

# ■ Exposición y prevención de respuesta en el caso de una joven con trastorno obsesivo-compulsivo

Juan José Saval Manera  
*Centro Terapéutico Espiral*

## Resumen

El trabajo que se presenta a continuación muestra la evaluación e intervención en el caso clínico de una adolescente con un trastorno obsesivo compulsivo. Se llevó a cabo la evaluación del nivel de ansiedad a través del STAI y se evaluó el tipo y la severidad de las compulsiones con los cuestionarios MOCI e Y-BOSC. La paciente presentaba rituales de comprobación en distintas situaciones. El tratamiento consistió en terapia de exposición y prevención de respuesta y un tratamiento farmacológico de clomina prima. El tratamiento fue llevado a cabo por la paciente con la ayuda de su madre como coterapeuta. Éste se desarrolló a lo largo de 9 meses, y constó de 15 sesiones de una hora. Antes de finalizar el tratamiento la medicación fue retirada por su facultativo. Al terminar el mismo, los rituales de comprobación habían desaparecido casi por completo aunque se mantenían pequeños rituales de limpieza.

*Palabras clave:* experimento de caso único, trastorno obsesivo-compulsivo, adolescente, exposición, prevención de respuesta.

## Abstract

*Exposure and response prevention in a case of a young woman with obsessive-compulsive disorder.* The current study shows the assessment and intervention in a clinical case of a teenager with obsessive-compulsive disorder. The assessment of her anxiety level was carried out using the STAI questionnaire and the type and severity of the compulsions was evaluated with the MOCI and Y-BOCS questionnaires. The patient presents checking rituals in different situations. The treatment consisted of exposure therapy and ritual prevention combined with pharmacological treatment using clomineprime. The treatment intervention was carried out by the patient assisted by her mum as a co-therapist. The treatment was carried out over nine months, and it consisted of fifteen sessions of one hour. Before ending the therapy, the pharmacological medication was redrawn. By the end of the treatment, the checking rituals had almost completely disappeared, except some small cleaning rituals.

*Keywords:* single-case study, obsessive-compulsive disorder, teenager, exposure, response prevention.

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) representa en la actualidad un tema central dentro de la psicopatología. Además de ser uno de los mejores descritos en la literatura científica (Botella y Robert, 1998) ha sido un tema de interés dentro de la psiquiatría infantil y de la adolescencia, en las que la recurrencia de los rituales compulsivos plantea dificultades serias al comportamiento cotidiano, teniendo en cuenta la cronicidad y persistencia del trastorno (Hanna y Hoogduin, 1995). Es importante señalar que algunos niños y adolescentes desarrollan obsesiones y rituales como parte normal del desarrollo. El hecho de que estas conductas generen deterioro en el funcionamiento las excluye de un desarrollo normal y deberán ser objeto de evaluación clínica (Leonard, 1993). A diferencia de los adolescentes, los niños pueden presentar compulsiones sin la percepción de un componente mental, es decir, que puede no acompañarse de obsesio-

nes. Esto puede deberse a la inmadurez cognoscitiva que presentan los niños y que no les permite reconocer sus obsesiones como ideas recurrentes (Geller, 2007).

Aunque la recurrencia de pensamientos percibidos como ajenos y las compulsiones ligadas al alivio del malestar, han contribuido a caracterizarlo como el trastorno de ansiedad más grave. Su gravedad obedece, principalmente, a su complejidad (a menudo se presenta asociado a otros cuadros clínicos como depresión, tics, síndrome de la Tourette, etc.) y la tradicional dificultad que ha tenido su tratamiento (Vallejo, 2001). Por eso es uno de los que causan mayor grado de malestar e incapacidad (Robert, 1997). Dicha incapacidad es especialmente relevante tanto para etapa infanto-juvenil como para la edad adulta, ya que representa un padecimiento con importantes implicaciones en el funcionamiento social, escolar y familiar (Vargas y cols., 2008).

## Correspondencia:

Juan José Saval Manera.

Centro Terapéutico Espiral. Avenida de la Comunidad Valenciana, 7. Local 1. Residencial. CP 03503. Benidorm (Alicante) - España.

E.mail: gabineteespiral@gmail.com

Las características clínicas en niños y adolescentes son similares a las del adulto, excepto por una menor frecuencia de obsesiones en la edad pediátrica. Esto puede deberse a la inmadurez cognoscitiva que presentan los niños y que no les permite reconocer sus obsesiones como ideas recurrentes y que les causen malestar o porque el contenido de las mismas les produce temor (Rapoport, 1992).

