

## REPORTE DE CASO CLÍNICO / CLINICAL CASE REPORT

# Psicología Basada en la Evidencia y Tratamiento Psicológico para el Trastorno Obsesivo Compulsivo

## Evidence-Based Psychology and Psychological Treatment for Obsessive Compulsive Disorder

Maria José Tapias Ricardo y Adriana Rendon David\*

Universidad Pontificia bolivariana Medellín, Colombia.

### Article history:

Received September 9, 2023

Received in revised form

September 12, 2023

Accepted September 13, 2023

Available online October 31, 2023

### \* Corresponding author:

Maria José Tapias Ricardo

Electronic mail address:

[maria.jose.tapias.ricardo@gmail.com](mailto:maria.jose.tapias.ricardo@gmail.com)

Adriana Rendon David

Electronic mail address:

[adrianarendon36@hotmail.com](mailto:adrianarendon36@hotmail.com)

### RESUMEN

Este artículo muestra una intervención de caso único en una paciente con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo en comorbilidad con ataque de pánico. Para el tratamiento se implementaron terapias con evidencia empírica. En la fase de evaluación se utilizó la entrevista clínica y el ISRA Miguel y Cano, la Y-BOCS de Goodman y el STAI de Spielberger, Gorsuch y Lushene. Una vez propuestos objetivos de intervención se aplicó la terapia cognitivo conductual y la terapia de exposición y prevención de respuesta. La intervención se desarrolló en 22 sesiones, se utilizaron técnicas de psicoeducación, exposición, reestructuración cognitiva y respiración. Una vez finalizado el tratamiento se redujeron considerablemente los pensamientos intrusos y compulsiones, así mismo aumentó el reconocimiento de respuestas fisiológicas antecesoras a los ataques de pánico. Estos resultados son proporcionales a la evidencia científica disponible que soporta los altos niveles de eficacia de estas terapias para la intervención de estos trastornos.

*Palabras clave:* Trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, psicología basada en la evidencia, terapia de exposición y prevención de respuesta

### ABSTRACT

This article shows a single case intervention in a patient with a diagnosis of obsessive compulsive disorder in comorbidity with panic attack. For the treatment, therapies with empirical evidence were implemented. In the evaluation phase, the clinical interview, ISRA Miguel and Cano, Y-BOCS Goodman's and STAI of Spielberger, Gorsuch and Lushene were used. Once proposed intervention objectives are applied cognitive behavioral therapy and exposure therapy and prevention of response. The intervention was developed in 22 sessions, using techniques of psychoeducation, exposure, cognitive restructuring and breathing. At the end of the treatment, the intrusions and compulsions were reduced considerably, as well as the recognition of physiological responses predating panic attacks. These results are proportional to the available scientific evidence that supports the high levels of effectiveness of these therapies for the intervention of these disorders.

*Keywords:* Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, Evidence-Based Psychology, Therapy Exposure and Response Prevention

## INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) Es una entidad psicopatológica que hace parte de los denominados trastornos de ansiedad y consiste en la presencia de conductas repetitivas (compulsiones) que reducen algunos pensamientos de tipo repetitivo que provocan ansiedad (obsesiones). Dichas compulsiones causan un alivio temporal de la ansiedad lo cual es interpretado por los pacientes como recompensa, sin embargo, las personas no logran tener seguridad ni tranquilidad completa (Cavedeni, Giorini & Bellodi, 2006). Los pacientes con TOC manifiestan déficits cognitivos e inflexibilidad conductual y logran tener comportamientos dirigidos a un objetivo adaptativo, sin embargo, cuando se cambia o se modifica un resultado o algún evento particular del ambiente las alteraciones y las respuestas comportamentales son evidentes (Chamberlain et al, 2007; Gu et al, 2008; Page et al, 2009).

El trastorno obsesivo compulsivo aparece en la categoría diagnóstica con el nombre de Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados, junto con la acumulación y la tricotilomanía (American Psychiatric Association, 2013). Según el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales (DSM V), el TOC se define por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son imágenes recurrentes y persistentes, impulsos o pensamientos que se manifiestan como no deseadas o intrusas, y causan ansiedad o malestar. Las compulsiones son actos mentales repetitivos o comportamientos que la persona efectúa como respuesta a una obsesión o de acuerdo a unas reglas que ha establecido de manera rígida y no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar. Tanto obsesiones como compulsiones ocupan mucho tiempo y/o generan malestar clínicamente significativo afectando importantes áreas del funcionamiento global de la persona como deterioro social y laboral (APA, 2013).

A nivel mundial se estima una prevalencia global del TOC es de 2.5% (Yoldascan, Ozenli, Kutlu, Topal & Bozkurt, 2009). Sin embargo, se indica que un 13% de la población presenta algún síntoma

obsesivo-compulsivo que le interfiere en su vida cotidiana (Fullana *et al.*, 2010), los cuales tienden a conservarse estables a lo largo de muchos años (Fullana, Mataix-Cos, Caspi, A & Harrington, 2009). En los Estados Unidos la prevalencia es aproximadamente del 1.2% (APA, 2013)

A pesar de su alta prevalencia, la patogénesis de este trastorno no permanece completamente entendida. Una variedad de estudios de neuroimagen revelan que la disfunción vía córtico-estriado-tálamo-cortical juega un papel importante en la fisiopatología del TOC (Pauls, Abramovitch, Rauch & Geller, 2014; Saxena & Rauch, 2000). Un meta-análisis de los datos de imagen de resonancia magnética informó las alteraciones estructurales en los pacientes con TOC, incluyendo el volumen reducido tanto en la corteza cingulada anterior y las áreas de la corteza frontal orbital, como el aumento de volumen en el tálamo (Rotge, *et al.*, 2009). A partir de una batería de estudios de resonancia magnética funcional, se observaron hiperactividades en el circuito cortico-estriado-tálamo-cortical, especialmente dentro de las regiones prefrontales incluyendo la corteza cingulada anterior, la corteza orbital frontal, la corteza prefrontal dorsolateral, y las áreas subcorticales incluyendo el caudado y el tálamo (Nakao *et al.*, 2005; Simon, Adler, Kaufmann & Kathmann, 2014).

Sin embargo, la evidencia emergente sugiere que la etiología del TOC podría implicar sistemas cerebrales a gran escala más ampliamente distribuidos, incluyendo el sistema límbico y la red de protuberancia (Britton *et al.*, 2010; Glahn, Prell, Grosskreutz, Peschel & Müller-Vahl, 2015). La red de protuberancia, compuesta por ínsula bilateral y regiones de la corteza cingulada anterior dorsal, se ha demostrado que es un centro de asociación el cual interviene en las emociones, las cogniciones y las motivaciones y determina los fenómenos fisiológicos que las acompañan. (Seeley *et al.*, 2007).

El área insular, desempeña un papel importante en varias funciones relacionadas con las emociones y la regulación de la homeostasis del cuerpo, como parte del sistema límbico, se indicó para conectar

funcionalmente con el circuito cortico - estriado-tálamo- cortical (Jung *et al.*, 2013; Harrison *et al.*, 2013).

Además, los estudios de resonancia magnética funcional relacionados con eventos anteriores mostraron que los pacientes con TOC habían alterado activación funcional de las regiones insulares en comparación con los controles sanos durante las tareas cognitivas y afectivas (Shapira *et al.*, 2003; Remijnse *et al.*, 2006).

Las personas que son diagnosticadas con este trastorno experimentan una variedad de respuestas afectivas cuando se exponen a las situaciones que inducen las obsesiones y las compulsiones (APA, 2013). Es importante valorar el área emocional de estos pacientes porque cuando el estilo de la emoción de un individuo es dominado desproporcionadamente por un detalle, puede ser que presente problemas para percibir otras experiencias o expresar otras emociones (López, Barrera, Cortés, Guínez, & Jaime, 2011). Regular eficazmente las emociones está relacionado con indicadores de salud mental y bienestar psicológico (Barber, Bagsby & Munz, 2010) e inteligencia emocional (Nelis, Quoidbach, Hansenne & Mikolajczak, 2011).

Siendo las emociones un factor trascendente en la aparición y curso de este trastorno, es sustancial una definición del concepto, la función y la relación con las obsesiones y las compulsiones. De este modo, las emociones se pueden definir como experiencias afectivas que pueden ser agradables o desagradables, que suponen una particularidad fenomenológica característica que vincula los siguientes sistemas de respuesta: fisiológico-adaptativo conductual-expresivo y cognitivo-subjetivo (Chóliz, 2005). Behr (2009) explica la importancia de la función adaptativa de las emociones precisando que ésta permite responder ante las exigencias ambientales y emitir conductas dependiendo de la emoción que fue activada. Es decir, las emociones son estructuras que facilitan la relación con los estímulos ambientales y la posterior respuesta ante ellos, esto con el fin de favorecer al proceso de adaptación.

El DSM V ha descrito las respuestas emocionales asociadas con síntomas obsesivo-compulsivos (OC) como ansiedad y / o angustia no específica pero no ha proporcionado una descripción matizada de estas respuestas, a pesar de la evidencia de que son importantes en la evaluación y el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo (Inchausti & Delgado, 2012). El miedo y la ansiedad han sido tradicionalmente considerados las principales respuestas emocionales en este trastorno, pero recientes hallazgos sugieren que puede haber otras emociones que intervienen en la heterogeneidad de los síntomas OC. Por ejemplo, la repugnancia (asco) parece estar involucrada en los síntomas relacionados con la contaminación (Cisler, Olatunji & Lohr, 2009).

