamiento. Estas variables disposicionales se han ido integrando en su personalidad convirtiéndose en caldo de cultivo. En este sentido se han aumentado las posibilidades de actuar con conductas perfeccionistas basadas en el control de las situaciones cuando las circunstancias le causaban malestar o simplemente para remediarlo antes de sentirlo.

Estas conductas aprendidas basadas en el control de las situaciones, son parte de su historia vital que en otros momentos de su vida en los que ha vivido la sensación de falta de control han sido el medio para paliar el malestar. En esta línea y debido a la activación del recuerdo, ella ha respondido a tales situaciones con las conductas que tiene aprendidas en su memoria a largo plazo, en forma de red, pues se activan al ser entendida como un posible peligro (Rumelhart *et al.*, 1986).

En momentos posteriores ha sido el factor que ha precipitado los síntomas de ansiedad pues tiene instaurado este patrón de comportamiento de evitación y neutralización de la situación para paliar el malestar que si no hace esas conductas acaba sintiendo.

La emergencia sanitaria covid-19 ha sido un factor que ha contribuido al agravamiento de la sintomatología, su malestar y las conductas temerosas. Esta situación ha activado la alarma de miedo sobre la intolerancia a la incertidumbre y con ello los síntomas de ansiedad junto a las respectivas compulsiones.

Hipótesis De Mantenimiento

Las conductas de orden y comprobación que realiza de forma constante para paliar su malestar son las que mantienen el problema mediante reforzamiento negativo al no comprobar que el temor que siente no se producirá. Es el motivo por el cual evita y neutraliza con otras conductas consiguiendo el escape de su malestar y ansiedad.

En su familia, cuando han sido conscientes del problema, antes de ella pedir ayuda han contribuido a la acomodación de los síntomas realizando conductas que lo han reforzado de forma positiva manteniendo a su vez el problema. Por otro lado, la atención recibida por la familia cuando ella ha contado la situación, ha podido ser un factor clave para mantener los síntomas de forma permanente en el tiempo.

En las relaciones sociales, por la necesidad de aprobación que tiene se muestra de una forma que realmente no es, con la finalidad de sentirse aprobada por los demás.

En las reuniones con sus amigos suele estar pendiente de sus propias actuaciones para tener control sobre la necesidad de aprobación. La atención puesta sobre sí misma activa su sistema de alarma y provoca que este lo viva como una amenaza enviándole señales de ansiedad para que se haga cargo, reforzando negativamente su necesidad de aprobación.

La reciente ruptura con su pareja a pesar de ella afirmar que no le causa un malestar adicional, parece ser que ha podido contribuir a los síntomas actuales. La hipótesis podría ir en

la línea que su ruptura ha sido por ella no poder hacer las cosas como quería en la relación controlando la situación y ha podido decidir escapar de esta para no sentir el malestar asociado. Este comportamiento se ha generalizado al resto de relaciones y por ello necesita comportarse del modo que esperan de ella para no ser rechazada y sentirse parte de su grupo de amigos.

Factores Predisponentes (Antecedentes Personales y Familiares)

Su infancia y estilo familiar ha podido ser uno de los factores predisponentes para la actual sintomatología que LC presenta. En una de las entrevista ha explicado que su madre en la juventud padeció el trastorno y han podido ser transmitidas a LC debido al factor hereditario y la causa genética.

Antecedentes Remotos

El aprendizaje adquirido a lo largo de su infancia mediante conductas de preocupación y reaseguración sobre los eventos externos para tener la sensación de certeza y control.

Factores Estresantes

Las situaciones novedosas en las que no siente el control de ellas, anticipando su evitación para escapar del posible malestar que esta sensación le podría generar. Las situaciones que son incontrolables son las que le generan la necesidad de controlar y realizar conductas para evitar la sintomatología.

La primera vez que sintió LC la presencia de la sintomatología fue en el inicio de la Universidad en Madrid y establecimiento de una nueva rutina lejos del domicilio familiar.

Posteriormente ha sido la situación de emergencia sanitaria covid-19, siendo este el principal factor estresante para la sintomatología y la manifestación del trastorno. Este factor unido a la nueva mudanza a la residencia familiar y el establecimiento de una nueva rutina.

Recursos del Paciente y Afrontamiento

LC muestra conciencia de su problema y disposición al cambio. En la misma línea, ella es consciente de las conductas compensatorias. El nivel de insight es bueno, aunque en la actualidad y debido a las conductas de evitación y neutralización, continúa reforzando el problema con la posibilidad de cronificar su malestar.

Tratamientos o Intentos de Solución Previos y Resultados

No ha explicitado intentos previos de solución.

En la siguiente tabla se muestra la formulación clínica del caso (ver Tabla 2).

Tabla 2

Formulación Clínica del Caso

Antecedentes	Conducta	Consecuentes
Lejanos	Cognitivo	Corto plazo
Su madre padeció TOC en su juventud.	Pensamientos intrusivos de miedo o temor a consecuencias negativas en su familia.	Aliviar y eliminar los síntomas de ansiedad mediante R-.
Padres protectores.	Falta de concentración.	Atención de su familia para paliar su malestar R+.
Estilo educativo democrático.	Preocupación constante.	
Alto nivel de exigencia y perfeccionismo.		
Patrón de comportamiento basado en la comprobación y control.		
Desencadenantes	Fisiológico, Emocional	Largo plazo
Próximos Externos	Nerviosismo.	Reforzamiento del malestar y la sensación de incontrolabilidad de las diferentes situaciones nuevas.
Nueva adaptación a la situación de covid-19.	Tristeza.	
Cambio a la residencia familiar.	Motoras	
Ruptura de la pareja.	Control de las conductas que necesita comprobar.	Necesidad de refuerzo social y agradar a los demás.
Próximos Internos	Neutralización con simetría y orden.	Disminución y fragmentación de su autoestima y valía.
Variables disposicional asociada a la predisposición biológica.		
Variable predisposicional de personalidad.		

Aprendizaje previo familiar

Creencias erróneas de fusión pensamiento-acción, catastrofismo, pensamiento rígido.

Necesidad de mostrar partes de ella que no se corresponden.

Escasa tolerancia a la incertidumbre.

Debilitamiento emocional.

Estímulos Delta

Situaciones novedosas que están fuera de su control.

Llegada de la hermana y sobrinos a la residencia familiar.

Salida con los amigos si siente que no se comporta como debe hacerlo para gustar.

Vivir de nuevo en la casa de sus padres.

Objetivos de la Intervención

En relación a la definición operativa de las conductas que se buscan cambiar y modificar en el caso de LC se exponen los objetivos de la intervención.

Modificar la relación y la interpretación que actualmente tiene de los pensamientos obsesivos. El motivo de ello es la interferencia que actualmente tiene en su vida junto al malestar que le causan.

Modificar los pensamientos irracionales por pensamientos racionales y ajustados a la realidad. Mediante el trabajo de las creencias que están detrás de estos pensamientos por creencias más racionales y funcionales ajustadas a la realidad.

Disminuir las conductas compensatorias y las neutralizaciones que LC ha presentado al inicio del tratamiento. El trabajo conductual ha oscilado en una primera jerarquía de las situaciones, para ir exponiéndose a ellas con el objetivo de modificar e ir adquiriendo nuevos patrones conductuales.

Por último, en líneas generales se ha pretendido implementar nuevos patrones de afrontamiento y modificar el lenguaje interno de LC para conseguir afrontar las situaciones que anteriormente evitaba.

Tratamiento

LC presenta síntomas compatibles con el trastorno obsesivo compulsivo con la peculiaridad de conductas compulsivas de orden y simetría. El caso se ha abordado mediante el enfoque cognitivo-conductual, el que ha mostrado mayor eficacia terapéutica hasta el momento.

La intervención se ha distribuido en 15 sesiones semanales de 45 minutos, luego se llevaron a cabo llamadas de seguimiento que se espaciaron a dos en el primer mes y a una sesión hasta llegar a los seis meses. Posteriormente, se ha acordado que LC se pondrá en contacto con el centro para ir concertando las sesiones de seguimiento.

El tratamiento comenzó con dos sesiones de evaluación, se explicó el tiempo de duración, el secreto confidencial del ejercicio profesional y la debida cumplimentación de protección de datos, estableciendo así el primer encuadre terapéutico.

Seguidamente se muestran los objetivos específicos planteados en la intervención así como las técnicas utilizadas (ver Tabla 3).