Según el DSM V (APA, 2013), este trastorno se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones se definen como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar. Además, el sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes con otro pensamiento o acto. Por su parte, las compulsiones se definen como comportamientos o actos mentales repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesiones o de acuerdo a unas reglas que ha de aplicar de manera rígida. Su objetivo es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso temido. Sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar.

Las obsesiones y compulsiones más comunes, clasificadas por temas, son (Steketee, 1999): *contaminación* (obsesiones sobre sufrir daño o contagiar a otros por contacto que se piensa que son peligrosas con compulsiones de lavarse o ducharse concienzudamente, limpiar las cosas y desinfectarse); *comprobación* (obsesiones sobre dejarse la llave del gas o la puerta de la casa abierta, haber atropellado a alguien con compulsiones de comprobar repetidamente la llave de gas, puertas o aparatos); *autolesión o lesión a otros* (obsesiones sobre tirarse al tren, matar a alguien con compulsiones de pensar repetidamente que no se quiere morir o comprobar que no se ha causado ningún daño); *conducta socialmente inaceptable* (obsesiones sobre preferir o escribir obscenidades o insultos con compulsiones de intentar mantener el control de la conducta o preguntar a otros si uno se comportó adecuadamente); *sexo* (obsesiones sobre órganos sexuales, actos sexuales indeseados con compulsiones de intentar sacar de la mente pensamientos sexuales o pensar en otras cosas); *religión* (obsesiones de pensamientos o imágenes blasfemos o de ser castigado con compulsiones de rezar, buscar ayuda religiosa o confesarse); *acumulación* (obsesiones sobre tirar cualquier cosa valiosas o poco valiosa que puedan necesitarse en el futuro con compulsiones de acumular gran cantidad de objetos); *orden, simetría y/o exactitud* (obsesiones sobre que las cosas estén en el sitio adecuado y/o simétricamente colocadas con compulsiones de ordenar los objetos de una manera determinada, comprobar mirándose o midiendo que las partes son simétricas); *muerte* (obsesiones de imágenes de seres queridos muertos con compulsiones de imágenes de las mismas personas vivas); *somático* (obsesiones de tener una enfermedad con compulsiones de pedir a médicos y amigos que aseguren que no se tiene la enfermedad o auto observarse); *sin sentido* (frases, imágenes, melodías, palabras, etc).

Según el DSM-V se requiere que las obsesiones y compulsiones estén presentes más de una hora al día o interfieran con el funcionamiento diario del individuo. El curso normalmente es crónico, con aumento y disminución de los síntomas y la incapacidad que provoca puede ir de moderada a grave.

Es importante matizar que las compulsiones no se tratan de simples preocupaciones insistentes, generadoras también de malestar, que suelen guardar relación con acontecimientos de la vida diaria del individuo y cuyo contenido puede cambiar de un día para otro. Por el contrario, el contenido de las obsesiones tiene un carácter más estable, aunque varíe entre individuos, y siempre surge de la mente del paciente de manera reiterativa (Foa y Wilson, 1992).

Aunque habitualmente el inicio del TOC suele situarse en la adolescencia, sobre todo en varones, y algo más tarde en mujeres, no es infrecuente su aparición en población infantil (Hemmings y Stein, 2006).

La prevalencia global de este trastorno está alrededor del 2,5% en la población general (Yoldascan, et al., 2009), aunque en torno a un 13% presenta algún síntoma obsesivo-compulsivo que le interfiere en su vida diaria (Fullana et al., 2009, 2010). Dichos síntomas suelen mantenerse estables a lo largo de muchos años (Fullana et al., 2007, 2009). Las obsesiones y compulsiones pueden aparecer en tres momentos: infancia (hasta los 12 años), adolescencia (desde los 13 años hasta los 18); y vida adulta-joven (más de 18 años) (Geller et al., 2001). Estos suelen ser constantes en los diferentes países en donde se han estudiado, con independencia de la cultura o la localización geográfica, y son mayores que los estimados para otras patologías (Kolada, Bland y Newman, 1994). Por otro lado, sólo un 2% dice tener obsesiones sin compulsiones y sólo un 10% de los pacientes señala que sus compulsiones no están relacionadas con las obsesiones (Foa y cols., 1995). En cuanto a la prevalencia del TOC en niños y adolescentes abarca un rango entre el 1% al 4% según varios reportes en otros países, similar que en adultos (Riddle, 1998).

En 1997 Leckman describió cuatro subtipos o factores importantes: 1) obsesiones sexuales, agresivas, religiosas y somáticas con revisión 2) simetría con orden, 3) contaminación con limpieza o lavado y 4) atesoramiento. Por medio de estos factores propuestos por Masi et al. (2005) se observó en un seguimiento de 94 niños y adolescentes, que aquellos que presentan obsesiones de contaminación y compulsiones de lavado presentaban menor gravedad y disfunción que otros subtipos de TOC.