El miedo y la ansiedad o preocupación son emociones que poseen funciones adaptativas conducentes a la resolución de dificultades, se relacionan con el cuidado y la conservación propia, por lo tanto permiten facilitar respuestas de escape o evitación ante una situación peligrosa (Kryptos, Arnaudova, Effting, Kindt, & Beckers, 2015), otra sin embargo al hacerse crónicas pueden desencadenar trastornos de ansiedad que pueden generar consecuencias no deseadas para la salud y el bienestar de los individuos. La preocupación está relacionada con la percepción de amenaza vinculada a la activación de las reacciones primitivas naturales de defensa de nuestro organismo (congelamiento, huida o lucha) (Delgado, Guerra, Perakakis & Vila 2010). La preocupación crónica es equivalente a un estado de ansiedad anticipatoria acompañado de pobre regulación autonómica (Delgado *et al.*, 2009).

La repugnancia o asco, es otra emoción que ha hecho parte de muchas investigaciones, al evidenciar su papel en la sintomatología obsesivo-compulsiva se ha considerado esta emoción como un constructo unidimensional (Arnáez, García-Soriano & Belloch, 2015). Por otro lado, se ha indicado que los síntomas OC y en especial, los de contaminación, podrían tener alguna asociación con la ansiedad por la salud. Según Goetz, Lee, Cogle, y Turkel (2013) los elevados niveles de ansiedad por la salud incrementan la relación entre los síntomas de contaminación y el asco al aumentar la preocupación sobre la integridad física que se

percibe con el miedo a la contaminación. Así mismo, Thorpe, Barnett, Friend, & Nottingham (2011) plantean que el asco es un mediador en la asociación entre el miedo a la enfermedad y los síntomas OC. Otro autores difieren de estas propuestas al explicar que en algunos pacientes con TOC los síntomas de contaminación se relacionan con el miedo a la enfermedad y derivan en reacciones ansiedad, mientras que en otros los síntomas de contaminación se asocian con la emoción de asco (Cogle, Wolitzky-Taylor, Lee & Telch, 2007). Esta asociación podría estar relacionada con la función adaptativa del asco como protector de la salud, al motivar la evitación de estímulos o situaciones potencialmente contagiosas o contaminantes (Sandín, Chorot, Santed, Valiente, y Olmedo, 2008b; Sandín, Valiente, Santed, Pineda, & Olmedo 2013b) Tanto el asco (Mancini, Gragnani & D'Olimpio, 2001; Olatunji, 2009) como el miedo a la enfermedad (Davey & Bond, 2006; Thorpe, Barnett, Friend, & Nottingham, 2011) son variables relevantes en la aparición y/ o mantenimiento de los síntomas obsesivo-compulsivos, aunque no hay acuerdo sobre si estas variables son igualmente relevantes en todas las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos.

Bados (2005) señala que los problemas asociados encontrados, en los pacientes con TOC, con relativa frecuencia son: trastorno depresivo mayor, fobia específica, fobia social, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos de alimentación, abuso/dependencia del alcohol, perturbaciones del sueño, tricotilomanía, tics y trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva. Desde el aspecto de la intervención, se ha obtenido importante evidencia científica para el tratamiento del TOC, teniendo como modelo teórico la psicología basada en la evidencia, la cual ha permitido recoger y utilizar la mejor evidencia en investigación para mejorar la calidad de vida de los pacientes (APA, 2006; Callahan, Heath, Aubuchon-Endsley, Collins & Herbert, 2013; Daset & Cracco, 2013). La Psicología clínica basada en la evidencia puede considerarse como un modelo o guía para la práctica clínica que tiene sus fundamentos en la investigación básica y aplicada, ésta busca vincular los mejores resultados de investigaciones

disponibles y recientes, las características contextuales de las personas a las que van dirigidos los servicios de salud mental y la experiencia en la práctica clínica y (American Psychological Association, 2006; Callahan *et al.*, 2013; Daset & Cracco, 2013). Permitiendo con esto que los profesionales en Psicología clínica tomen decisiones terapéuticas que favorezcan tanto la efectividad de un proceso psicológico, como el incremento de la percepción de bienestar y la calidad de vida de los consultantes con mejor criterio (Katsikis, 2014).

Desde el modelo de psicología basada en la evidencia se proponen dos tratamientos eficaces para el abordaje del TOC, el farmacológico incluyendo los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) y la terapia cognitivo conductual (Geller, March & The AACAP Committee on Quality Issues (CQI), 2012; O'Kearney, Anstey & Von Sanden 2006). Uno de los componentes principales del modelo cognitivo-conductual en la intervención en el TOC es la exposición y prevención de respuesta (EPR), procedimiento que proporciona beneficios utilizándose como monoterapia o en combinación con otras técnicas (Rosa-Alcázar, Sánchez-Meca, Gómez-Conesa & Marín- Martínez, 2008). Específicamente, la terapia psicológica basada en prevención de respuesta y exposición en vivo ha probado ser muy eficaz, en personas adultas (Foa, *et al.*, 2005).

Geller (2006) defiende la efectividad de la prevención de respuesta junto con otros componentes, tales como el entrenamiento cognitivo y el manejo de la ansiedad (que involucra a padres y familiares). La EPR implica la exposición a la ansiedad, al miedo, o a los estímulos que provocan compulsiones, lo que permite la habituación y la extinción de respuesta. La terapia Cognitivo conductual involucra intervenciones cognitivas dirigidas a modificar los pensamientos distorsionados que median sentimientos negativos y, en el contexto de TOC, utiliza EPR como un componente principal de la terapia (Koran, Hanna, Hollander, Nestadt, Simpson & American Psychiatric Association, 2007).

La terapia cognitivo conductual y la farmacoterapia ISRS se considera tratamientos de primera línea en adultos, los expertos recomiendan la terapia conductual como una opción de primera línea en los niños (Geller et al., 2012 & Koran et al., 2007). Para adultos y niños con TOC moderado a severo o los que no responden positivamente a la monoterapia, la combinación de terapia cognitivo conductual con ISRS se recomienda como una opción alternativa de tratamiento (Geller et al., 2012 & Koran et al., 2007).

En el presente artículo se presenta el proceso de evaluación e intervención terapéutica, caso único, con una paciente diagnosticada con trastorno obsesivo compulsivo en comorbilidad con trastorno de pánico, bajo el marco de la terapia cognitivo conductual, apoyándose en la evidencia señalada para la eficacia de los tratamientos de primera elección adaptados a las características particulares de la paciente.

## MÉTODOLÓGIA

### *Identificación de la paciente*

Maira es una mujer de 35 años, vive en unión libre, tiene dos hijas, es bachiller, trabaja como empleada doméstica y ama de casa. Asiste a terapia luego de ir a psiquiatría por presentar varios episodios de miedo y ansiedad; “tuve una fuerte discusión con mi esposo, el luego ebrio a la casa y me intento maltratar, mi hija busco a mis papás y a mi hermano, se formó una discusión horrible, casi me vuelvo loca, me volvió a dar eso que me da a mí y no quiero que me dé más”. En la primera sesión se recolecto información relevante del caso, se realizó una evaluación de síntomas por áreas encontrando en el área emocional: temor, angustia, ansiedad; en los síntomas cognitivos: preocupación, miedo a volverse loca, pensar en morir y dejar a las hijas solas, a nivel fisiológicos: dificultad para dormir, sudoración, pérdida de apetito, deseos de salir corriendo tensión muscular, aceleración de ritmo cardiaco, temblor, y en el área conductual: llanto y verborrea, los anteriores síntomas los presenta desde junio de 2015.

Maira comenta estar asistiendo a psiquiatría desde enero de 2015, esta diagnosticada desde entonces con Trastorno Obsesivo Compulsivo 300.3 (F42) y Trastorno de pánico, sin agorafobia. 300.01 (F41.0), inicialmente comenzó un tratamiento con Alplazolam y Lorazepam, actualmente está recibiendo tratamiento con Sertralina 50 mg y Clonazepam 2mg, ambos medicamentos tres veces al día, la medicación generan en ella efectos secundarios como somnolencia y falta de deseo sexual, indica que está siguiendo el tratamiento, sin embargo en ocasiones siente que no es suficiente, asiste a controles psiquiátricos cada tres meses. Durante la primera sesión la paciente muestra completa orientación en las tres esferas, tiene conocimiento de su diagnóstico, sin embargo, no tiene conciencia ni comprensión de lo que eso significa, tiene buen nivel atencional y de concentración, no hay alteración al evocar recuerdos, su actitud es un poco ansiosa y se mostró colaboradora.