Tabla 3

Objetivos Específicos y Técnicas Implementadas en el Tratamiento de LC

Objetivos Específicos	Técnicas
1. Calmar la preocupación adicional por el desconocimiento de la ocurrencia de su sintomatología.	1.1 Psicoeducación del trastorno y la manifestación del organismo. 1.2 Línea de vida para ubicar en el tiempo la ocurrencia y manifestación de los síntomas.

Objetivos Específicos	Técnicas
2. Ubicar a la paciente en el contenido de las diferentes sesiones.	2. Devolución de información de las áreas que consideramos necesarias trabajar que se han recopilado en la evaluación y su pertinente tratamiento.
3. Identificar los pensamientos intrusivos y diferenciarlos de la compulsión y evitación.	3.1Psicoeducación del procesamiento de pensamiento, emoción y acción.
4. Identificar entre obsesión, evitación y compulsión.	4.1Explicación de autorregistro y pedir que lo realice hasta la siguiente sesión.
5. Identificar las creencias irracionales tras la explicación.	5. Autorregistro A B C D.
6. Fomentar el autoconocimiento.	6.1 Psicoeducación de la autoestima e identificación de la propia autocrítica.
7. Prevenir las compulsiones que se producen ante los pensamientos obsesivos.	7.1 Exposición en imaginación de los ítems de la jerarquía de situaciones temidas. 7.2Exposición con prevención de respuesta.
8. Fomentar la autoeficacia.	8. 1 Debate socrático. Flecha descendente. 8.2 Línea de vida. Momentos yo decido.
9. Entrenar habilidades sociales y de comunicación.	9.1 Role playing estilo de comunicación.
10. Prevenir recaídas.	10.1 Kit de emergencia.
11. Generar conciencia y fomentar la enseñanza de la resiliencia.	11. Uso de la Metáfora del ajedrez.

Sesión 1 y 2

Se comenzó con la entrevista para entender el motivo de consulta, su sintomatología, origen, evolución, posibles causas o si han cambiado de contenido. Un aspecto importante ha sido indagar en el conocimiento que tiene de la ocurrencia de los pensamientos, si son parte de ella o los percibe como factor externo.

Psicoeducación de la sintomatología: se realizó mediante el símil de un tipo ansiedad: se trata de una forma que tiene nuestro organismo de decirnos que algo no va bien y que debemos ocuparnos de ello. La explicación utilizada fue:

“LC, la ansiedad es una forma que tiene el organismo de decirnos que algo necesita ser atendido, la forma en la que se manifiesta, se llama TOC, se basa en la presencia de obsesiones y compulsiones. Las primeras son los pensamientos que tienes y lo que realizas para paliarlos y con ello tu ansiedad, ya que es la forma en la que se hace notorio siendo la necesidad de hacer los rituales, las compulsiones para paliar ese malestar inicial”

Línea de vida: para que entendiera mejor su sintomatología al ubicar de forma temporal cuándo habían surgido, qué eventos habían ocurrido y si había notado diferencias en ellos. Se le pidió que guardase el documento pues lo usaríamos en un momento posterior para tener la ubicación espacio temporal. Los resultados esperados son generar y aumentar la conciencia de los inicios de la sintomatología y la relación con diferentes eventos de su vida (Anexo 5).

Para finalizar la sesión se realiza una **devolución de información** de las áreas importantes.

LC debido a la información que he recogido y en base a tu demanda principal “dejar de quitarte los pensamientos, no dar vueltas a las cosas y trabajar la autoestima”.

“En primer lugar, las sesiones se centraran en el área cognitiva para que entiendas el proceso de los pensamientos, qué son, qué nos quieren decir y cómo pueden gestionarse. En ellas entenderás que es algo que forma parte de nosotros y aunque no podemos quitárnoslo, sí que podemos aprender a manejarlos y gestionarlos de otra forma al modificar la forma de relacionarnos con ellos”

La siguiente área que trabajaremos será la autoestima, el autoconocimiento y la asertividad que forma parte de las habilidades de comunicación que nos permite crear y construir relaciones sanas con los demás.

El área familiar y personal la trabajaremos de forma transversal y percibirás como se influyen al ver los cambios y el modo de relacionarte con tu entorno cercano”.

La tarea para casa: autorregistro de las obsesiones diferenciándolas de las preocupaciones de la vida diaria (Anexo 6).

Sesión 3

Repaso de todos los aspectos abordados en la sesión anterior, expuso su dificultad al diferenciar algunas obsesiones de las preocupaciones. Afirmaba que todo es importante y necesita tener el control para estar calmada. Se observó el listado y se desmontaron los pensamientos intrusivos con mayor malestar.

La técnica empleada: psicoeducación de las diferencias entre obsesión, compulsión y evitación. La explicación se hace desde las tres formas de actuar para calmar la ansiedad que siente y que la obsesión es el pensamiento recurrente, intruso que le salta y del que ella quiere deshacerse al causarle mucho malestar. El objetivo es suprimirlo y evitarlo, la forma más rápida que tiene nuestro organismo es mediante la realización de un acto normalmente conductual o mental para calmar ese primer pensamiento liberándonos de él o, por otro lado, como no nos gusta la idea de este primer pensamiento también podemos evitarlo (y eso es hacer otra cosa o tarea). En definitiva, lo que ocurre con ambos y lo común que tienen es que no nos dejan desmentir, ni poner a prueba al primer pensamiento, quedándose éste con nosotros a modo de cuanto más tiempo pase, más cronificado se hará. Es un proceso que no te permite exponerte a la ansiedad, reforzándola de forma negativa, manteniéndola así a largo plazo porque realmente no te expones y no ves que ese miedo es el pensamiento que no es la realidad.

El motivo de la técnica es posicionar a LC en un rol activo del proceso. **Los resultados esperados** son aumentar el autoconocimiento, identificar sus pensamientos y proporcionarle herramientas para gestionarlos. **La tarea para casa:** continuar con el autorregistro (Anexo 6).

Sesión 4

Se recopiló mayor información con el autorregistro, le había ayudado para ser consciente. El objetivo de la sesión se modificó al ver la predisposición que LC traía a consulta y la inquietud de conocer por qué ella en algunas ocasiones evita sin hacerse cargo de su preocupación.

La técnica empleada: psicoeducación del conocimiento de las distorsiones cognitivas y cómo nos influyen en la interpretación de la realidad, las emociones que sentimos y las

conductas. Explicación **de las creencias irracionales** que a cada persona se nos activan unas y que son los patrones de pensamiento en base a nuestra forma de ver, entender e interpretar el mundo por nuestra historia de vida fruto de la experiencia. La explicación del **Modelo de Albert Ellis de A B C**, la identificación de las propias obsesiones. Se expuso el significado de cada inicial de forma que, A es el evento que dispara la obsesión, B son las intrusiones que tiene, sus obsesiones, C son las compulsiones que realiza para neutralizar su malestar. Se realizaron ensayos en la sesión mediante reestructuración cognitiva y debate socrático para que de forma clara LC pudiera continuar en casa e identificar los sesgos que la llevaban a la realización de tales compulsiones" (Ellis, 1979).

El motivo de la técnica: proporcionar información de forma objetiva de la interpretación de la realidad. **Los resultados esperados:** generar conciencia en la identificación de los pensamientos. **La tarea para casa:** autorregistro de los componentes D que es el pensamiento racional que se hace de B y E, las conductas alternativas e incompatibles que se originaron en el debate socrático, tras la explicación del Modelo de Ellis (Anexo 7).

Sesión 5

Comenta que ha sido importante poner nombre a todo lo que llevaba tiempo preguntándose. Sus creencias irracionales están basadas en el catastrofismo y la generalización. Se continua el desmonte de los pensamientos para poder llegar al trasfondo de sus miedos y paliar en definitiva el malestar que presenta.

La técnica empleada: psicoeducación de autoestima. **El motivo de la técnica:** reforzar y fomentar su autoconocimiento, con preguntas abiertas para ver el nivel basal y el conocimiento que tiene de qué es o cómo se mantiene, de qué aspectos depende o sí es una variable que únicamente depende de nosotros mismos. **Los resultados esperados:** posicionar a LC en una visión de reflexión personal para que identifique sus fortalezas y áreas que puede mejorar. **La tarea para casa:** autorregistro para identificar las verbalizaciones de autocríticas (Anexo 8).