Las intervenciones más eficaces están apoyadas en modelos conductuales o cognitivo-conductuales asociadas, según el caso, a tratamiento farmacológico (James y Blackburn, 1995). Los tratamientos psicológicos van dirigidos a reducir el malestar asociado a las obsesiones mediante técnicas de exposición y, por otra, a disminuir la frecuencia de aparición de actos compulsivos u obsesiones, utilizando técnicas de exposición y prevención de respuesta (Méndez y cols., 2006) y en los que nos basaremos, junto con la prevención de recaídas.

El presente trabajo ofrece un programa mediante un tratamiento de exposición y prevención de respuesta en un trastorno obsesivo compulsivo, con tratamiento farmacológico como coadyudante y que fue llevado a cabo por completo por el paciente, limitándose el papel del psicólogo a la explicación de la técnica, la supervisión de su aplicación y el refuerzo de los logros de la adolescente.

## Descripción del caso

### Identificación del paciente

La paciente es una joven de 18 años, de clase media, soltera y con relación de pareja estable desde hace 3 años. Está estudiando 2º de Bachillerato mientras trabaja como dependiente en una tienda familiar de decoración. Vive en un pueblo de tamaño mediano. Respecto a su familia es hija única. Sus padres están casados, su madre es ama de casa y su padre es comercial. Acude consulta derivada por su psiquiatra por problemas de ansiedad.

Durante la primera entrevista la paciente muestra un aspecto pulcro, aseado y saludable. No presenta dificultades para explicar su problema, aunque aparenta encontrarse en tensión durante su explicación. Acude acompañada de su madre, quien se presta atenta durante toda la entrevista. La interacción entre ambas es buena.

Cuenta que su madre tuvo un embarazo normal y con su propio desarrollo evolutivo adecuado. Expone que tiene una buena relación con su madre aunque la describe como “muy maniática”. Actualmente mantiene una relación normal con su padre pero de pequeña “le tenía miedo porque era muy estricto” y a quien “le gusta tenerlo todo bajo control”. No presenta problemas psicológicos previos, pero su madre tiene problemas de ansiedad. Su padre tiene problemas de epilepsia. Su estado de salud es bueno. No presenta problemas de alimentación ni de sueño.

Verbaliza que tiene “alguna amiga que otra” y que su tiempo libre lo dedica a estudiar, a escuchar música e Internet. Parece tener buenas habilidades sociales. En el instituto y en el trabajo comenta que no tiene problemas con sus compañeros/as pero hace un par de años repitió 3º de la ESO porque “no hacía los deberes”. Es consciente del problema y dice que esto le supone dificultades porque “es un secreto para mis amigas, ninguna lo sabe” y “me gustaría quitarme estas manías que tengo y así poder tener más amigos, porque no los voy a poner ocultas siempre, pueden ir a más y me da vergüenza que la gente se entere”.

Actualmente lleva casi cuatro meses en tratamiento farmacológico con el antidepresivo tricíclico clomipramina (Anafranil 1-0-1) del que no sufre efectos secundarios. La medicación ha reducido la frecuencia de sus obsesiones pero no las ha conseguido erradicar por completo. No ha recibido previamente tratamiento psicológico.

### Motivo de consulta

En la actualidad presenta distintos rituales de comprobación que aparecen en su casa (piso y/o chalet) y en el coche. El nivel de perturbación y ansiedad es elevada, pues las comprobaciones son reiteradas y éstas implican actividades diarias y vitales para la paciente. Dice que “tiene muchas manías”. Indica que si las puertas de su casa o chalet están abiertas, las va cerrando. Según dice “le doy fuerte, a veces incluso me hago daño”. Le ocurre lo mismo con las luces y grifos. Para ello, realiza un recorrido donde comprueba que las luces, puertas y grifos están apagados o bien cerrados. Desde hace unos meses comprueba varias veces si lleva todo lo necesario en el bolso (móvil, monedero, llaves, etc.), también lo hace cuando lo guarda en la taquilla de su trabajo y del instituto. Cuando era pequeña, no recuerda a qué edad, recuerda estar en una casa sola y “que pasó mucho miedo”.