### *Historia del problema*

Maira en noviembre de 2014 cuidó de su suegra, quien enfermó y estuvo mucho tiempo sin poder moverse, Maira vivenció momentos de sufrimiento, dolor, soledad, desesperación, amargura y desconsuelo. “Cuando murió mi suegra no comía, sentía como un nudo en la garganta, yo no decía nada a nadie y así dure como quince o veinte días”, un mes después del fallecimiento de la suegra, Maira comienza a presentar aturdimientos, miedo a morir, aceleración de frecuencia cardiaca, miedo a volverse loca, comenta que cuando escucha campanas que indican que alguien fallece o le informan que alguien murió, todos sus síntomas se disparan, en ocasiones se vuelve irreconocible, “la sensación de morir es incalculable”, teme dejar a sus hijas solas, por ende se va a la casa de sus padres porque cree que ese momento está cerca, por la aceleración de la frecuencia cardiaca pedía que la llevaran a centros asistenciales porque iba a morir, una vez acudía estos le realizaban exámenes y controles de rutina incluyendo electrocardiograma los cuales denotaban normalidad.

En el mes junio de 2016 Maira tuvo una discusión con su esposo, éste trabaja en una ciudad diferente y la visitaba los fines de semana. El día de la discusión estaban compartiendo en una celebración familiar, Maira se percató de la hora y decidió irse a dormir con sus hijas, cuando el esposo llegó comenzó a agredirla verbalmente, estaba alterado, deseaba tener relaciones sexuales a lo cual Maira se resistía, la hija mayor (11 años), al escuchar los gritos corrió donde sus abuelos a informar lo que sucedía, la familia llamó la policía, en ese momento comenta Maira “no sé qué me dió, sentía que me iba a morir, comencé a temblar, la respiración se me corto, el corazón se me aceleró, no conocía a nadie, parece que mi mente hubiese quedado en blanco, sentía que me iba a desmayar”, síntomas predictores de un ataque de pánico.

Maira constantemente tiene pensamientos intrusivos recurrentes como: me voy a morir, estoy enferma, debo proteger a mis hijas, si alguien me hace daño yo haré lo mismo, cualquier día puedo matar a Oscar (esposo). Así mismo tiene comportamientos o actos metales repetitivos como: verificar constantemente el estado de salud de sus hijas, ir a centros asistenciales, mantener todo organizado y limpio, seducir y acercarse a hombres de menor edad, verificar una y otra vez puertas, encendedores, conexiones eléctricas y de gas y pedir perdón a Dios por pensamientos impuros.

Los principales estresores de la vida de Maira son los familiares y los sociales. Sus problemas con el esposo son desencadenantes de la activación de síntomas fisiológicos que conducen a episodios de ansiedad. Todo el tiempo piensa que las personas están observándola para criticarla y contarle lo que hace al esposo. Sus padres tienen malas relaciones con Oscar, por lo cual piden a Maira que se separe de él por su bien y el de sus hijas.

Maira proviene de una familia nuclear, es la cuarta de cinco hermanos, comenta que en su niñez tubo padres exigentes, expresa que siempre ha sido persona de pocos amigos, en cuanto al área afectiva indica que en su escuela sintió atracción por un chico pero que nunca le informó lo que sentía; terminó sus estudios como bachiller, indicando ser buena estudiante, se considera una persona trabajadora, tratable, buena hija, madre y esposa,

responsable con las cosas que se le encomiendan, le gusta “hacer las cosas bien o nos las hace”, la relación con sus padres es buena, sin embargo comenta “mi madre es malgeniada, me regaña mucho y por eso evito decirle muchas cosas de mi vida personal”, con algunos de sus hermanos ha tenido problemas por el esposo, expresa que no tiene muchos amigos.

La paciente indica que desde los 18 años convive en unión libre con su pareja, tiene dos hijas, tuvo un aborto y un mortinato del cual expresa “no logro recuperarme”, dice que su esposo es responsable con las cosas del hogar y con las niñas, que nunca ha sido afectuoso con ella, en la actualidad la relación con su esposo no es la mejor y con sus hijas indica ser buena, aunque comenta haber tenido problemas con su hija mayor debido a faltas de obediencia y a las malas relaciones con el padre, la niña desea que su madre se separe de su padre.

### *Evaluación*

Para este informe de caso se empleó la metodología de tipo ABA; en el cual se realiza inicialmente una evaluación de la conducta de la persona, para de este modo, establecer un diagnóstico inicial, y se presenta una línea base con los resultados (A), luego se realiza el tratamiento para intervenir en la condición psicológica hallada (B), y para finalizar se realiza nuevamente la medición de la conducta y se compara con la línea base (A) (Virués & Moreno, 2008).

Para el proceso de evaluación en la etapa pre tratamiento se realizó una entrevista clínica y se aplicaron tres instrumentos estandarizados. Las pruebas usadas fueron el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad-ISRA (Miguel & Cano, 2002), La escala de Yale-Brown (Y-BOCS) (Goodman et al., 1989) y el Inventario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo para adolescentes y adultos (STAI) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1981).

1. *Entrevista clínica:* Se realizó una entrevista clínica estructurada, dirigida a identificar el origen de la problemática actual, las estrategias de afrontamiento empleadas y la intensidad de los

síntomas. Se reservó un espacio de tiempo durante cada sesión para interrogar y evaluar la mejoría de la problemática desde la percepción subjetiva de la paciente, teniendo en cuenta la evolución del tratamiento identificando los ítems anteriormente planteados.

A través de la entrevista se identificaron pensamientos automáticos de contenidos amenazantes (obsesiones), compulsiones y conductas de neutralización, se detectó poca habilidad para tramitar emociones y alta reactividad fisiológica a situaciones y emociones.

Se identificó una tendencia a seleccionar información amenazante relacionada con la enfermedad, la limpieza, acontecimientos catastróficos como accidentes, muerte y pensamientos irracionales de anticipación, supersticiones y catastrofismo; así mismo se detectó falta de habilidades para relajarse y manejar la respiración.

2. *El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad 2ª Edición* (ISRA; Miguel & Cano, 2002): Está fundamentado en la versión original de Cano & Vindel (1986), es una prueba diseñada para evaluar la respuesta de ansiedad conjugando el Modelo Interactivo Multidimensional de la Ansiedad de Endler & Magnusson (1976) y el Modelo Tridimensional de Lang (1968). Está compuesto por 22 situaciones y 24 posibles respuestas de ansiedad correspondientes a los tres sistemas de respuestas: fisiológicas (F) motoras (M) y cognitivas (C). Además, incluye una situación abierta para que pueda ser descrita por la persona evaluada. El sujeto debe evaluar la frecuencia con que aparecen dichas respuestas con una escala de 0 a 4 (siendo 0 casi nunca y 4 casi siempre). El inventario evalúa 8 escalas, las tres primeras muestran la reactividad del sujeto en los tres sistemas de respuesta ante las distintas situaciones; así como la medida del rasgo o nivel general de ansiedad. Las otras cuatro corresponden a escalas que evalúan el rasgo específico del sujeto en cuatro áreas situacionales o rasgos específicos: ansiedad ante la evaluación (F-I), ansiedad interpersonal (F-II), ansiedad fóbica (F-III) y ansiedad ante situaciones habituales.

Esta edición del instrumento se aplicó a una muestra de 1.209 personas, la muestra incluyó un grupo clínico, con trastorno psicofisiológico o psicosomático y trastorno de ansiedad. En esta versión el índice de consistencia interna, Alfa de Cronbach, muestra valores que oscilan entre 0.95 y 0.99, siendo los valores para cada una de ellas: Cognitivo=0,96; Fisiológica= 0,98: Motor=0,95 y Total=0,99 (Cano & Miguel 2002).

La paciente tuvo una puntuación directa para ansiedad global de 668, que corresponde al percentil 99, lo que demuestra un grado clínicamente significativo de severidad en los síntomas obsesivos compulsivos; dentro del sistema de respuesta se obtuvieron las siguientes puntuaciones Ansiedad cognitiva puntuación directa 294, correspondiente al percentil 99, ansiedad fisiológica puntuación directa 133, correspondiente al percentil 90 y ansiedad motora puntuación directa 241, correspondiente al percentil 99.

Con respecto a los rasgos específicos se obtuvieron los siguientes resultados, ansiedad ante la evaluación puntuación directa 262, percentil 99, Ansiedad interpersonal puntuación directa 32 percentil 45, ansiedad fóbica puntuación directa 234, percentil 99 y Ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana puntuación directa 66, percentil 90.

3. *La Escala de Yale-Brown (Y –BOCS)* (Goodman et al., 1989): Es una entrevista semiestructurada que contiene una lista de síntomas y una escala de severidad. La lista de síntomas incluye una lista de 29 compulsiones y 40 obsesiones, categorizadas según el contenido. La categoría de compulsiones contiene: limpieza/lavado, comprobación, rituales de repetición, conteo, orden, acumulación y la categoría de obsesiones contiene: obsesiones agresivas, de contaminación, sexuales, de acumulación/ahorro, religiosas (escrupulosidad), miscelánea y somática. La puntuación total de la entrevista está entre 0 y 40 y se obtiene sumando las puntuaciones de todos los ítems. Además, esta escala permite hallar el subtotal de la severidad de las obsesiones (suma de los ítems de 1 a 5) y el subtotal de la severidad de las compulsiones (suma de los ítems del 6 al 10). En general, puntuaciones iguales o mayores a 25 se consideran propias de

personas con trastorno obsesivo compulsivo, frente a una puntuación menor a 8 típica de las personas sin dicho trastorno. Es un instrumento esencial en la evaluación del TOC porque nos da una medida de la severidad de los síntomas independiente del contenido y demás es sensible a los cambios del tratamiento. Permite realizar comparaciones con otras investigaciones ya que su uso en este campo está muy extendido. Los índices de Cronbach de fiabilidad oscilan entre 0.60- 0.90.