Sesión 6

Se observa que había tenido un parón en todo el proceso. En la sesión explica que el motivo ha sido la acumulación de diferentes entregas en la Universidad, exclama que para ella es "una situación alarmante". Por otro lado, intentó coger su coche pero al ver que la L no estaba en la posición correcta (es una preocupación con una alta puntuación en su jerarquía) no fue

capaz de ir con sus amigos. Se le validó su malestar y se le explicó las recaídas como parte del proceso.

La técnica empleada: jerarquía de sus obsesiones (Anexo 9). **El motivo de la técnica:** identificar los aspectos más preocupantes para ella o qué obsesiones le provocan un malestar mayor, se elaboró en la sesión. **Los resultados esperados:** dotar de capacidad de autoobservación y de la identificación de los aspectos más relevantes. **La tarea para casa:** autoobservación de sus síntomas y que tratara de ser consciente si realiza neutralizaciones, a la vez de registrar su nivel de ansiedad.

Sesión 7

Al comenzar la sesión, mostró su desconcierto por las veces que neutraliza sus obsesiones intentando ignorarlos o suprimirlos. Expuso que el nivel de malestar ha sido tan alto que no era capaz de no hacer lo que sus obsesiones le decían. **La técnica empleada:** exposición en imaginación mediante desensibilización sistemática. **El motivo de la técnica:** romper la relación de pensamiento-acción y dotar a LC de herramientas para afrontar su malestar mediante el conocimiento a nivel orgánico de los pensamientos y las emociones que la llevaban al malestar. Se observó que los niveles de malestar eran muy altos y LC necesitaba sentir la calma que el estado de relajación le daría. **Los resultados esperados:** proporcionar responsabilidad y rol activo del proceso. En este sentido, LC es una paciente que ha mostrado mucha predisposición para saber por qué se realizaba cada técnica y en este sentido es oportuno realizar esta variante de la exposición. En esta línea, le otorgaríamos de una herramienta que ella podrá usar en un futuro mediante el conocimiento de la inhibición recíproca del sistema nervioso simpático y parasimpático.

La tarea para casa: practicar la exposición con prevención de respuesta (EPR), es decir, sin la realización de las compulsiones. Se le explicó el proceso que debía seguir desde que las obsesiones se le presentaran en cada momento y de qué forma era conveniente prestarles atención. Se hizo mediante **psicoeducación** sobre el poder que acaban adquiriendo los pensamientos cuando le otorgamos mayor importancia, haciendo que el círculo vicioso de la ansiedad continúe por las prevenciones de respuesta que se realizan, cronificando así la veracidad de éstas.

Sesión 8 a 9

La técnica empleada: se continúa con la exposición y se recogen los avances. **El motivo de la técnica:** reforzar la exposición y avances adquiridos para afianzar el aprendizaje.

Los resultados esperados: aumentar el tiempo de exposición para instaurar nuevas conductas.

La tarea para casa: continuar realizando la exposición sin forzar, para así reforzar su tranquilidad al decidir.

La técnica empleada: debate socrático y flecha descendente. **El motivo de la técnica:** continuar desmontando sus ideas de perfeccionismo, exigencia y necesidad de control **Los resultados esperados:** generar entendimiento en la interpretación de sus pensamientos. Se le explica la relación entre las conductas compulsivas que alivian el miedo a que algo ocurra y que a su vez retroalimentan sus preocupaciones manteniéndose en una influencia constante de su interpretación inicial. **La tarea para casa: mini experimento de exposición** para flexibilizar su conducta dejando de controlar y calmando su miedo.

Las siguientes sesiones (10 a 14) se presentan juntas, el motivo es que se realizaron en la sintonía de afianzar el progreso.

Sesión 10 a 14

Técnica 1: debate socrático. **El motivo de la técnica:** fomentar la propia responsabilidad y autoeficacia. **Los resultados esperados:** identificar e indagar en los motivos por los que ella creía que su vida ahora estaba resultando ser más funcional, posicionando la responsabilidad y el manejo de la situación en su propia persona. **La tarea para casa:** retomar línea de vida de la primera sesión y completarla con momentos de su vida que se había sentido que ella misma era la propia responsable de sus conductas sin dejarse influenciar por las propias preocupaciones o por los demás (Anexo 5).

Técnica 2: psicoeducación de asertividad y la explicación de los estilos de comunicación. **El motivo de la técnica:** generar conciencia sobre la importancia al decir nuestras necesidades y las consecuencias asociadas. **Los resultados esperados:** mejora de las habilidades de comunicación y con ello sus relaciones sociales. **La tarea para casa:** listado de actividades agradables que le gustaría hacer con su grupo de amigos (Anexo 10).

Técnica 3: role playing para entrenar el dialogo y la conversación con sus amigos. Se comenzó por las situaciones más sencillas hasta las más difíciles de abordar. **El motivo de la técnica:** entrenar las habilidades sociales y la negociación. **Los resultados esperados:** mejorar las habilidades de comunicación.

Sesión 15

Esta sesión fue la última del tratamiento y se trabajó de forma general la transitoriedad de las emociones desagradables en determinados momentos de la vida para otorgarle de herramientas de gestión emocional. **La técnica empleada:** Kit de emergencia para los días difíciles (Anexo 11). **El motivo de la técnica:** trabajo de las recaídas y proporcionar herramientas para su gestión. **Los resultados esperados:** gestionar y potenciar la propia responsabilidad.

Al finalizar la sesión se introdujo la **Metáfora del Ajedrez** (Anexo 12). **El motivo de la metáfora:** generar conciencia en el paciente en el que todo es transitorio y que fluye en función de distintas circunstancias. Posicionarle en una postura de observador y aceptación de los pensamientos y emociones agradables y desagradables.

Valoración del Tratamiento

En líneas generales, se puede afirmar que el tratamiento se ha mantenido dentro de los márgenes de eficacia terapéutica y consecución de los objetivos planteados a su inicio. Se ha observado la mejora de la sintomatología que LC presentaba en los cambios que ha realizado en su vida diaria, junto a la funcionalidad en las diferentes áreas. Los cambios realizados en LC y sus modificaciones funcionales se han observado en las sesiones de seguimiento, además de la actitud activa y colaborativa que la paciente ha mostrado en cada momento de la intervención.

En relación y debido al carácter fluctuante por el que se caracteriza la terapia psicológica LC comentó en las sesiones de seguimiento que había tenido alguna recaída. Afirmó usar el kit de emergencia que se había creado en sesión, además de las herramientas y estrategias que se habían entrenado para estos momentos. Los materiales que se usaron para la creación del Kit de emergencia fueron los aspectos más relevantes para ella, ya que fueron los primeros autorregistros, pues afirmó que estos le daban fuerza para continuar en su mejoría al ver todo lo que había avanzado.

En relación a las líneas anteriores LC comentó que las recaídas que había identificado fueron en momentos de un alto contenido de estrés e incertidumbre, aunque supo revertirlos por el entrenamiento previo y la forma de relacionarse con ellos. En este sentido Salkovskis (1999) evidenció en su estudio que las situaciones interpretadas con mayor responsabilidad y con altos niveles de incertidumbre son las que actuaban como precursores de la sintomatología. Por otro lado, LC reconoce que tener información del funcionamiento de sus pensamientos y

cómo se le activa la ansiedad le ha ayudado para afrontarlos y construir auto verbalizaciones en los momentos que percibía sus pensamientos.

A continuación, se mostrará cada área en la que se ha trabajado en las sesiones con sus modificaciones y avances junto con a los indicadores objetivos que se han conseguido e implantado en cada una de ellas (ver Tabla 4). De manera generalizada se puede establecer que en el tratamiento se ha conseguido la remisión de la sintomatología que mostraba en el inicio y una evolución funcional de los objetivos propuestos.

En el área personal se observó una remisión de las autocríticas realizadas sobre sí misma, junto a una modificación y mejora en los aspectos funcionales de su día a día. En este sentido, se han constatado en sus autoverbalizaciones mostrando una mejora autoestima y en el desempeño de las tareas de su día a día. Las modificaciones se han observado en una diferencia notable en la organización del tiempo de estudio, asunción de responsabilidades domésticas y el inicio de práctica de ejercicio físico asistiendo cuatro veces por semana al gimnasio.

En el área familiar remisión de las conductas de evitación a su habitación para no estar cerca de su hermana y sobrinos. El primer aspecto que se evidenció fue la mejora en la relación con ellos, siendo esta más agradable y cordial. En cuanto a los cambios y la modificación que LC decidió implementar fue acordar una cena a la semana en la que todos compartieran las últimas novedades de sus ocupaciones con la finalidad de compartir tiempo de calidad con su familia.