Desde que obtuvo el carnet de conducir hace unos seis meses también realiza una serie de rituales en el coche, dice que “le doy vueltas para confirmarlo”: cuando lo aparca comprueba que las ventanillas están subidas, que están todas las puertas bien cerradas a pesar de tener cierre centralizado, comprueba que las luces estén apagadas, el freno de mano echado y el volante bloqueado. Además, cuando conduce piensa que “me pueden pasar cosas” y que cuando ve animales o gatos “pienso que se me puede cruzar un animal y me da mucha ansiedad, lo paso fatal” estas se pueden catalogar como obsesiones de violencia física hacia sí u otro por parte de uno mismo (Steketee, 1999). A pesar de esto no evita coger el coche. Estas verificaciones, al igual que las anteriores, las suele realizar varias veces seguidas hasta que se queda tranquila.

A pesar de que nunca se ha quedado dormida tiene tres despertadores en su habitación, les pide a sus padres que los comprueben cada noche. También comenta que todos los días se ducha dos veces porque “le gusta”.

Hace 5 años aproximadamente se dejó una puerta de su casa y su padre le “echó la bronca”. Desde entonces, no recuerda un momento de no hacerlo. Describe a su padre como “superperfeccionista y muy estricto, de pequeña se enfadaba muchísimo y constantemente me

caían broncas”. Él siempre dice que “la vida es una organización” pero ahora está todo bien. A su madre la describe como “maniaca de la limpieza”. Hace tres años tuvo una temporada de “mucho ansiedad” por los estudios, lloraba y le daba mucha importancia de que todo saliera bien, ahora eso está controlado y ya no le pasa.

### Evaluación del caso

Se llevó a cabo a lo largo de dos sesiones, donde se utilizaron los siguientes instrumentos:

- *Historia Personal. Cuestionario Biográfico* (Pastor y Sevilá, 1995). Es un autoinforme en el que, siguiendo un esquema basado en el Análisis Funcional, se recoge toda la información relevante sobre las conductas-problema. Esto se llevó a cabo con el objetivo profesional de formular un diagnóstico, un pronóstico y un plan de tratamiento.
- *Inventario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo para adolescentes y adultos* (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1981). Está constituido 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 adaptación utilizada en este estudio presenta unos coeficientes de fiabilidad con un alfa de Cronbach de entre 0.83 y 0.92.
- *Inventario de obsesión-compulsión Yale Brown* (Y-BOCS; Scahill et al., 1997). Está formado por 10 ítems, 5 sobre obsesiones y 5 sobre compulsiones. Éstos son valorados de 0 (no síntoma) y 4 (sintomatología severa). Los índices de Cronbach de fiabilidad oscilan entre 0.60-0.90.
- *Inventario de Obsesión-Compulsión de Maudsley* (MOCI; Hodgson y Rachman, 1977). Se trata de un cuestionario autoaplicado de 30 ítems con respuesta tipo verdadero/falso. Con una duración de unos 15 minutos aproximadamente. Se puede obtener información de cuatro áreas distintas: comprobación, limpieza, enlentecimiento y duda, así como una puntuación global. Los índices de Cronbach para las subescalas oscilan entre 0.7 y 0.8.
- *Registro de conductas de comprobación*. Se le pidió al paciente que anotase la frecuencia, latencia, situación y grado de malestar que le producen las obsesiones para tener un control de los mismos, y registros donde se lleva un recuento de los pensamientos y poder trabajar distintos pensamientos alternativos.

### Análisis topográfico y funcional

Siguiendo los criterios del DSM-V, la paciente presenta un trastorno obsesivo-compulsivo. Su origen puede explicarse por la influencia que ésta tuvo en la etapa de preadolescencia debido a una exposición inadecuada de situaciones que hoy le provocan continuas comprobaciones. Como consecuencia ha desarrollado una ansiedad y preocupación excesiva acerca de numerosas comprobaciones (que estén bien cerrada las puertas, los grifos, la luz, llevar todo lo necesario en el bolso, etc.). Además, la paciente creció con un control parental muy estricto, meticuloso y muy organizado.

Estas variables de predisposición junto a una serie de acontecimientos estresantes (bronca por dejarse una puerta de casa abierta, dejarse el móvil en casa...) le han llevado a reaccionar a estímulos estresantes de una forma excesiva. Aunque en un principio su reacción fue adecuada, el paso del tiempo y el aumento de la ansiedad

supusieron una asociación entre los pensamientos obsesivos y la intensidad hacia las respuestas. Lo que le ha provocado a sobreaprender rituales de comprobación.

Actualmente y debido a los rituales de comprobación los niveles de ansiedad se reducen, aunque en un período de tiempo determinado a nivel cognitivo, emocional, fisiológico y conductual. Además, permuta a lo largo del tiempo como un reforzamiento negativo, pues los razonamientos internos se han convertido en algo encubierto para lo demás. Las variables de mantenimiento están contribuyendo a la permanencia de los estímulos temidos y, como consecuencia a los rituales de comprobación mediante el mismo proceso de reforzamiento.