La puntuación obtenida por la paciente fue de 33, 17 en obsesiones y 16 en compulsiones, se identificaron obsesiones agresivas, de contaminación, sexuales, religiosas, de simetría y exactitud y somáticas; así mismo se identificaron compulsiones de limpieza/lavado, de comprobación, de organizar y miscelánea.

4. *Inventario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo para adolescentes y adultos (STAI) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982)*: Está compuesto por 40 ítems que evalúan el nivel de ansiedad en general en adolescentes y adultos. Con una duración de aplicación de unos 15 minutos aproximadamente. Cada ítem es valorado en una escala de Likert de 3 puntos (siendo 0 casi nunca, 1 a veces, 2 a menudo y 3 casi siempre) que muestra los puntos en función de la frecuencia con que se da la conducta de ansiedad. La puntuación en cada escala puede oscilar de 0-30, indicando las puntuaciones más altas, mayores niveles de ansiedad. La adaptación utilizada en este estudio presenta unos coeficientes de fiabilidad con un alfa de Cronbach de entre 0.83 y 0.92.

La paciente en la escala de ansiedad rasgo obtuvo una puntuación directa de 28, percentil 60 y en la escala de ansiedad estado una puntuación directa de 33, percentil 77; lo que puede indicar que la paciente muestra una tendencia a tener más ansiedad estado, obteniendo un puntaje clínicamente significativo en esta área.

#### *Diagnóstico clínico*

on la información recogida a través de cuestionarios y la entrevistas clínica se puede indicar que la paciente cumple los criterios diagnósticos DSM V (APA, 2013) para trastorno obsesivo compulsivo 300.3 (F42), trastorno de pánico, sin agorafobia.

300.01 (F41.0), Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado (trastorno de duelo complejo persistente) 309.89 (F43.8), relación conflictiva con el conyugue o la pareja V61.10 (Z63.0), violencia física por parte del conyugue o la pareja 995.81 (T74.11XD), maltrato psicológico por parte del conyugue o la pareja 99.82 (T74.31XD).

## RESULTADOS

Luego de la evaluación se concluyó que la discusión con el esposo precipitó su miedo, preocupación o inquietud, respecto a la seguridad propia y la de sus hijas, generando en ella inestabilidad, pensamientos intrusos, miedo a perder el control, volverse loca, aceleración de la frecuencia cardiaca, desrealización, miedo a morir, necesidad de buscar ayuda y de no quedarse sola, estos síntomas desencadenaron un ataque de pánico. La paciente muestra una evidente afectación de su salud mental que incluye pensamientos intrusivos y compulsiones, que enmarcan al TOC como diagnóstico principal, así mismo tiene un patrón de intranquilidad con sintomatología fisiológica asociada a la angustia que denota un Trastorno de Pánico e ideación catastrofizante de la realidad el cual se presenta como secundario al TOC. Las situaciones asociadas a la angustia se presentan desde aproximadamente un año, mientras que los pensamientos intrusivos, las compulsiones y la ideación catastrofizante se identifican desde mucho antes de la aparición del ataque de pánico, sin embargo se muestran como molestas solo cuando éste se presenta, en la actualidad la problemática le está generando malestar clínicamente significativo en su área social, familiar y laboral; a pesar de la medicación los síntomas se presentan con frecuencia debido a la baja adherencia al tratamiento farmacológico. La exposición al maltrato físico y psicológico generado por la discusión con su esposo, la dedicación al cuidado de su suegra en la fase final de la vida, los episodios de maltrato físico y psicológico propiciados por sus padres, las pocas demostraciones de afecto, la falta de relacionamiento con pares, el duelo no elaborado por evento mortuorio y el sentirse culpable del mismo, contribuyeron a desarrollar en Maira,

imposibilidad de simbolizar en palabras y expresiones afectivas las experiencias emocionales intensas, dolorosas y traumáticas así como miedos asociados a la muerte generando creencias como: no merecer ser amada, ser indefensa y vulnerable. Las cuales la llevaron a pensar que las demás personas pueden hacerle daño, que está expuesta a la crítica, que no debe salir de su casa, que debe cuidarse y proteger a sus hijas de los demás incluyendo de su esposo. La paciente tiene pocas habilidades para solucionar problemas mediante el diálogo, generó estrategias poco adaptivas acompañadas de pensamientos intrusivos y actos compulsivos, lo cual deja en evidencia que los activadores del malestar emocional presentes en ella son los familiares y los sociales, más aún si las personas con las que se relaciona tienen algún contacto con su esposo y si ella percibe actitudes investigativas en relación a su vida cotidiana. El tratamiento fue viable por los deseos de la paciente de “tener una vida normal” y dejar de tener miedo, Maira asistió a las terapias mostrando disposición, motivación, posición activa frente a la terapia y deseos de mantenerse en esta. Una fortaleza de la intervención fue la vinculación de los padres, el esposo y la hija en la terapia, se logró con esto la adherencia al tratamiento farmacológico, se modificaron los rituales compulsivos y sirvieron de informantes en las situaciones que generaban un alto malestar para la paciente. Sin embargo durante el tratamiento se presentaron algunos obstáculos especialmente con el esposo, debido a que en el proceso de evaluación se pudo observar el excesivo control que ejercía sobre las emociones de la paciente y la capacidad que tenía para que ésta fuera de control, motivo por el cual se le hacía más difícil superar sus miedos; ante esta situación se realizaron ejercicios de relajación que le permitieron a la paciente ejercer el control de las situaciones, así mismo se psicoeducó en el reconocimiento de síntomas antecedentes a los ataques de pánico, logrando controlar la situación.

#### *Hipótesis Explicativa*

Maira creció en un hogar con padres exigentes y estrictos, en el cual se evidenció maltrato físico y psicológico, amenazas y pocas demostraciones de afecto, a los 18 años decidió irse de su casa y formar un hogar con su pareja actual, medida que tomó

como evitación al problema con sus padres, sin embargo, su esposo ejerció el mismo control de sus padres sobre ella reafirmando así su condición de vulnerabilidad e indefensión. Las circunstancias en las que vivió y se educó Maira durante su infancia y adolescencia permitieron que se viera como alguien vulnerable, indefensa, no amada y poco agradable para los demás. Tener padres estrictos, perfeccionistas, constantemente condicionándola a actuar perfectamente y recibir consecuencias negativas de no hacerlo, reforzaron la visión que tenía de sí misma, generando poco contacto con sus padres, reduciendo su visión de futuro, desencadenando en ella pensamientos intrusivos u obsesivos de situaciones hipotéticas que llevaba a un nivel de catastrofización anticipando respuestas que tranquilizaba mediante compulsiones o hechos que creía podrían modificar su situación. La pérdida de sus dos bebés durante el embarazo, el sentimiento de culpa por no haber tenido los cuidados suficientes por parte de su esposo y de ella misma, los maltratos físicos y psicológicos por parte del esposo, llevaron a desencadenar temores asociados a la muerte y a la enfermedad, así como a reprimir experiencias emocionales dolorosas que contribuyeron a su estado de vulnerabilidad e indefensión. Frente a todo lo anteriormente planteado Maira creó las siguientes estrategias para funcionar en el mundo: Evitar confrontaciones, adelantarse a los acontecimientos tratando de controlar situaciones, tratar de ser perfecta con sus hijas y esposo, evitar emociones negativas, ser excesivamente responsable, para dichas estrategias emplea los siguientes supuestos cognitivos “si soy una buena esposa, no me abandonará”, “si hago las cosas correctamente como le gustan a mi esposo, no me reprochará” “si soy como me han enseñado en mi casa, no causaré problemas”, “si complazco a mi esposo en todo lo que me pida, seré digna de ser amada por él”. Sus estrategias conductuales compensatorias incluían “darle gusto a su esposo en todo lo que le pedía, dedicarse completamente al hogar, mantener todo en perfectas condiciones, suprimir su vida personal a la de su esposo incluyendo su apariencia física, evitar salir de la casa, no tener amigos, ser sumisa, evitar conflictos. (Ver **Figura 1**).

**DATOS RELEVANTES DE LA INFANCIA**

Creció en un ambiente exigente, poco contacto con los pares, padres exigentes, estrictos y maltratadores, pocas demostraciones de afecto, rol de la mujer subestimado, ambientes condicionados a la perfección o castigo.