En el área social remisión de las conductas de evitación de contacto social, expresión de las propias necesidades y peticiones. Los cambios se observaron a la hora de relacionarse con sus amigos y saber expresar sus necesidades, a la vez que aceptar a los demás solo en los casos que fuesen de su agrado. En este sentido, sus amigos notaron y reforzaron su cambio al LC proponer planes dos veces a la semana para todos.

En el área académica remisión de la realización de rituales de orden y simetría en el momento de realizar los exámenes. La mejoría e incremento de su seguridad se observó en la disminución de las conductas de orden cuando tenía que hacer algún examen o realizar entregas importantes. En igual medida, esta área debido a la peculiaridad online en la que se encontraba no ha podido ser valorada de forma íntegra aunque se tendrá en cuenta en las sesiones de seguimiento. Además, se espera que debido a que la compulsión no está asociada a un contexto

específico, sino a todos los entornos, la extinción de los rituales se mantenga en la modalidad presencial.

Tabla 4

Indicadores de los objetivos establecidos en las áreas abordadas en el tratamiento de LC

Área	Objetivos Concretos	Indicador objetivo (Mejoras y Cambios)
Personal	-Incrementar tareas de autocuidado y desempeño en las labores diarias.	-Avance en la gestión del tiempo empleado en la realización de las tareas. -Asunción de la responsabilidad de sus ocupaciones domésticas (se hizo cargo de su propia compra, lavado de ropa y limpieza de su habitación).
	-Aumentar actividades y toma de decisiones.	-Incremento de actividades deportivas (retomó el gimnasio cuatro días a la semana).
Familiar	-Aumentar el tiempo dedicado en familia.	-Disminución de las conductas de evitación con su familia (se redujeron las veces que se encerraba en su habitación). -Propuso realizar una cena
	-Incrementar las interacciones familiares y la comunicación fluida.	semanal con toda la familia para compartir entre todos los avances y el día a día de ellos.

Área	Objetivos Concretos	Indicador objetivo (Mejoras y Cambios)
Social	-Incrementar la expresión de las propias necesidades y gustos.	-Aumento de las propuestas de planes a sus amigos (dos planes a la semana).
	-Incrementar las habilidades comunicativas.	-Aceptación de las decisiones de los demás en el caso de no gustarles el plan.
		-Trabajo de expresión de las propias necesidades sin ofender a los demás (su estado emocional se mantuvo estable a pesar de decir lo que realmente pensaba sin temer la desaprobación por parte de los amigos).
	-Incremento de autoconfianza y seguridad.	-Disminución de las conductas de comprobación de la L del coche.
Académica	-Incremento de su seguridad.	-Disminución de los rituales como estrategia de controlar el temor a la exposición.
		-Extinción de las conductas de orden y simetría de los bolígrafos en la mesa.

A la hora de analizar los resultados obtenidos nos basamos en el carácter predisponente de la LC. A continuación se muestra la consecución de objetivos terapéuticos que se han podido constatar en el caso.

Un aspecto que ha sido relevante y beneficioso para la consecución de los objetivos ha sido la alta predisposición y actitud colaborativa que LC mostró desde el inicio y que se ha reflejado en la adherencia al tratamiento. En este sentido, ella sentía que estaba perdiendo parte de las posibilidades que la vida le estaba brindando por dar tantas vueltas a las cosas preocupándose. La postura de LC se asocia a los estudios realizados por De las Cuevas *et al.*, (2014) en los que asociaron que la adherencia al tratamiento se debe principalmente a la actitud del paciente más que a factores sociodemográficos de la persona.

De forma aunada, en cuanto a la tendencia y actitud colaborativa, perseverante y proactiva que LC ha presentado desde el inicio con su motivación, se relaciona con la influencia que el estilo familiar ha podido tener en su historia vital.

En este sentido aclarar que su motivación radica en su iniciativa por revertir el aprendizaje que había adquirido en la manifestación de sus conductas y las propias ideas irracionales de perfeccionismo y control de las situaciones. En los estudios realizados por Peris y Miklowitz (2015) se ha evidenciado que unos altos niveles de emoción expresada por los padres se identifican con una posterior sintomatología de trastornos psiquiátricos infantiles. En este sentido y en el caso de LC ha podido ser que su aprendizaje radique de la emocionalidad que ha experimentado estos años en su ambiente familiar. Y ahora con el abordaje terapéutico, es consciente de los factores que se deben modificar para instaurar e implementar otros más funcionales.

Por otro lado, con respecto a la eficacia terapéutica se resalta el área cognitivo, el cual se ha contemplado en el protocolo de Belloch *et al.*, (2011), para el abordaje de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo.

Se puede establecer que desde el inicio LC presentó en su discurso y mediante sus conductas basadas en creencias irracionales de fusión pensamiento-acción, perfeccionismo y responsabilidad excesiva. Todas ellas fueron trabajadas en sesión mediante el desmonte de sus ideas, la racionalización de los pensamientos y una posterior psicoeducación del procesamiento cognitivo para ponerla en posición de llevar a cabo experimentos conductuales. La explicación cognitiva se realizó en forma del continuo que existe y del modo en el que las personas pueden orientar sus puntos de vista, decisiones y las interacciones. En la misma línea, se le aclara que

estas mismas están sustentadas por las propias ideas irracionales que se habían abordado en sesiones anteriores. En este sentido, una de las ideas irracionales que le causaba un malestar por doble vía, pues se sentía cada vez más excluida de su grupo de iguales, era su alto nivel de perfeccionismo asociado a la necesidad de aprobación externa. Nos comenta en sesión que ella normalmente no dice lo que piensa o dice lo que se esperaba e incluso en algunos momentos decía justamente algo que no era acorde a sus valores para no ser rechazada, mostrando así su necesidad de controlar y su miedo al rechazo por la sobreestimación que tiene esta consecuencia sobre ella que es, no ser aceptada.

Una vez transmitidos todos los elementos imprescindibles para dotar a LC de las herramientas necesarias, se le propusieron experimentos conductuales para posicionarla en el lado de desmentir el malestar de su obsesión, y conseguir ella misma bajar su nivel de ansiedad ante las obsesiones.

En cuanto a los logros terapéuticos alcanzados, la relación terapéutica no se ha resentido por la modalidad online en la que se han llevado a cabo el tratamiento de LC. En este sentido se establece relación con la aportación de Saenz (2020), el cual manifestó que la terapia cognitivo conductual se puede llevar a cabo manteniendo todos sus márgenes de efectividad con la telepsicología.

Discusión y Conclusiones

El caso abordado en el presente trabajo ha sido elegido por aunar los diferentes aspectos que pueden considerarse relevantes en la adquisición, aprendizaje, desarrollo y mantenimiento del trastorno explicado desde el enfoque cognitivo-conductual.

En primer lugar, se expone la manifestación de síntomas obsesivos compulsivos en LC, resaltando que en este caso su madre lo había padecido. Es un aspecto destacable para comprender su manifestación, curso, desarrollo y seguimiento. En relación a la presencia de los síntomas en la figura materna se hace mención al estilo comportamental y las emociones asociadas. En este sentido, la emoción que se ha encontrado relevante en la literatura científica en relación al TOC, es la culpa. Siendo estos puntos de referencia claves para el repertorio de conductas que finalmente LC acaba realizando.

Por ello, se asocian los actos compulsivos como el tipo de comportamiento que la persona realiza para minimizar, compensar los daños y las consecuencias de sus actos. En la línea en que LC interpreta y percibe que sus actuaciones están lejos de las normas acordadas y

el patrón comportamental previamente aprendido junto con su percepción de responsabilidad, es cuando se desencadenan sus conductas compensatorias (Echeburúa *et al.*, 2001).

En líneas introductorias del trabajo, se ha mencionado la influencia genética y biológica como variable disposicional en la presencia del trastorno influyendo y aumentando las posibilidades de su manifestación. Por otro lado, el estilo comportamental parental unido al propio padecimiento y la experiencia previa asociada a éste. Young *et al.*, (2012) resalta la influencia de los estilos familiares sobre la propia autonomía y desempeño. En la línea de ser un elemento clave, se destaca la sobreprotección de los padres. En relación a ello como factor de riesgo asociado al incremento de una mayor vulnerabilidad de los menores para desarrollar los posteriores síntomas y conductas de comprobación que son propias del trastorno.