Por último, siguiendo la clasificación diagnóstica del DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) se estima que: En el Eje I: F42 Trastorno Obsesivo-Compulsivo [300.3]; Eje II: Z03.02 Ningún diagnóstico [V71.09]; Eje III: Ninguno; Eje IV: Ninguno y Eje V: EEAG= 50.

El pronóstico es favorable gracias a su motivación y al hecho de que nunca hay intentado una terapia de exposición y prevención de respuestas. Con toda esta información se propuso que la hipótesis para el tratamiento farmacológico y psicológico (EPR) tendrá un buen alcance terapéutico si las obsesiones en las que se debe trabajar aparecen como compulsiones, motoras o mentales, y la paciente asume los distintos factores estresantes como mantenimientos de las conductas problemáticas.

### Aplicación del tratamiento

El tratamiento elegido fue la exposición con prevención de respuesta. Esta técnica consiste en el enfrentamiento, deliberado y voluntariamente, al objeto o idea temida, ya sea directamente o a través de la imaginación (Gavino, 2008; Vallejo, 2001). Además, la paciente fue alentada a evitar sus rituales con apoyo y medio propuestos por el profesional. Hay que destacar que, tal como se ha especificado anteriormente, la paciente utilizó como coadyudante un tratamiento farmacológico.

El tratamiento tuvo una duración total de 15 sesiones de una hora, a lo largo de ocho meses. Las sesiones de la 1 a las 12 se llevaron a cabo con una periodicidad de 15 días, mientras que la 13, 14 y 15 tuvieron una periodicidad de 1 mes. La aplicación del tratamiento se dividió en tres fases: En la primera sesión de la primera fase, se llevó a cabo una entrevista clínica donde se recogió información sociodemográfica de la paciente, el motivo de consulta, antecedentes y toda aquella que se consideró necesaria. En la segunda sesión, y teniendo una idea del problema de la paciente se le administró tres cuestionarios (STAI, Inventario de Obsesión-Compulsión de Maudsley e Inventario de obsesión-compulsión Yale Brown). La tercera se dedicó a explicar a la paciente y a su madre los resultados de la evaluación. También se le explicó el papel adaptativo de la ansiedad y la forma de manifestarse (fisiológica, motora y cognitivamente). Además, se le explicó el papel de la evitación y los rituales de comprobación que mantenían el problema. En la cuarta sesión se llevó a cabo la presentación del tratamiento de técnica de exposición y prevención de recaídas, asegurándonos en todo momento que comprendía, a través de ejercicios y ejemplos, en qué iban a consistir los diferentes pasos del tratamiento. Por último, para terminar esta primera fase, en la quinta sesión, se realizó con la colaboración de la paciente y de su madre una jerarquía de situaciones de exposición para los tres problemas ansiógenos que presentaba. Además, se le explicó a la madre su papel de coterapeuta que consistía en reforzar los logros y no reforzar las dudas y ayudar a planificar las sesiones de exposiciones.

La segunda fase consistió en la puesta en marcha del tratamiento, donde se pactó una frecuencia de exposición diaria. En la sexta sesión

y con la ayuda de la jerarquía, se acordaron las tareas para la exposición. Se llevó a cabo una exposición por imaginación en la consulta (trabajando: la situación del bolso, del coche y de las puertas, cada una de ellas por separado y apuntando en un registro el nivel de ansiedad producida). Ésta debía de ser empezada por el objetivo 1 de la primera jerarquía y se pasaba al siguiente objetivo siempre y cuando la ansiedad no fuera superior a 2 (en una escala de 0 a 10: donde 0 era nada de ansiedad y 10 muchísima ansiedad). Además, la prevención de respuesta que consistió en ir reduciendo las comprobaciones y así poder ir eliminando las variables de mantenimiento. Una vez realizada la exposición, según estaba marcada en la jerarquía, la paciente debía de anotar el nivel de ansiedad estimada en cada uno de los objetivos superados. Durante la séptima a la décima sesión se llevó a cabo tareas de reforzamiento, revisión de las tareas, aclaramiento de las dificultades que surgían en el día a día.

La tercera fase del tratamiento consistía en la prevención de recaídas y seguimiento. Ésta fue llevada de la undécima a la decimocuarta sesión, en las que se trabajaron situaciones de riesgos y ensayos en imaginación de afrontamiento. Cabe destacar justo en este momento del tratamiento el psiquiatra vio oportuno a eliminar progresivamente el tratamiento farmacológico debido a la disminución de la tasa de ansiedad por parte de la paciente.

Para finalizar el tratamiento, se volvió a administrar los tres cuestionarios del principio y así, observar y valorar la evolución del problema y el éxito del tratamiento.