**CREENCIAS CENTRALES**

Soy vulnerable, soy indefensa



**SUPOSICIONES**

“Si soy una buena esposa, no me abandonará y estaré protegida”

“Si no soy buena esposa me abandonará y estaré desprotegida”

“Si tengo control de mi vida, mi hogar y mis hijas, nada malo sucederá”

“Si pierdo el control de mi vida, mi hogar y mis hijas, me pueden hacer daño”

“Si no cierro puertas y ventanas, mis vecinos me van a criticar y a especular cosas sobre mi y sobre mi familia”

“Si cierro puertas y ventanas nadie me criticará”

**REGLAS**

“Debo estar dispuestas a los requerimientos de mi esposo”

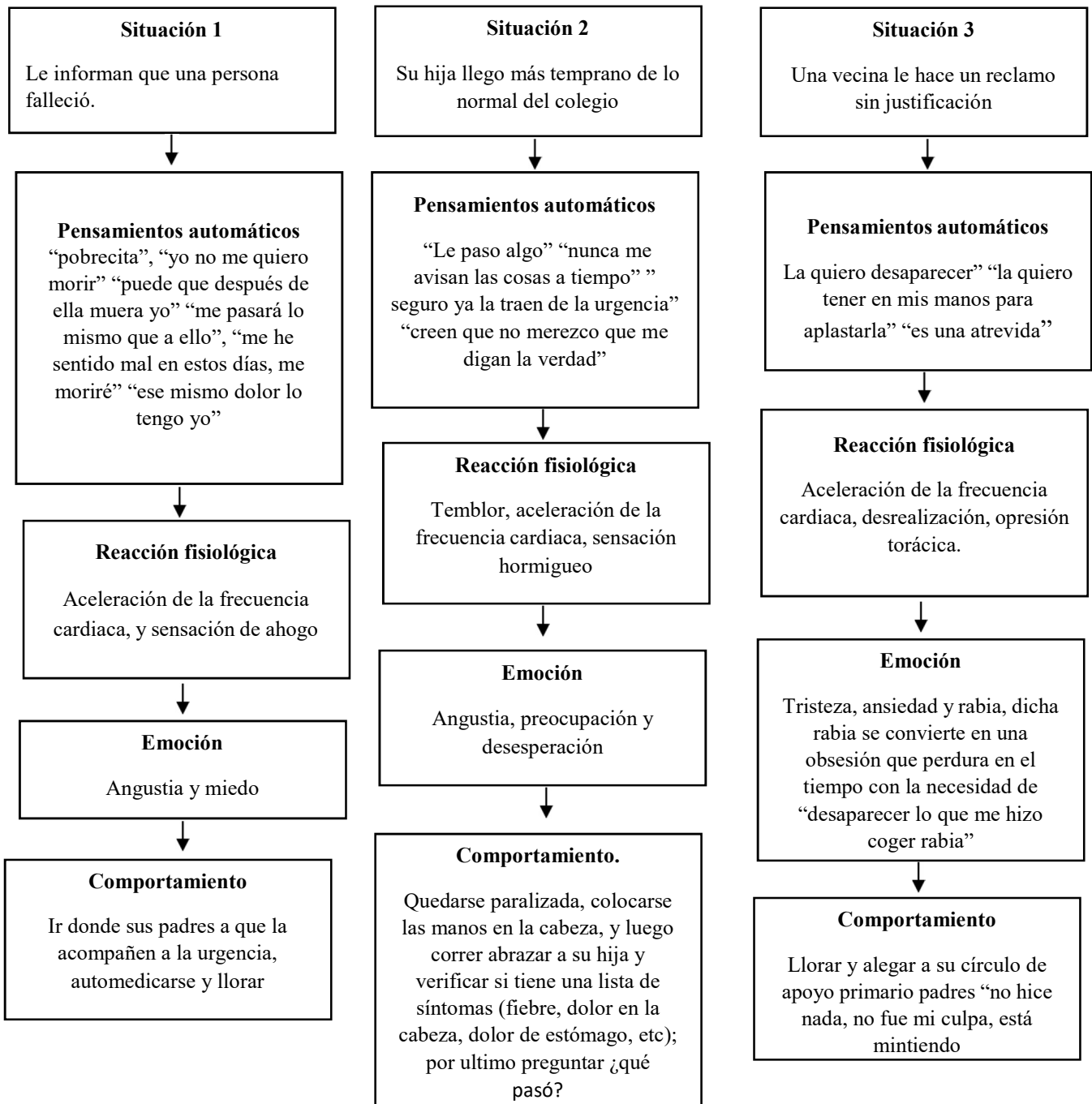
“Debo estar atenta a cualquier síntoma de malestar físico tanto mío, como de mis hijas”

“Debo estar atenta a cerrar bien la casa para mantenerla segura”

**ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS.**

Evitación de confrontaciones, control situacional, perfeccionismo, evitación de motividad negativa, hiperresponsabilidad.

Continúa siguiente página...



**Figura 1.** Conceptualización cognitiva. Adaptado de Terapia Cognitiva. Copyright 2000 by Ph. D. Judith S.Beck, p. 177.

**Figure 1.** Cognitive conceptualization. Adapted from Cognitive Therapy. Copyright 2000 by Ph. D. Judith S. Beck, p. 177.

*Intervención*

La intervención se realiza teniendo como referente la información obtenida con los instrumentos de evaluación, el diagnóstico clínico y la hipótesis explicativa del caso, para este modo desarrollar una guía de tratamiento basado en modelos psicológicos que demuestran apoyo empírico y eficacia para el TOC, para el trastorno de pánico y para trabajar el duelo complicado, se toman como modelos la terapia de exposición y prevención de respuesta para

trastorno obsesivo compulsivo (Foa et al., 2005), la terapia cognitivo conductual para el pánico (Otto & Deveney, 2005) y el tratamiento de duelo complicado para el duelo (Shear K, 2010). A continuación, se presenta la categorización de los problemas a intervenir, el objetivo del tratamiento y las técnicas empleadas. (Ver Tabla 1). Algunas técnicas se utilizaron varias veces en el tratamiento, debido a la importancia de las mismas en la intervención.

**Tabla 1.** Tratamiento propuesto para la intervención  
**Table 1.** Treatment proposed for the intervention

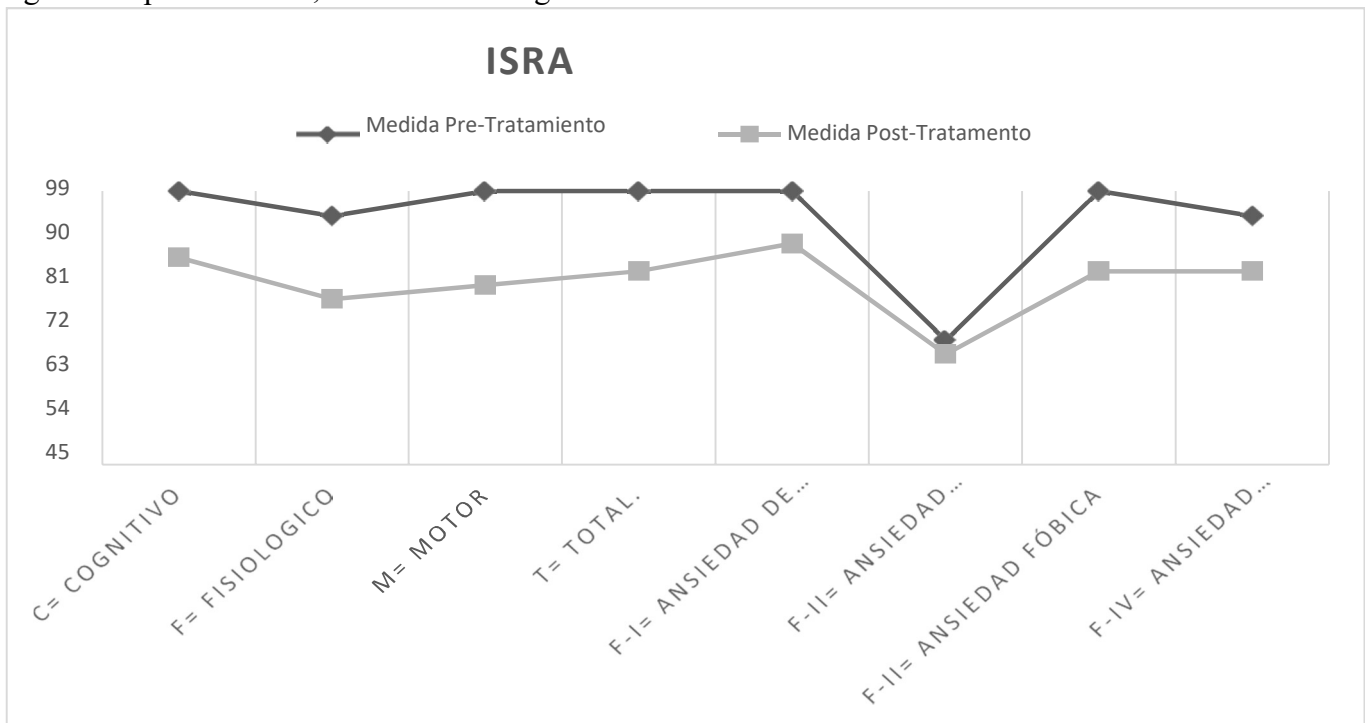
Problemas	Objetivos	Estrategia de intervención
Ansiedad y miedo.	Reducir las respuestas de ansiedad a nivel cognitivo, fisiológico y motor, así como el nivel general de activación fisiológica.	Psicoeducación. Reestructuración cognitiva. Respiración diafragmática. Autoregistros. Exposición
Poco reconocimiento de sensaciones corporales antecesoras del pánico.	Identificar sensaciones corporales fisiológicas antecesoras al pánico, para generar respuestas de autocontrol.	Psicoeducación. Reestructuración cognitiva. Respiración diafragmática. Exposición in vivo. Autoregistros.
Pensamientos intrusos y compulsiones.	Reducir los pensamientos intrusos y modificar la interpretación de los mismos como indeseables y amenazantes.	Psicoeducación. Reestructuración cognitiva. Parada de pensamientos. Exposición y prevención de respuesta. Autoregistros de exposición.
Somnolencia y falta de deseo sexual, que le generan problemas con el esposo.	Mejorar las condiciones de sueño y deseo sexual. Fomentar procesos de comunicación efectiva y cálida.	Psicoeducación. Entrenamiento en asertividad. Entrenamientos en habilidades de comunicación.
Poca autonomía y baja autoestima.	Aumentar la autoestima y la autonomía y cambiar las expresiones utilizadas para referirse a sí misma y modificar el lenguaje de autoreferencia.	Psicoeducación. Entrenamiento en habilidades asertivas y de comunicación. Reestructuración cognitiva. Listado de aspectos positivos. Listado de deseos ajustados a las expectativas. Uso de metáforas.
Duelo no elaborado.	Intervenir en las emociones negativas derivadas del episodio de pérdida	Psicoeducación. Reestructuración cognitiva. Autoinstrucciones positivas. Detención de pensamiento. Manejo de contingencias. Técnicas de relajación. Exposición repetida y graduada.
Visión de túnel y catastrofización	Reestructurar la visión de túnel y la catastrofización.	Psicoeducación. Diario de pensamientos. Reestructuración cognitiva. Experimentos conductuales.