Basándonos en una infancia caracterizada por el aprendizaje de rasgos sobreprotectores, transmisión de excesiva responsabilidad y control de las situaciones de incertidumbre. Son estos aspectos para entender que LC sienta este modo de proceder como el correcto y más accesible en su repertorio de respuestas ante las circunstancias vitales. Los estudios realizados por Chocyk *et al.*, (2013) destacaron el estrés en la primera infancia, como un tipo de influencia del ambiente.

Los datos anteriormente descritos muestran aspectos que finalmente desembocan en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología, debido a la explicación de la teoría del aprendizaje. La cual expone que en primer lugar se aprende la asociación por condicionamiento clásico y debido al refuerzo se mantienen por condicionamiento operante (Borda, 2006).

En la línea de ello y como posible mantenedor de los altos estándares que uno mismo ha aprendido en su día a día, se asocian al modo de relacionarse con el medio para sentirse parte de la demanda social, la cual puede entenderse por una doble vía. En primer lugar, LC tiene 23 años, actualmente acude a la Universidad y se ha observado el nivel de competencia existente en este ámbito. En este sentido, el alto estándar percibido puede incrementar sus preocupaciones de sentirse aceptada, junto a sus niveles de perfeccionismo, unidos a la necesidad de control para sentirse calmada, siendo éste su modo de operar para escapar del malestar.

En relación a ello, se hace mención al estrés social, la competencia existente y el estilo de vida basado en la inmediatez por el excesivo uso de las redes sociales. Estos factores vistos como pieza clave que incrementan la necesidad de estar en una constante revisión y chequeo

de aspectos que pueden vivirse como una amenaza percibida, haciendo que el organismo se encuentre continuamente en alerta para hacer frente al peligro.

En esta línea, se puede entender la situación social vivida el pasado año, por la emergencia sanitaria covid-19, como una de las causas del incremento de la necesidad de control, mediante los patrones que ha aprendido en su infancia para así paliar su malestar asociado a la alta incertidumbre que estaba viviendo. La influencia de la pandemia se puede poner en relación con la exacerbación de las ideas irracionales en las personas sobre el modo de controlar o neutralizar las situaciones de incertidumbre. En esta línea de interpretación, cada persona la realiza de forma topográficamente diferente pero con la misma función, escapar del malestar que las situaciones provocan, en este caso la incertidumbre y el miedo asociado.

Por ello se considera oportuno añadir junto al tratamiento cognitivo-conductual el trabajo idiosincrático sobre las propias fortalezas, habilidades, valores y aspectos personales para amortiguar las diferentes circunstancias. De igual modo, la línea de tratamiento ha ido enfocada en el entrenamiento y trabajo en la aceptación de la incontrolabilidad existente en algunos aspectos vitales, reforzando la propia competencia, locus de control interno, la valía personal y la autoeficacia. Todos ellos elementos claves que retroalimentan las diferentes áreas vitales de la persona desde la unicidad con uno mismo, sin presión añadida por alcanzar los cánones preestablecidos.

Pérez y Borda (2017) exponen como las conductas compulsivas tienen como objetivo reducir el malestar de los pensamientos obsesivos que están principalmente basados en emociones primarias de ansiedad.

La explicación de la emoción asociada al estrés social que es percibido como amenazante, es interpretada en la persona como la necesidad por luchar y mantenerse a salvo. Estos factores mantenidos de forma temporal son los responsables, entre otros, de un posterior deterioro en la identidad de la persona con sus consecuencias asociadas de desaprobación social y necesidad de agradar hasta el punto de ocultar la propia opinión por ser aceptada. En referencia a ello, se considera necesario abordar la perspectiva idiosincrática de LC para afianzar sus pilares centrales. En relación a ello y potenciando sus propias características, valores y actitudes personales a modo de amortiguadores de las situaciones vitales externas que no pueden ser controladas por la propia persona.

En este sentido y mediante este trabajo se posiciona a LC desde una línea de confianza y seguridad sobre los aspectos que sí puede tener bajo su responsabilidad. Por otro lado, su

necesidad de control de las situaciones le lleva a la adquisición de un patrón de perfeccionismo cada vez más extremo. Éstos caracterizados por el control de mantener las situaciones en sus márgenes de inflexibilidad, siendo el modo de actuar que ha aprendido para aliviar el malestar asociado.

El trabajo emocional relacionado con los rasgos perfeccionistas se abarca desde la emoción de culpa que LC siente por no cumplir sus propias distorsiones internas sobre los aspectos que debería alcanzar. En esta línea y en palabras de Shapiro y Stewart (2011) hacen mención a la presencia de un juez interno e inflexible que castiga cada palabra o gesto espontáneo. En la misma sintonía Steketee *et al.*, (2001) relaciona en sus estudios, la emoción de culpa con auto valoración cognitiva de responsabilidad en función a la coherencia con sus valores personales, siendo este el detonante de la necesidad de compensar dicha carencia.

En contrapartida, al trabajar sobre la propia esencia personal y la reestructuración de los esquemas rígidos de pensamiento, se puede llegar a una mayor flexibilidad mental y conductual libre de control externo por conseguir la aprobación de los demás.

En líneas más amplias se observa la sociedad actual como un lugar en el que existe una elevada competencia y necesidad de estar preparado para poder estar en la línea de salida de las oportunidades en los ámbitos tanto académicos como laborales. Por ello, una hipótesis asociada al malestar presentado en LC puede ser que esta alta competencia le lleva al perfeccionismo y la necesidad de control por la escasa capacidad de manejar la situación externa. Esta incapacidad le hace actuar sobre su situación interna, disminuyendo así los niveles de flexibilidad y aumentando el control de las situaciones, el miedo a la incertidumbre y los aspectos novedosos.

Un aspecto asociado son las diferentes demandas a nivel social y personal que promueven a la persona en una necesidad de elección constante. La elección radica sobre su propio placer, o la adaptación a las normas sociales para no ser excluidos de lo considerado apropiado.

Para concluir, me gustaría expresar una reflexión final y global sobre la evolución del trastorno y los aspectos relacionados. En este sentido hago referencia una vez más, a la alta incidencia social, al alto nivel de competencia existente, la cantidad de información disponible y en definitiva al estilo de vivencia que se reside en la actualidad. Este estilo lo entiendo y percibo como agente causal de una influencia que hace que las personas se encuentren en un continuo dilema entre su libre desarrollo y ritmo de vida, mediatizado por un compás externo

que de una forma u otra acaba siendo el principal. Por ello mi reflexión gira en torno a estas dos preguntas:

¿Síntomas obsesivos o intentos de adaptación a la sociedad actual?

¿Dónde reside la solución en la base predisponente o en los factores externos precipitantes?

En estos dos planteamientos me oriento hacia una posible adaptación del Ser, entre su instinto de supervivencia al medio que impera en la actualidad para pertenecer desde la adaptación y funcionalidad de sus actitudes y aptitudes.

Referencias Bibliográficas

- Abramowitz, J. (2007). *Trastorno obsesivo-compulsivo*. El Manual Moderno.
- American Psychiatric Association. APA (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. (Original publicado en 2000).
- American Psychiatric Association. APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.)*. Editorial Médica Panamericana. (Original publicado en 2013).
- Amir, N., Foa, E. B., y Coles, M. E. (1997). Factor structure of the Yale-Brown obsessive compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 9(3), 312-316.
<http://doi.org/10.1037/1040-3590.9.3.3>
- Bados, A. (2017). *Trastorno obsesivo compulsivo: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universidad de Barcelona.
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*, 2, 187-223. McGrawHill.
- Belloch, A., Cabedo, E., y Carrió, C. (2011). *TOC. Obsesiones y compulsiones. Tratamiento Cognitivo*. Alianza.
- Borda, T. (2006). Tratamiento Cognitivo-Conductual del TOC. En A. Cía (Eds.), *El Trastorno Obsesivo Compulsivo y su Espectro* (pp.189-202). Polemos.
- Calaprice, D., Tona, J., y Murphy, T. (2018). Treatment of pediatric acute-onset neuropsychiatric disorder in a large survey population. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 28(2), 92-100.
- Cía, A. H. (1995). *Trastorno obsesivo compulsivo y síndromes relacionados*. El Ateneo.
- Cruzado, J.A. (1998). Trastorno obsesivo-compulsivo. En Vallejo, M.A. (Ed.), *Manual de terapia de conducta* (pp.363-428). Dykinson.
- Chocyk, A., Majcher-Maoelanka, I., Dudys, D., Przyborowska, A., y Wedzony, K. (2013). Impact of early-life stress on the medial prefrontal cortex functions a search for the pathomechanisms of anxiety and mood disorders. *Pharmacological Reports*, 66, 1462-1470.