La intervención fue llevada a cabo por un psicólogo especializado en niños y adolescentes con experiencia en el campo de 10 años y como coterapeuta a la madre de la adolescente a quien se le proporcionaron, al igual que a la paciente, instrucciones escritas que resumían la información facilitada en las sesiones. Además, se facilitó un número de contacto al que podían llamar cuando surgiesen dificultades y no pudiera solucionarlo por ella misma.

Tabla 1. Cronograma

Sesión	Contenido
1	Evaluación
2	Evaluación Pretest
3	Hipótesis
4	Presentación de EPR
5	Elaboración de la jerarquía
6	Exposición
7	Exposición
8	Exposición
9	Exposición
10	Exposición
11	Prevención de recaídas
12	Prevención de recaídas
13	Seguimiento
14	Seguimiento
15	Evaluación Postest

## Resultados

En la Figura 2 se muestran los resultados obtenidos en el STAI. En este caso obtuvimos dos valores: Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo, tanto en el pretest como en el postest. Se puede observar que en el pretest la paciente tenía niveles (centiles) de Ansiedad-Rasgo de 96 y Ansiedad-Estado de 85. Una vez aplicado el tratamiento y, después de 6 meses, se volvió a administrar dicho inventario obteniéndose puntuaciones bastante inferiores con respecto al principio con un 25 para la Ansiedad-Rasgo y un 20 para Ansiedad-Estado. Llegados a este punto, tras el periodo de intervención, los niveles de ansiedad habían disminuido considerablemente.

Figura 2. Resultados pretest y postest del State-Trait Anxiety Inventory

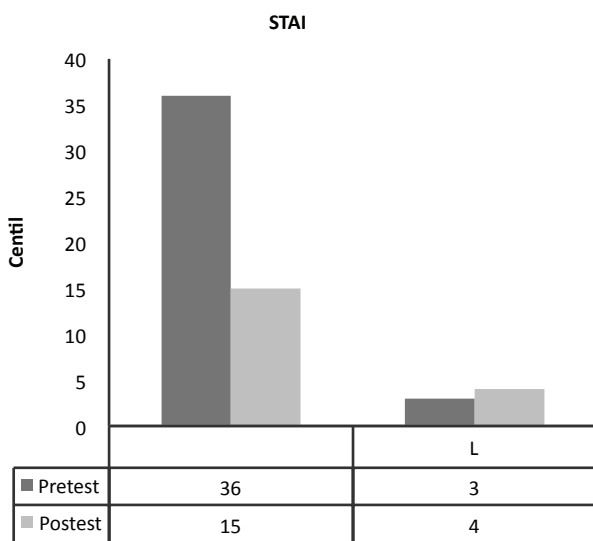
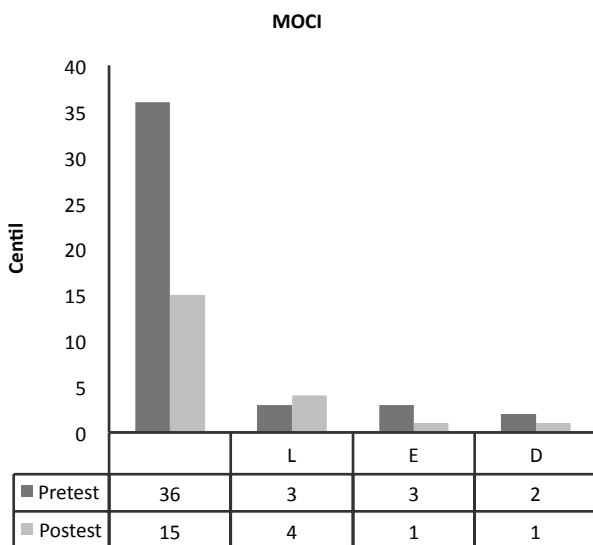
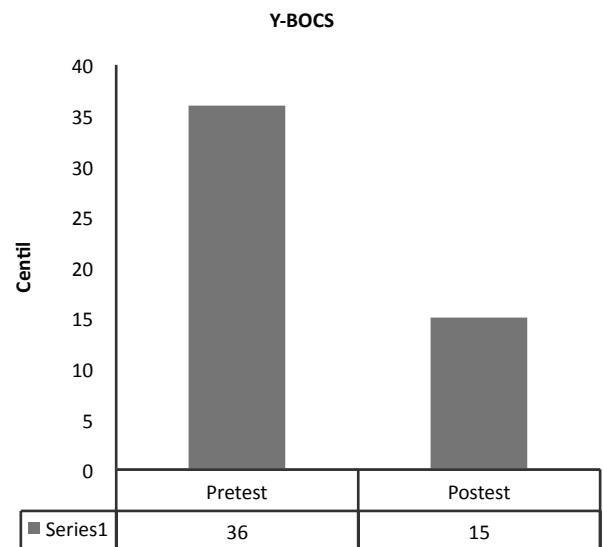