Tras 22 sesiones se ha finalizado el tratamiento. Los resultados post - tratamiento muestran disminuciones importantes en los niveles de ansiedad. Sin embargo aún se observa el mantenimiento de algunas obsesiones.

Se realiza una evaluación post tratamiento en una etapa avanzada de la intervención para valorar la eficacia de la misma, la cual muestra que la paciente redujo notoriamente la ansiedad en los tres sistemas de respuesta y en los cuatro rasgos específicos, los resultados se obtuvieron con las puntuaciones en el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA) (Miguel & Cano, 2002), la paciente pasó de obtener una puntuación directa para ansiedad global de 668 a 414, pasando del centil 99 al centil 95, dentro del sistema de respuesta se lograron las siguientes puntuaciones, en ansiedad cognitiva se

pasó de una puntuación directa de 294 a 165, del centil 99 al 90, en ansiedad fisiológica la puntuación directa inicial de de 133 y la final de 105, pasando del centil 90 al 75 y en ansiedad motora la puntuación directa inicial fue de 241 y la final de 144, pasando del centil 99 al 95 (Ver **Figura 2**).

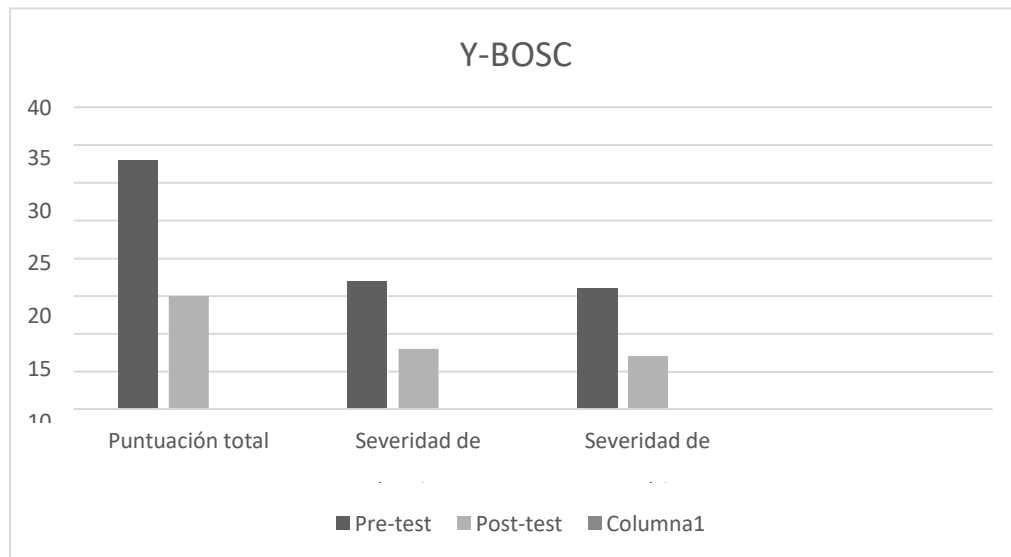
Con respecto a los rasgos específicos se consiguieron los siguientes resultados, en ansiedad ante la evaluación pasó de tener una puntuación directa de 262 a 163, de centil 99 a 85, la ansiedad interpersonal pasó de una puntuación directa de 32 a 28, de centil 45 a 40, la ansiedad fóbica pasó de tener una puntuación directa 234 a 100, centil 99 a 85 y la ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana pasó de una puntuación directa de 66 a 54, centil 90 a 75 (Ver **Figura 2**).



**Figura 2.** Resultados pre y postratamiento en el triple sistema de respuesta y los rasgos específicos en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA, en puntuación centil  
**Figure 2.** Pre- and post-treatment results in the triple response system and the specific traits in the Inventory of Anxiety Situations and Responses, ISRA, in centile score

Para la escala de Obsesiones y compulsiones de Yale Brown (Goodman et al., 1989), en la evaluación postratamiento todas las categorías de las puntuaciones fueron inferiores, revelando los siguientes cambios, la puntuación obtenida por la

paciente al iniciar el tratamiento fue de 33, 17 en obsesiones y 16 en compulsiones, al finalizar el tratamiento la puntuación fue de 15, 8 en obsesiones y 7 en compulsiones (Ver **Figura 3**).

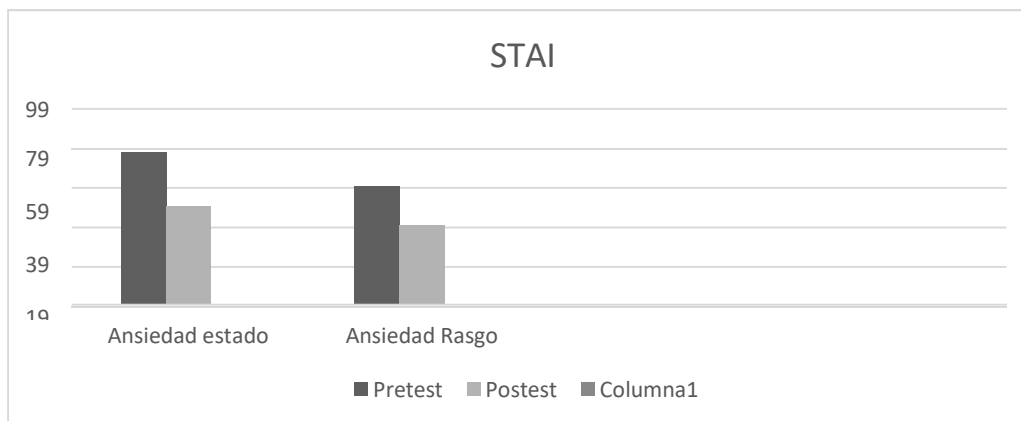


**Figura 3.** Resultados pre y postratamiento en la Escala de Yale-Brown (Y –BOCS)(Goodman *et al.*, 1989)

**Figure 3.** Pre- and post-treatment results on the Yale-Brown Scale (Y-BOCS) (Goodman *et al.*, 1989)

En el STAI (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982), se obtuvo cambios significativos en los resultados, en los resultados obtenidos en el pretest la paciente obtuvo una puntuación directa de 28 mientras en el pos-test 21, ubicándolos en el centil 60 para el pretest y centil 40 en el postest en la escala

de ansiedad rasgo, mientras que en la escala de ansiedad estado, obtuvo una puntuación directa de 33 en el pretest y una puntuación pos- test de 21, convirtiéndolos en centil a una puntuación de 77 pre-test a una centil 50 post- test (Ver **Figura 4**).



**Figura 4.** Resultados pre y postratamiento Inventario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo para adolescentes y adultos (STAI) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982)

**Figure 4.** Pre- and post-treatment results of the State-Trait Anxiety Self-Rating Inventory for adolescents and adults (STAI) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982)

Maira redujo notablemente la respuesta de ansiedad fisiológica y motora, lo cual es significativo teniendo en cuenta que dichas respuestas estaban exacerbadas lo que no le permitía una adecuada tramitación de emociones concluyendo en ataques de pánico.

La paciente ha logrado identificar las situaciones fisiológicas antecesoras a ataques de pánico, logrando convertir la ansiedad en algo adaptativo y normal, reestructurando la interpretación que hace de esas sensaciones de peligro a sensaciones controlables y experimentables por los seres humanos.

Los síntomas obsesivo compulsivos han mejorado pero aún persisten algunos, sin embargo hay certeza de mejor tolerancia ante las situaciones que le generan malestar, consiguiendo con esto sentir un poco de ansiedad adaptativa.

La paciente ha mejorado su autonomía, su autoconcepto y su autoestima, ha modificado los términos despectivos que utilizaba frecuentemente para referirse a sí misma por términos adaptativos y expresiones afectuosidad.