- De las Cuevas, C., Peñate, W., y Sanz, E. J. (2014). The relationship of psychological reactance, health locus of control and sense of self-efficacy with adherence to treatment in psychiatric out patients with depression. *BMC Psychiatry*, 14(1).
- Dominique Esquirol, J. E. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal*. Baillière.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P.J. (2001) Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27 (116), 905-929.
- Ellis, A. (1979). The theory of rational-emotive therapy. En A. Ellis y J.M. *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*, 33-60. Brooks/Cole.
- Fonseca, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M., Gimeno-Peón, A., Prado, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez, J., González, D,... Díez, A. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: Una Revisión Selectiva. *Psicotema*, 33(33), 188-197.
- Forumclínic. (16 de Agosto de 2012). Forumclínic: Programa interactivo para pacientes. Obtenido de Clínic Barcelona Hospital Universitario: <http://www.forumclinic.org/es/foros/trastorno-bipolar/principales-causas-dediscapacidad-en-el-mundo-seg%C3%BAAn-la-om>.
- Freud, S. (1967). *Obras completas*. Biblioteca Nueva.
- Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazure, C., Fleischmann, R., Hill, G., Heninger, G., y Charney, D. (1989). The yale-brown obsessive compulsive scale, IN: developmnet, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1016.
- Hayes, S. (1987). *A contextual approach to therapeutic change. Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*. Guilford Press.
- Jenike, M. (1996). *Obsessive-Compulsive foundation: special report, drug treatment of OCD in adults*. Milford, CT: Obsessive-Compulsive foundation.
- Lee, H. J., y Kwon, S.M. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behavior Research Therapy*, 41(1), 11-29.
- Lochner, C., Fineberg, N.A., Zohar, J., Van Ameringen, M., Juven-Wetzler, A., Altamura, A.C., Cuzen, N.L., Hollander, E., Denys, D., Nicolini, H., Dell'Osso, B., Pallanti, S., y

- Stein, D.J. (2014). Comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD): A report from the international college of obsessive-compulsive spectrum disorders (ICOCS). *Compr Psychiatry*, 7, 1513-9.
- Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(1), 36-42.
- March, J. (2014). Cognitive-behavior therapy, sertraline and their combination for children and adolescents with obsessive compulsive disorder. The pediatric OCD treatment study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry*, 292(16), 1969-1976.
- Mattheisen, M., Samuels, J.F., Walng, Y., Greenberg, B.D., Fyer, A.J., McCracken, J.T., Geller, D.A., Murphy, D.L., Knowles, J.A., Grados, M.A., Riddle, M.A., Rasmussen, S.A., McLaughlin, N.C., Nurmi, E.L., Askland, K.D., Qin, H-D., Cullen, B.A., Piacentini, J., Pauls, D.L.,... Bienvenu, O.J. (2015). Genome-wide association study in obsessive-compulsive disorder: results from the OCGAS. *Mol Psychiatry*, 20, 337-344.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Otero, S., y Rivas, A. (2007). Adaptación y validación de la Escala de acomodación familiar a los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo en una muestra de adolescentes españoles. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(2), 99-104.
- Peralta, L. J. R. (2017). El trastorno obsesivo-compulsivo: diferencias entre las esiciones iv y v del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2(2), 223-228.
- Pérez, R. R., y Borda, T. (2017). *Trastorno obsesivo compulsivo*. Akadia.
- Peris, T. S., y Miklowitz, D. J. (2015). Parental expressed emotion and youth psychopathology. New Directions for an Old Construct. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(6), 863-873.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford University Press.

- Rumelhart, D. E., Mc Clelland, J. L., y the PDP Research Group (1986). *Parallel distributed processing: Explorations in the microstructure of cognition* (1). Bradford Books.
- Saenz, J. J. (2020). Telepsychology: training perspectives. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1101-1107.
- Shafran, R., Thordarson, D.S., y Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 10, 379-391.
- Shapiro, L., y Stewart, E. S. (2011). Pathological guilt: A persistent yet overlooked treatment factor in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23(1), 63-70.
- Salkovskis, P. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav. Res. Ther*, 37, 529-552.
- Steketee, G. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. Guilford Press.
- Steketee, G. (1999). *Overcoming obsessive compulsive disorder: A behavioral and cognitive protocol for the treatment of OCD*. New Harbinger Publications.
- Steketee, G., Chambless, D., y Tran, G. (2001). Effects of axis I and II comorbidity on Behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 42(1), 76-86.
- Taylor, S. (2002). Cognition in obsessive compulsive disorder: an overview. En: En R. O. Frost, y G. Steketee (Eds.). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, research and treatment* (pp.1-12). Pergamon.
- Tükel, R., Polat, A., Ozdemir, O., Aksüt, D., y Türksoy, N. (2002). Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 43, 204-209.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition*. Wiley.
- World Health Organization (2014). *Trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10)*. Editorial Médica Panamericana. (Original publicado en 1992).
- Young, J., Klosko, J., y Weishaar, M. (2012). *Terapia de esquemas guía práctica*. Desclée De Brouwer.

Anexos

Anexo 1

Modelo Entrevista Semiestructurada

1. **Fase social:** en este primer momento se busca conocer a la paciente al margen de la problemática que trae a consulta para propiciar un ambiente cálido y fomentar la creación del vínculo terapéutico.
2. **Explicación de la organización de la sesión:** confidencialidad, firma de protección de datos, encuadre de la temporalidad de las sesiones y la importancia de establecer la temporalidad, política de cancelaciones y honorarios.
3. **Datos Personales:** sexo, edad, nombre completo, estado civil, ocupación, personas con las que vive.
4. **Motivo de Consulta:** ¿en qué puedo ayudarte? ¿desde cuándo ha ocurrido? ¿cuándo ha sido diferente? ¿a qué motivos lo asocias?
5. **Especificación de preguntas centradas en las diferentes áreas:**

Área personal y salud: ¿Cómo te identificas tú? ¿Cómo te defines? ¿Te sientes cómoda con tu estilo de vida actual? ¿Cómo dirías que es tu estado anímico actual? ¿Siempre ha sido así? ¿Qué consideras que lo ha cambiado?

Aspectos médicos que puedan ser relevantes en el tratamiento psicológico, toma de medicación, antecedentes familiares, hábitos de alimentación, actividad física y estado del sueño.

Área familiar: ¿con quién vives actualmente? ¿Siempre ha sido así? ¿Has notado cambios en ti por la reciente mudanza y vuelta a la residencia familiar? ¿Qué relación tienes con cada uno de ellos? ¿Te sientes cómoda y comprendida con tu familia? ¿Por qué no?

Área social: estilo de relación con tu grupo de amigos, tipos de actividades que realizas, grado en el que te sientes aceptada y perteneciente a ellos, ¿Tienes pareja en la actualidad?

Área académica: ¿qué estudios realizas? ¿Cómo es tu rendimiento?

6. **Exploración del Motivo de Consulta:** indagar sobre el mantenimiento de la conducta problema actual, los mantenedores, estado actual de su problemática, enumeración de su sintomatología.

Uso de la línea de vida para ordenar cronológicamente los eventos que han ocurrido en su vida y asociarlos a la conducta problema actual.

¿Cómo consideras que tu problema actual afecta a cada una de las áreas por las que antes te he preguntado?

Indagar sobre la ocurrencia de las obsesiones y compulsiones: ¿Cuándo ocurren? ¿Cuándo sientes que no pueden controlar la realización de los rituales? ¿A qué crees que se debe? ¿En algún momento no ha sido así?

7. **Cierre de la sesión:** devolución de información detallada por las áreas que se han considerado necesarias trabajar (personal, familiar, laboral y social), ¿Algún aspecto que necesites aclarar, duda o sugerencia?

Explicación de tarea para casa.

Acordar cita para la siguiente sesión.

Anexo 2

Escala obsesivo-compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS) (Goodman et al., 1989)

1. Tiempo ocupado por pensamientos obsesivos:
 - Nada
 - Menos de 1h/día o pensamientos ocasionales
 - 1 a 3 h/día o frecuentes
 - Más de 3 y hasta 8 h/día o presentación sumamente frecuente
 - Más de 8 h/día o presentación casi constante.