Figura 3. Resultados pretest y postest Inventario de Obsesión-Compulsión de Maudsley



En segundo lugar, se recopilaron los datos de los resultados del Inventario de Obsesión-Compulsión de Maudsley (Figura 3). Se evaluaron cuatro dimensiones: compulsiones (C), limpieza (L), enlentecimiento (E) y duda (D). Se observa que las distintas categorías que este inventario recoge: compulsiones, limpieza, enlentecimiento y duda obtuvieron puntuaciones de 7, 3, 3 y 2 en el pretest y, en el postest, puntuaciones de 2, 4, 3, y 1, respectivamente. En todas las categorías las puntuaciones fueron inferiores una vez finalizada la intervención, a excepción de la categoría de limpieza donde se produjo un aumento. En este último caso, se ha de matizar que la paciente empezó a tener obsesiones de limpieza “me ducho dos veces al día, pero porque me gusta”.

Figura 4. Comparación pretest - postest en las puntuaciones del Inventario de obsesión-compulsión Yale Brown



En la Figura 4 se muestran los resultados del Inventario de obsesión-compulsión Yale Brown (Y-BOCS). De la misma forma que en los cuestionarios anteriores, se muestran los datos del pre y postest. Compuesto por dos categorías de obsesiones y compulsiones, aunque en este caso los resultados se muestran de forma global.

Por último, los datos que muestra el inventario C-BOCS siguen la línea de descenso de los anteriores cuestionarios en cuanto a los rasgos obsesivos-compulsivos. Donde en primer lugar (pretest) obtuvo una puntuación de 36 y, al terminar el tratamiento de intervención la puntuación descendió hasta 15 (postest).

## Discusión y conclusiones

La hipótesis de partida fue que la utilización del tratamiento de exposición y prevención de respuesta (EPR) junto con el tratamiento farmacológico ayudaría a disminuir las compulsiones, motoras o mentales. Esto ha sido comprobado en distintos factores que están relacionados con la eficacia del tratamiento que ha sido relativamente amplio en el caso de la EPR (Hollander y cols., 2007). Ésta ha sido corroborada a lo largo de este trabajo. Ya que los resultados obtenidos muestran una disminución de la tasa de ansiedad y del número de compulsiones y obsesiones llevadas a cabo como se pueden observar en los datos que se muestran en el apartado análisis de datos. En este caso, habría que destacar que hubo un aumento en las compulsiones de limpieza y que deberán ser tratadas a lo largo de seguimiento, pues



aunque todavía no siguen siendo psicométricamente estadísticas, podrían afectar a la evolución positiva de la paciente.

Cabe destacar que el éxito de la intervención se debe, en parte, al mantenimiento de las pautas terapéuticas y, teniendo en cuenta que otros autores (Cruzado, 1997) plantean que entre un 40-50% de pacientes, aun habiendo mejorando la sintomatología problema, siguen teniendo problemas para alcanzar una reducción total de los síntomas, es crucial el seguimiento durante al menos un año. En este caso, el seguimiento se está realizando con una consulta al mes desde Julio de este año y que se postergará hasta Julio del 2012, siempre y cuando no surjan otros problemas que sean necesarios tratar de inmediato.

Se ha de matizar que se consiguió una reducción progresiva e importante de las conductas de evitación y de las compulsiones relacionadas con la comprobación de las puertas, grifos y luces de su casa, llevar todo lo necesario en el bolso y, el ritual de comprobaciones que hacía en el coche con la mínima participación del terapeuta, la ayuda de un coterapeuta (como mínimo) y una alta motivación de la paciente.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo habría que matizar que estaba pendiente realizarse medidas de seguimiento, que permitiría valorar los resultados a largo plazo. Además, destacar el desarrollo de rituales de limpieza que fueron consecuencia de la disminución las comprobaciones y que, como se ha comentado, deberán ser tratadas para evitar un empeoramiento del trastorno obsesivo-compulsivo.

En futuros estudios clínicos o de caso único sería conveniente analizar las peculiaridades, dificultades y novedades que surgen a lo largo de un tratamiento sin parte farmacológica al igual que sin coterapeuta, siendo el paciente el único sujeto que llevara a cabo y aplicara la exposición.