Se logró identificar un evento traumático para la paciente en este caso un mortinato y con este hallazgo se logró discernir la fase de duelo en la

cual se encontraba la paciente, identificando un proceso de duelo complicado, se identificaron y trabajaron las conductas que le impedían a la paciente desenvolverse completa normalidad, se reestructuraron los pensamientos distorsionados que tenía la paciente con respecto a la pérdida, se psicoeducó para aumentar la comprensión de la patología y se utilizó la exposición para intervenir los síntomas de evitación motivándola a abordar los estímulos evitados.

Hubo una reducción en cuanto a la sintomatología obsesiva compulsiva, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo. Se trabajó en la identificación de eventos traumáticos predisponentes a la aparición de un ataque de pánico y al trastorno obsesivo compulsivo.

Los familiares de la paciente y su esposo estuvieron colaborando con la adherencia al tratamiento farmacológico como resultado se obtuvo una adherencia adecuada, aun presenta síntomas secundarios a los medicamentos. La paciente ha logrado mejorar los procesos de comunicación con su esposo y con su familia.

## DISCUSIÓN

En el presente artículo pretendió explicar el proceso de evaluación e intervención terapéutica, en un caso único de trastorno obsesivo compulsivo en comorbilidad con trastorno de pánico, bajo el marco de la terapia cognitivo conductual y apoyándose en la evidencia señalada para la eficacia del tratamiento.

Maira redujo notablemente la respuesta de ansiedad fisiológica y motora lo que conllevando a estado de relajación, lo cual se logró utilizando técnicas de relajación tal como lo propusieron Foa, Hembree & Rothbaum (2007), en un estudio donde encontraron que enseñando a manipular el ritmo de la respiración, se logra incrementar los estados de relajación.

La paciente ha logrado identificar las situaciones fisiológicas antecesoras a ataques de pánico, utilizando la psicoeducación, técnica mencionada por Zayfert & Black (2008), en un estudio en el que indicaron que está podía ser utilizada para aumentar el conocimiento de la patología e instituir una correlación de colaboración terapéutica con el paciente; otra técnica utilizada fue la reestructuración cognitiva tal como lo indica Bregman (2006), en un estudio que permitió promover esta destreza para la comprensión del malestar.

Maira ha mejorado los síntomas obsesivo compulsivos y ha aumentado la tolerancia ante las situaciones que le generan malestar, con la aplicación de la exposición y prevención de respuesta como lo mencionan Foa et al. (2005), en investigaciones realizadas para el tratamiento del TOC especialmente las de la Universidad de Liverpool donde se evidencia esta técnica como eficaz para la reducción de los síntomas obsesivo-compulsivos.

La paciente ha mejorado su autonomía, su autoconcepto y su autoestima, utilizando para ello la reestructuración cognitiva como técnica, tal como lo menciona Rodebaugh & Chambless (2004), en un estudio en el cual indican que la

reestructuración cognitiva modifica el contenido y la forma de las cogniciones de las personas.

Se logró discernir la fase de duelo en la cual se encontraba la paciente, para ello se utilizaron técnicas como, la psicoeducación indicada en estudios de Zayfert & Black, (2008) para aumentar la comprensión de la patología; la reestructuración cognitiva mencionada en estudios de Cano-Vindel (2002), en los que se justificaban que la paciente puede y debe tomar un papel activo en este reaprendizaje de cogniciones y así modificar los pensamientos distorsionados y por último se utilizó la exposición mencionada por Bados (2005) para intervenir los síntomas de evitación motivándola a abordar los estímulos evitados.

Hubo una reducción en cuanto a la sintomatología obsesiva compulsiva, al igual que el estudio de Rosso, Albert, Asinari, Bogetto y Maina (2012) donde se halló que identificar dichos eventos antecesores al ataque de pánico y TOC facilitan la reducción de la sintomatología, pues hay una participación directa de eventos traumáticos como agente precipitante de TOC y Pánico.

El presente trabajo tuvo algunas limitaciones, es importante anotar que aun cuando han habido progresos en la superación gradual del trastorno y se han evidenciado resultados postratamiento, a nivel cualitativo y cuantitativo, aún no se ha realizado sesiones de seguimiento, las cuales son importantes teniendo en cuenta la cronicidad del trastorno y los posibles efectos adversos que se podrían presentar si ni se hace el seguimiento.

Asimismo aunque se ha reducido la sintomatología de manera relevante, mejorando la calidad de vida de Maira, no se ha logrado la remisión total de las obsesiones y las compulsiones.

Al ser un estudio de caso único no deben generalizarse tanto los resultados como las conclusiones, teniendo en cuentas las características distintivas de la paciente y de la

terapeuta, es por ello necesario referirse a otros estudios que tengan muestras representativas que brinden mayor confiabilidad.

## CONCLUSIÓN

La exposición y prevención de respuesta demostró efectividad en el tratamiento del TOC mitigando la sintomatología, reduciendo los pensamientos intrusos y modificando la interpretación de los mismos, así como las respuestas de ansiedad a nivel cognitivo, fisiológico y motor. La terapia cognitiva para el trastorno de pánico disminuyó significativamente los niveles de ansiedad y preocupación de la paciente minimizando las conductas de evitación, mejorando la flexibilidad cognitiva y reestructurando los pensamientos polarizados.

### Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existe conflicto de interés.


## REFERENCIAS

1. American Psychological Association Presidential. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
2. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric publishing.
3. Arnáez, S., García-Soriano, G. & Belloch A. (2015). Contenidos obsesivos, miedo a la enfermedad y asco. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 12-35.
4. Bados, A. (2005). *Trastorno Obsesivo Compulsivo*. Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/355/1/1118.pdf>.
5. Barber, L.L.K., Bagsby, P.G. & Munz, D.C. (2010). Affect regulation strategies for promoting (or preventing) flourishing emotional health. *Personality and Individual Differences*, 49, 663-666.
6. Behr, M. (2009). Constructing Emotions and Accommodating Schemas: A model of selfexploration, symbolization, and development. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 8(1), 44-62.
7. Bregman, C. (2006). Psicoeducación en los trastornos de ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15, 135-139.
8. Britton J.C., Stewart S.E, Killgore WD, Rosso I.M, Price L.M., Gold A.L., Pine D.S., Wilhelm, S., Jenike, M.A & Rauch S.L. (2010). Amygdala activation in response to facial expressions in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*,7(7):643-651.
9. Cano, A. & Miguel, J. (2002). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad ISRA manual*. (5ª. Ed.). Madrid: TEA
10. Cano-Vindel, A. (2002). *Técnicas cognitivas en el control del estrés*. En E. G. FernándezA bascaly M .P.Jim énez Sánchez (Eds.), *Control del Estrés* (pp.247-271).Madrid: UNED Ediciones.
11. Carpenter L & Chung MC. (2011). Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychol Psychother*, 4(4), 367-88.
12. Cavedini, P., Gorini, A. & Bellodi, L. (2006). Understanding obsessive-compulsive disorder: focus on decision making. *Neuropsychology Review*, 16, 3-15.
13. Chamberlain, S.R., Fineberg, N.A., Menzies, L.A., Blackwell, A.D., Bullmore, E.T., Robbins, T.W. & Sahakian, B.J., (2007). Impaired cognitive flexibility and motor inhibition in unaffected first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 335-338.
14. Callahan, J., Heath, Ch., Aubuchon-Endsley, N., Collins Jr., F. & Herbert, G. (2013). Enhancing information pertaining to client characteristics to facilitate evidence- based practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(12), 1239-1249.
15. Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. (1ª. Ed.). Valencia: s.n.
16. Cisler, J.M., Olatunji, B.O. & Lohr, J.M. (2009). Disgust, fear, and the anxiety disorders: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 29, 34-46.
17. Cogle, J. R., Wolitzky-Taylor, K., Lee, H. & Telch, M. J. (2007). Mechanisms of change in ERP treatment of compulsive hand washing: Does primary threat make a difference?. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1449-1459.
18. Crespo, M & Cruzado, J.A: (2000). Técnicas de modificación de Conducta en el Ámbito de la salud. En J.M. Buceta, A.M. Bueno y B. Mas