2. Interferencia debido a pensamientos obsesivos:
 - Nada
 - Ligera interferencia con actividades sociales o de otro tipo, pero el desempeño global no se ve alterado
 - Interferencia definitiva con desempeño social u ocupacional, pero sigue siendo manejable
 - Provoca deterioro sustancial en el desempeño social u ocupacional
 - Incapacitante

3. Malestar asociado con pensamientos obsesivos:
 - Nada
 - Son demasiado inquietantes
 - Son inquietantes, pero siguen siendo manejables
 - Sumamente inquietantes
 - Inquietud casi constante e incapacitante

4. Resistencia contra las obsesiones:
 - Trato de resistirme todo el tiempo
 - Trato de resistirme la mayor parte del tiempo
 - Hago cierto esfuerzo por resistirme
 - Me rindo ante todas las obsesiones sin tratar de controlarlas, aunque con cierta renuncia
 - Me rindo completa y gustosamente a todas las obsesiones

5. Grado de control sobre los pensamientos obsesivos:
 - Control Absoluto
 - Usualmente logro detener o distraer las obsesiones con algo de esfuerzo y concentración
 - En ocasiones logro detener o distraer las obsesiones
 - Raras veces tengo éxito para detener o distraer las obsesiones, únicamente logro distraer mi atención con dificultad
 - Las obsesiones son completamente involuntarias, raras veces logro alterar, aunque sea momentáneamente, los pensamientos obsesivos.

6. Tiempo empleado en realizar conductas compulsivas:
 - Nada
 - Menos de 1 h/día o desempeño ocasional de comportamientos obsesivos
 - De 1 a 3 h/ día, o desempeño frecuente de comportamientos compulsivos
 - Más de 3 h y hasta 8 h/día, o desempeño muy frecuente de comportamientos compulsivos.
 - Más de 8 h/día, o desempeño casi constante de comportamientos compulsivos (demasiados números para contarlos)

7. Interferencia debido a las conductas compulsivas:
 - Nada
 - Ligeramente interferencia con actividades sociales o de otro tipo, pero el desempeño global no se ve alterado
 - Interferencia definitiva con el desempeño global no se ve alterado
 - Provoca deterioro sustancial en el desempeño social u ocupacional
 - Incapacitante

8. Distrés asociado a las conductas compulsivas:
 - Nada
 - Tan solo ligeramente ansioso si me impiden mis compulsiones
 - La ansiedad se agudiza, pero seguiría siendo manejable si me impidieran mis compulsiones

- Aumento notorio y sumamente inquietante de la ansiedad si mis compulsiones son interrumpidas
- Ansiedad incapacitante a causa de cualquier intervención tendiente a modificar la actividad

9. Resistencia contra las compulsiones:

- Trato de resistirme todo el tiempo
- Trato de resistirme la mayor parte del tiempo
- Hago cierto esfuerzo por resistirme
- Me rindo ante todas las compulsiones sin tratar de controlarlas, aunque con cierta renuncia
- Me rindo completa y gustosamente a todas las compulsiones

10. Grado de control sobre las conductas compulsivas:

- Control Absoluto
- Presión para llevar a cabo el comportamiento, pero suelo ser capaz de ejercer un control voluntario sobre este
- Presión intensa por llevar a cabo el comportamiento, lo puedo controlar con dificultad
- Impulso muy intenso por llevar a cabo el comportamiento, debo efectuarlo hasta su conclusión, solo puedo retardar con dificultad
- El impulso por llevar a cabo el comportamiento se experimenta como algo completamente involuntario e irresistible, raras veces soy capaz de retardar, aunque sea momentáneamente la actividad.

Anexo 3

Escala Acomodación Familiar para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Calvocoressi et al., citado en Steketee, 1999)

Tipos de acomodación familiar a los síntomas TOC	Puntuación				
	Nada o no aplicable =0	Leve	Moder.	Severo	Extre.
	0	1	2	3	4
1. Proporcionar seguridad al paciente					
2. Observar (Vigilar) al paciente deliberadamente completando sus rituales.					
3. Esperar por el paciente					
4. Abstenerse de decir o hacer cosas					
5. Facilitar la evitación					
6. Facilitar las compulsiones					
7. Participar en las compulsiones					
8. Ayudar en tareas simples					
9. Tolerar conductas extrañas o perturbación del Hogar.					
10. modificar la rutina personal					
11. modificar la rutina familiar					
12. asumir responsabilidades de paciente					

Tabla 1: 12 áreas de acomodación familiar a los síntomas TOC evaluadas en la Entrevista de Acomodación Familiar (FAS)

Anexo 4

Escala de Fusión Pensamiento-Acción (TAFS) (Shafran et al., 1996)

A continuación se va a encontrar una serie de frases. Señale por favor, hasta qué punto se encuentra usted de acuerdo con cada una de ellas según las siguientes instrucciones:

Si no está *nada de acuerdo*, marque 0

Si está **ligeramente de acuerdo**, marque 1

Si está *bastante de acuerdo*, marque 2

Si está *muy de acuerdo*, marque 3

Se está *completamente de acuerdo*, marque 4

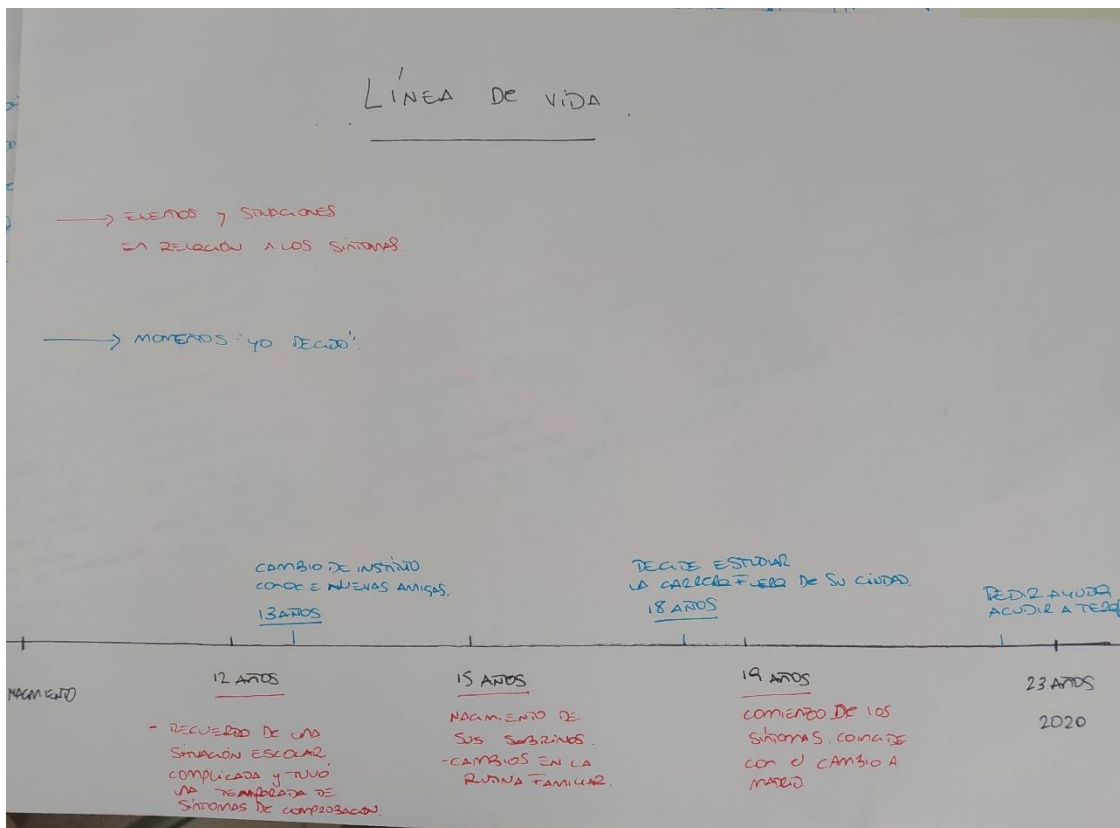
1.	Me resulta casi tan inaceptable pensar en hacerle a un amigo una observación tremendamente crítica como de hecho decirla.	0	1	2	3	4
2.	Me resulta casi tan pecaminoso tener un pensamiento blasfemo como lo pueda ser hacer una acción blasfema.	0	1	2	3	4
3.	Me resulta casi tan inaceptable pensar en insultar a alguien como lo pueda ser realizar dicho insulto.	0	1	2	3	4
4.	Me resulta casi tan malo tener un mal pensamiento de alguien como llevar a cabo una mala acción.	0	1	2	3	4
5.	Me resulta casi tan inaceptable tener pensamientos violentos como los propios actos violentos.	0	1	2	3	4
6.	Me resulta casi tan pecaminoso pensar en hacer un comentario o realizar una acción obscena en una iglesia como incluso hacerlo.	0	1	2	3	4
7.	Es casi tan malo desearle daño a alguien como llevar a cabo dicho daño.	0	1	2	3	4