Artículo recibido: 03/09/2014

Aceptado: 26/11/2014

## Referencias

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-V)* (2013). Washington: American Psychiatric Association.
- Apler, A., Fallo, T. y King, R. (1996). Obsessive-compulsive characteristics: from symptoms to syndrome. *Children and Adolescent Psychiatry*, 35, 907-912
- Bados, A. (2009). Trastorno Obsesivo-compulsivo. *Departament de personalitat, avaluació i tractament psicològics*. Universitat de Barcelona.
- Botella, C. y Robert, C. (1998). *El trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: McGraw-Hill.
- Dengrove, E. (1993). Pensamiento obsesivo. *Manual de casos de terapia de conducta*. Bilbao: DDB.
- Foa, E. B. y Wilson, R. (1992). *Venza sus obsesiones*. Barcelona: Ediciones Robinbook.
- Foa, E. B., Steketee, G. S. y McCarthy, P. R. (1993). Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behavior therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 279-292.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jemike, M. y Ramussen S. (1995). Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 90-94.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Lewitt, J. y Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 594-602.
- Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., y Harrington, H. (2009). *Obsessions and Compulsions in the Community: Prevalence, Interference, Help-Seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions*. *American Journal of Psychiatry*, 166, 329-336.
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Taberner, J., Torrubia, R. y Mataix-Cols, D. (2007). Temporal stability of obsessive-compulsive symptom dimensions in an undergraduate sample: a prospective 2-year follow-up study. *Behavior Modification*, 31, 815-824.
- Fullana, M. A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., de Graaf, R., Demyttenaere, K.,...ESEMED/MHEDEA 2000 investigators (2010). Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*, 124, 291-299.
- Gavino, A. (2008). *El trastorno obsesivo-compulsivo. Manual práctico de tratamientos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Geller, D. (2007). Examining the relationship between obsessive-compulsive disorder and attention deficit disorder in children and adolescents. *Children and Adolescent Psychiatry*, 16, 316-321.
- Hanna, G. L. y Hoogduin, V. (1995). Demographics and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 19-27.
- Hemmings, S. y Stein, D. (2006). The current status of association studies in obsessive compulsive disorders. *Psychiatry Clinic*, 29, 411-444.
- Hodgson, R. J. y Rachman, S. J. (1997). *Maudsley Obsessional Compulsive Questionnaire (MOCI)*. New Jersey: Prentice Hall.
- Hollander E., Zohar J., Sirovatka, P. y Regier, D. (2007). Obsessive compulsive spectrum disorders. Refining the Research Agenda for DSM -V. Recuperado de: <http://books.google.es>.
- James, I. A. y Blackburn, I. (1995). Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 166, 444-450.
- Jenike, M. A. (1999). *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. Chicago: Year Book Medical Publishers.
- Jenike, M. A. (2001). An update on obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65, 4-25.
- Kolada, J., Bland, R. y Newman, S. (1994) Obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 24-35.
- Leckman, J. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 911-917.
- Leonard, H. (1993). Obsessive-compulsive disorder children and adolescents. *Children and Adolescent Psychiatry*, 50, 429-439.
- Masi, G., Millepiedi, S. y Mucci, A. (2005). A naturalistic study of referred children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Children and Adolescent Psychiatry*, 44, 673-668
- Sevillá, J. y Pastor, C. (2006). Tratamiento de un trastorno obsesivo-compulsivo en un adolescente. En F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (Coords.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos* (131-151). Madrid: Pirámide.
- Ortega, J. y Moreno, R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavior clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 765-777.
- Pastor, C. y Sevillá, J. (1995). *Cuestionario Autobiográfico*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Rapoport, J. L. (1992). Childhood obsessive compulsive disorder. *Journal Clinical Psychiatry*, 53, 6-11.
- Riddle, M. (1998) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescent. *Journal of Clinic Psychiatry*, 173, 91-96
- Robert, C. (1997). La autoexposición y prevención de respuesta en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo con rituales de comprobación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 83-96.

- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K.,...Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 844-852.
- Steketee, G. (1999). *Overcoming obsessive compulsive disorder: A behavioral and cognitive protocol for the treatment of OCD*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1981). *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. TEA Ediciones, S.A., Madrid.
- Vallejo, M. A. (2001). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 337-353). Madrid: Pirámide.
- Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., McKeorn, R. E. y Addy, C. L. (1994). Frequency obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescent. *Journal of Clinic Psychiatry*, 33, 782-92.
- Vargas, L. A., Palacios, L., González, G. y De la Peña, F. (2008). Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Una actualización. Segunda parte. *Salud Mental*, 31, 283-289.
- Yoldascan, E., Ozenli, Y., Kutlu, O., Topal, K. y Bozkurt, A. I. (2009). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Turkish university students and assessment of associated factors. *BMC Psychiatry*, 9, 40-45.