- (Eds.), *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. Madrid: Dykinson.
19. Daset, L. R. & Cracco, C. (2013). Psicología basada en la evidencia: algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 209-220.
  20. Davey, G. C. L. & Bond, N. (2006). Using controlled comparisons in disgust psychopathology research: The case of disgust, hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(1), 4-15.
  21. Delgado, L. C., Guerra, P., Perakakis, P., Mata, J. L., Pérez, M. N. & Vila, J. (2009). Psychophysiological correlates of chronic worry: Cued versus non-cued fear reaction. *International Journal of Psychophysiology*, 74, 280-287.
  22. Delgado, L. C., Guerra, P., Perakakis, P. & Vila, J. (2010). La meditación “mindfulness” o de atención plena como tratamiento de la preocupación crónica: Evidencia psicofisiológica. *Ciencia Cognitiva*, 4(3), 73-75
  23. Endler, N. S. & Magnusson, D. (1976). Toward an interactional psychology of personality. *Psychological Bulletin*, 3, 956-974.
  24. Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A. & Harrington, H. (2009). Obsessions and Compulsions in the Community: Prevalence, Interference, Help-Seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *American Journal of Psychiatry*, 66, 329-336.
  25. Fullana, M.A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Haro, J.M., de Girolamo, G., Lépine, J.P., Matschinger, H., Alonso, J. (2010). Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*, 24(3), 291-9.
  26. Foa, E., Hembree, E & Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide*. (1ª ed.). Oxford: Oxford University Press.
  27. Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S. O., Campeas, R. & Franklin, M. E. (2005). Treatment of obsessive compulsive disorder by exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination: a randomized, placebo – controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 62, 151-161.
  28. Foa, E.B., Liebowitz, M.R., Kozak, M.J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M.E., Huppert, J.D., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, A.B., Simpson, H.B. & Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162(1), 51-61.
  29. Geller, D. A. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 353-70.
  30. Geller, D.A., MBBS, March, J., M.D. & The AACAP Committee on Quality Issues (CQI). (2012). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51 (1), 98-113.
  31. Goetz, A. R., Lee, H. J., Cogle, J. R. & Turkel, J. E. (2013). Disgust propensity and sensitivity: Differential relationships with obsessive-compulsive symptoms and behavioral approach task performance. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(4), 412-419.
  32. Glahn, A., Prell, T., Grosskreutz, J., Peschel, T. & Müller-Vahl, K.R. (2015). Obsessive-compulsive disorder is a heterogeneous disorder: evidence from diffusion tensor imaging and magnetization transfer imaging. *BMC Psychiatry*, 15(1):135.
  33. Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R. & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011
  34. Gu, B.M., Park, J.Y., Kang, D.H., Lee, S.J., Yoo, S.Y., Jo, H.J., Choi, C.H., Lee, J.M., &
  35. Kwon, J.S. (2008). Neural correlates of cognitive inflexibility during task-switching in obsessive-compulsive disorder. *Brain*, 131 (Pt 1), 155-164.
  36. Harrison, B., Pujol, J., Cardoner, N., Deus, J., Alonso, P., López-Solà, M., Contreras-Rodríguez, O., Real, E., Segalàs, C., & Blanco-Hinojo L. 2013. Brain corticostriatal systems and the major clinical symptom dimensions of

- obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry journal*, 73(4):321–328.
37. Inchausti, F., & Delgado, A.R. (2012). Revisión de las medidas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) [Revision of the Obsessive Compulsive Disorder (OCD) measures. *Papeles del Psicólogo*. 33, 22-29.
  38. Jung, W.H., Kang, D-H., Kim, E., Shin, K.S., Jang, J.H. & Kwon JS. (2013). Abnormal corticostriatal- limbic functional connectivity in obsessive-compulsive disorder during reward processing and resting-state. *NeuroImage: Clinical Journal*, 3,27– 38.
  39. Katsikis, D. (2014). Evidence-based research: the importance for the present and future of evidence-based practice. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*. 14(2), 259- 270.
  40. Koran, L.M., Hanna, G.L., Hollander, E., Nestadt, G., Simpson, H.B. & American Psychiatric Association. (2007) Practice guiderlines for the treatment of obsessive- compulsive disorder. *American Psychological Association*. 164(7),5– 53.
  41. Krypotos, A., Arnaudova, I., Effting, M., Kindt, M. & Beckers, T. (2015). Effects of Approach-Avoidance Training on the Extinction and Return of Fear Responses. *PLOS ONE*. 10 (7), 1 – 19.
  42. Lang, P.J. (1968). *Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct*. En Shleien, J.M. (Ed.). *Research in Psychotherapy, III*. Washington: American Psychological Association.
  43. López, M., Barrera, M., Cortés, JF., Guinez, M. & Jaime, M. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo- compulsivo y sus familiares. *Salud Mental*. 34, 11-120.
  44. Mancini, F., Gagnani, A. & D'Olimpio, F. (2001). The connection between disgust and obsessions and compulsions in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*. 31(7), 1173-1180.
  45. Nakao, T., Nakagawa, A., Yoshiura, T., Nakatani, E., Nabeyama, M., Yoshizato, C., Kudoh, A., Tada, K., Yoshioka, K. & Kawamoto, M. (2005). Brain activation of patients with obsessive-compulsive disorder during neuropsychological and symptom provocation tasks before and after symptom improvement: a functional magnetic resonance imaging study. *Biologicalpsychiatryjournal*, 57(8):901–910.
  46. Nelis, D., Quoidbach, J., Hansenne, M. & Mikolajczak, M. (2011). Measuring individual differences in emotion regulation. *Psychologica Belgica*. 51, 49-91.
  47. O’Kearney, R.T., Anstey, K.J. & von Sanden, C. (2006). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane database of systematic reviews*, (4):CD004856.
  48. Olatunji, B. O. (2009). Incremental specificity of disgust propensity and sensitivity in the prediction of health anxiety dimensions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 40(2), 230-239.
  49. Otto, M.W & Deveney, C. (2005). Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 4, 28-32
  50. Page, L.A., Rubia, K., Deeley, Q., Daly, E., Toal, F., Mataix-Cols, D., Giampietro, V., Schmitz, N. & Murphy, D.G. (2009). A functional magnetic resonance imaging study of inhibitory control in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 174, 202–209.
  51. Pauls, D.L., Abramovitch, A., Rauch, S.L. & Geller, D.A. (2014). Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(6), 410-24.
  52. Podea, D., Suci, R., Suci, C. y Ardelean, M. (2009). An update on the cognitive behavior therapy of obsessive compulsive disorder in adults. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9, 221-233.
  53. Prazeres, A. M., De Souza, W. F. y Fontenelle, L. F. (2007). Terapias de base cognitivo comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: Revisão sistemática da última década. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29, 262- 270.
  54. Remijnse, P.L., Nielen, M.M.A., Balkom A.J.L.M., Cath, D. C., Oppen, P., & Uylings, H.B.M., & Veltam, D.J. (2006). Reduced orbitofrontal-striatal activity on a reversal learning task in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(11), 1225-1236.
  55. Rodebaugh, T. L. & Chambless, D. L. (2004). Cognitive Therapy for Performance Anxiety. *Journal of Clinical Psychology*. 60, 809-820

58. Rosa-Alcázar, A., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A. & Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1310–1325.
59. Rosso G, Albert U, Asinari GF, Bogetto F & Maina G. (2012). Stressful life events and obsessive-compulsive disorder: clinical features and symptom dimensions. *Journal of Psychiatric Research*, 197(3), 259-64.
60. Rotge, J.-Y., Guehl, D., Dilharreguy, B., Tignol, J., Bioulac, B., Allard, M., Burbaud, P. & Aouizerate, B. (2009). Meta-analysis of brain volume changes in obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry journal*, 65(1):75–83.
61. Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A., Valiente, R. M. & Olmedo, M. (2008b). Sensibilidad al asco: Concepto y relación con los miedos y los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 13(3), 137-158.
62. Sandín, B., Valiente, R. M., Santed, M. A., Pineda, D. & Olmedo, M. (2013b). Efecto de la sensibilidad al asco sobre los síntomas hipocondríacos: un estudio prospectivo. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. *Revista Iberoamericana de Psicología*. 107, 32–45
63. Saxena, S. & Rauch, S.L (2000) Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 563–586.
64. Seeley, W.W., Menon, V., Schatzberg, A.F., Keller, J., Glover, G.H., Kenna, H., Reiss, A.L. & Greicius M.D. (2007). Dissociable intrinsic connectivity networks for salience processing and executive control. *Journal of Neuroscience*, 27(9), 2349–2356.
66. Shapira, N.A., Liu, Y., He, A.G., Bradley, M.M., Lessig, M.C., James, G.A., Stein, D.J., Lang, P.J. & Goodman, W.K. (2003). Brain activation by disgust-inducing pictures in obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry journal*, 54(7), 751–756.
67. Shear K. (2010). Complicated grief treatment: The theory, practice and outcomes. *Bereave Care*, 29 10-4.
68. Simon, D., Adler, N., Kaufmann, C. & Kathmann, N. (2014). Amygdala hyperactivation during symptom provocation in obsessive-compulsive disorder and its modulation by distraction. *NeuroImage: Clinical Journal*, 4, 549–557.
69. Spielberger, C.D, Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.
70. Virués, J., Moreno R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, (3), 765- 777.
71. Thorpe, S. J., Barnett, J., Friend, K. & Nottingham, K. (2011). The mediating roles of disgust sensitivity and danger expectancy in relation to hand washing behaviour. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(2), 175-190.
72. Yoldascan, E., Ozenli, Y., Kutlu, O., Topal, K. & Bozkurt, A. I. (2009). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Turkish university students and assessment of associated factors. *BMC Psychiatry*, 9, 40-45.
73. Zayfert, C & Black, C. (2008). *Cognitive-behavioral therapy for PTSD: a case formulation approach*. (1ª. Ed.). New York: Guilford Pre

 **Mexican Academy of Health Education A.C. Membership:** Our commitment is to keep professionals and students in training updated in this constantly evolving area. If you are interested in being part of our community and accessing exclusive benefits, the first step is to obtain your membership. Join us and stay up to date with advances in health education.

MEMBERSHIP SUBSCRIPTION IS FREE. Request your membership to the <https://forms.gle/kVYBYRdRnYZff14y9>



SCAN ME