8.	Es casi tan malo pensar en hacerle a alguien un gesto obsceno como realizarlo.	0	1	2	3	4
9.	Resulta casi tan desleal tener un mal pensamiento de un amigo como llevar a cabo una acción cruel.	0	1	2	3	4
10.	Resulta casi igual pensar en los celos que hacer un comentario sobre ellos.	0	1	2	3	4
11.	En una relación personal, pensar en engañar a alguien es casi tan inmoral como el propio engaño.	0	1	2	3	4
12.	Me resulta inaceptable tener pensamientos obscenos en una iglesia.	0	1	2	3	4
13.	Si pienso que un familiar o algún amigo pueden llegar a perder su trabajo, dicho pensamiento aumentará el riesgo de que pierdan su trabajo.	0	1	2	3	4
14	Si pienso que un familiar o algún amigo pueden tener un accidente de coche, dicho pensamiento aumentará el riesgo de que tengan un accidente.	0	1	2	3	4
15.	Si pienso que un familiar o algún amigo pueden lesionarse en una caída, dicho pensamiento aumentará el riesgo de que tengan una caída y resulten lesionados.	0	1	2	3	4
16.	Si pienso que un familiar o un amigo puede ponerse enfermo, este pensamiento aumentará el riesgo de que realmente se ponga enfermo.	0	1	2	3	4
17.	Si pienso que puedo lesionarme en una caída, dicho pensamiento aumentará el riesgo de que sufra una caída y resulte lesionado.	0	1	2	3	4

18.	Si pienso en que puedo tener un accidente de coche, dicho pensamiento aumentará el riesgo de que sufra un accidente de coche.	0	1	2	3	4
19.	Si pienso en la idea de que voy a ponerme enfermo, dicho pensamiento aumentará el riesgo de que me ponga enfermo.	0	1	2	3	4

Anexo 5

Línea de vida



Anexo 6

Autorregistro para trabajar la identificación de las preocupaciones y el modo de actuar

¿Qué me preocupa?	Preocupación de la vida diaria	Ocupación magnificada
No hacer las tareas a tiempo de la Universidad.	X	
Hacerles daño a mis padres si no pongo los cojines de la cama como deben estar.		X
Si mis cosas de la habitación no están como deben no rendiré en los exámenes.		X
Si doy mi propia opinión no gustare a mis amigos.		X

Anexo 7

Autorregistro de Identificación y Desmonte al Pensamiento Racional con las Respuestas Alternativas D E

Situación	Pensamiento Irracional	Emoción que me general	Pensamiento Racional	Emoción alternativa
Las diferentes entregas de la universidad me agobian mucho	No seré capaz de hacerlas a tiempo, esto me llevará a no poder presentarme al examen	Frustración, nerviosismo.	Puedo hacer un cronograma de todas las actividades que tengo que presentar y así avanzar para hacer todo lo que depende de mí y poder aprobar las asignaturas en los exámenes finales.	Calma, tranquilidad.
Si mi habitación no está como debe estar algo malo puede pasarles a mis padres.	Necesito que mi habitación este como debe estar, sino algo horrible puede pasar.	Nerviosismo, miedo, incertidumbre.	Me gustaría que mi habitación estuviera ordenada y limpia sin necesidad de tener siempre todas las cosas	Calma y alegría.

			con el mismo orden.	
Seguro que digo una tontería si expreso mi opinión.	Debo decir lo que diga la mayoría para así ser aceptada por ellos.	Frustración y nervios.	Mi opinión puede gustar a unos y no a otros pero ellos son mis amigos y me lo han demostrado.	Calma.
Un día de estudio.	Si no estudio todo a la perfección no conseguiré aprobar la signatura.	Nerviosismo.	Me gustaría aprenderme todo pero en la medida que pueda iré avanzando en el temario.	Calma.
Una comida familiar.	Seguro que mis padres piensan que soy una hija vaga y que con todo lo que se han esforzado por mis estudios no estoy dando resultados.	Tristeza.	Soy una hija que hago lo que puedo en cada momento, me esfuerzo pero es un momento delicado para mí y ya se los he explicado.	Calma y alegría.
Mi próximo cumpleaños me encantaría	Seguro que piensan que es una fiesta	Tristeza.	Puede que a algunos de mis amigos les	Alegría.

hacer una fiesta en el campo.	estúpida y nada de moda, bueno mejor me espero a las ideas que ellos hagan para sus fiestas y propongo algo parecido.		giste y a otros no pero bueno a mí no me gusta salir de fiesta y lo hago por ellos. ¿Por qué no lo harían ellos por mí?	
-------------------------------	---	--	---	--

Anexo 8

Autorregistro de Autocríticas

- No me siento competente en mis estudios, considero que me queda mucho para estar a la altura de mi clase.
- Últimamente me he dejado de cuidar y estoy engordando, debería cuidarme más.
- En mi casa no me estoy comportando de la manera que mis padres se merecen, después del esfuerzo que hacen ellos por mí, soy una mala hija.
- Si no consigo avanzar en todos los trabajos pendientes que tengo, no soy digna de todas los caprichos y beneficios que mis padres me dan.
- Mi obligación es estudiar y debo hacerlo a la perfección.
- Las propuestas que hago con mi grupo de amigos son absurdas, ninguno de mis amigos aceptará mis planes y me sentiré muy humillada.
- Para ser valorada por los demás debo responder acorde a sus gustos y preferencias, sino no seré aprobada por ellos.

Anexo 9

Jerarquía de Obsesiones

Pensamientos obsesivos	Puntuación
Si no tengo todo como debe estar algo horrible puede pasarles a mis padres.	8
Si uso mi coche y no está la L como debe puedo tener un accidente.	8
Los exámenes los debo hacer con el mismo orden en mi escritorio para que me salgan bien.	7
Hasta que no tengo toda mi habitación ordenada como me gusta no puedo comenzar con el estudio.	6
Las situaciones las necesito controlar para poder avanzar en el día.	6

Anexo 10

Listado de Actividades Agradables

- Hacer una ruta de senderismo en un pueblo cercano.
- Pasear al anochecer por la playa.
- Visitar museos de forma más frecuente.
- Planear un viaje cuando acabemos los exámenes para celebrarlo.
- Compartir pequeños momentos de café por las tardes.
- Ir de compras cuando necesitemos la opinión de otras personas.

Anexo 11

Kit de Emergencia

- Identificación de las primeras señales de los pensamientos.
- Verbalizar: Tengo la libertad para decidir post poner la obsesión, tengo control sobre ella y decido cómo me relaciono con ella.
- ¿Qué pasa si no lo hago?
- La obsesión no tiene valor por sí misma sino que se lo proporcionas con tu interpretación. No es el qué es el cómo lo hacemos ser lo que ha adquirido valor en mí.
- Intenta dirigir la atención a una conducta alternativa, trata de desvincularte de los síntomas y hazlo con los intereses y objetivos vitales: ¿esto me acerca o me aleja de lo que quiero conseguir?

Anexo 12

Metáfora del Ajedrez

Es una metáfora que se emplea en la Terapia de Aceptación y Compromiso, su precursor es Hayes (1987). Se comienza mediante el relato de los y pensamientos y emociones que pueden ser agradables o desagradables en función de las circunstancias vitales y de la interpretación que hacemos de ellos. Se le hace el símil desde los componentes del juego, explicándole en primer lugar las fichas blancas, que serían los pensamientos y emociones agradables y las fichas negras que representarían a los pensamientos desagradables. Por otro lado, se le introduce el tablero como el elemento que permanece inalterable soportando tanto las fichas blancas como las negras, debido a que las dos forman parte y son necesarias para poder jugar.