

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Trabajo Final Integrador

El trastorno obsesivo compulsivo desde el modelo estratégico MRI

Autor: Antonella Perrier

Tutor: Nora Gelassen

Índice

1	Introducción.....	3
2	Objetivos.....	3
2.1	Objetivo General.....	3
2.2	Objetivos Específicos.....	3
3	Marco Teórico.....	4
3.1	Trastorno obsesivo compulsivo.....	4
3.1.1	Criterios Diagnósticos.....	7
3.1.2	Bases neurobiológicas.....	8
3.1.3	Tratamiento psicofarmacológico.....	8
3.2	Teoría Sistémica.....	9
3.2.1	Modelo Estratégico MRI.....	12
3.2.2	Conceptos fundamentales.....	14
3.2.2.1	El problema.....	14
3.2.2.2	La cuestión del cambio.....	15
3.2.3	Intervenciones.....	16
4	Metodología.....	18
4.1	Tipo de estudio.....	18
4.2	Participante.....	19
4.3	Instrumentos.....	19
4.4	Procedimiento.	20
5	Desarrollo.....	20
5.1	La conducta problema y el circuito de auto perpetuación.....	20
5.2	Intervenciones terapéuticas desde el modelo estratégico MRI.....	24
5.3	Cambios obtenidos a partir del tratamiento.....	29
6	Conclusiones.....	31
7	Referencias Bibliográficas.....	35

1 Introducción.

El presente trabajo se llevó a cabo en el marco de la práctica y habilitación profesional que se realizó en un centro privado de psicoterapia ubicado en Capital Federal. Esta institución parte de una visión integral de la persona que busca incluir al núcleo familiar y social en el cuidado de la salud mental a partir del modelo de Terapia Focalizada en la Resolución de Problemas, específicamente el modelo sistémico estratégico del Mental Research Institute (MRI). El centro está formado por un equipo de más de 350 profesionales entre ellos psicólogos y psiquiatras. Además cuenta con formación interna tanto para sus integrantes como para personas externas.

La práctica en esta institución ofrece la posibilidad de presenciar admisiones y sesiones en Cámara Gesell de diferentes formatos, asistir a reuniones de supervisión de casos clínicos tanto de niños como adultos, asistir a reuniones del equipo de Terapia Dialectico Conductual (DBT) y participar de un espacio llamado Videoteca, donde se muestran videos de diferentes casos clínicos los cuales luego se debaten. El tema que se ha elegido para el abordaje de este trabajo es fruto de la participación en este espacio. También se realizan diversas tareas como la digitalización y desgrabación de videos de sesiones y armado de informes de los terapeutas.

2 Objetivos.

2.1 Objetivo General.

Describir el tratamiento psicoterapéutico de una paciente de 30 años que consulta por un trastorno obsesivo compulsivo (TOC) llevado a cabo en un centro privado desde el modelo estratégico MRI.

2.2 Objetivos Específicos.

- Describir la conducta problema y el circuito de auto perpetuación de la misma.
- Describir las intervenciones llevadas a cabo por el terapeuta durante el tratamiento desde el modelo estratégico MRI.
- Describir los cambios producidos en la conducta problema luego del tratamiento.

3 Marco Teórico.

3.1 Trastorno obsesivo compulsivo

En 1838 Esquirol definió por primera vez el cuadro como un síndrome caracterizado por la presencia de ideas, imágenes o sentimientos recurrentes, que se acompañan de una sensación subjetiva de compulsión y del deseo de restringirlas. Reconoció en los pacientes obsesivos una percepción del evento intrusivo como extraño y ajeno a su propia personalidad. En sus descripciones de Mademoiselle hizo mención a una actividad involuntaria en la que el individuo se halla encadenado a acciones que no provienen ni de su razón ni de su emoción y, que no puede suprimir voluntariamente. El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es descrito con dicho nombre a partir de los años 1970 (Huertas, 2014).

En la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2013) el TOC deja de estar incluido dentro de los trastornos de ansiedad y pasa a formar parte de una nueva categoría: Trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos relacionados. Se lo clasificó en un capítulo contiguo al de los trastornos de ansiedad ya que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) reconoce su componente ansioso pero al mismo tiempo lo diferencia por su expresión clínica. Tanto el DSM-V como la CIE-11 reconocen que la psicopatología nuclear en el TOC es la compulsión y no la ansiedad. Las diferencias entre este trastorno y los trastornos de ansiedad se dan tanto a nivel fenomenológico como neurobiológico (Lozano-Vargas, 2017).

En el nuevo capítulo, además del apartado de TOC se añaden dos cuadros clínicos nuevos. Por un lado el trastorno de acumulación que en la versión anterior del manual (DSM IV TR) era solo un síntoma del TOC y el trastorno de excoiación. Por otro lado se incluyen el trastorno dismórfico corporal y la tricotilomanía que anteriormente se encontraban en el apartado de trastornos de somatización y control de los impulsos (Berrío García & Restrepo, 2017).

Según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), el TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y que generan malestar importante. Las compulsiones son conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente. El objetivo de estos es disminuir la ansiedad, el malestar o evitar alguna situación temida. Pueden ser actos mentales como contar, rezar, repetir palabras o frases y formar contraimágenes o motores como lavados de manos o comprobaciones (Sanz Vellosillo, 2015).

El contenido específico de las obsesiones y compulsiones varía entre los individuos pero hay ciertas dimensiones de los síntomas del TOC que son comunes, como los síntomas de limpieza (obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza), la simetría (obsesiones de simetría y repetición, compulsiones de contar y de orden) y los pensamientos tabú o prohibidos (American Psychiatric Association, 2013).

Siguiendo a Vallejo (2006), algunos de los temas que se pueden encontrar en el contenido de las obsesiones son temas de pureza y protección corporal, fundamentalmente con ideas acerca de la contaminación y limpieza; temas de protección ante peligros interiores o exteriores tales como pensamientos catastróficos y dudas que llevan a comprobaciones cuya finalidad es prevenir desgracias; temas de orden y simetría que llevan al sujeto a dedicar gran parte de su tiempo a programar, organizar y verificar; finalmente se pueden mencionar los temas de precisión y completitud que se manifiestan como insatisfacción con el propio aspecto, los afectos o capacidades intelectuales o laborales.

Las obsesiones pueden surgir a partir de estímulos ambientales o sin la intervención de disparadores externos. Estas obsesiones suelen estar acompañadas por un temor irracional a que un hecho catastrófico tendrá lugar si no se realizan ciertas acciones. Estas acciones forman parte de los rituales compulsivos que la persona lleva a cabo con el objetivo de evitar esos hechos catastróficos y para reducir la ansiedad y el estrés generado por los pensamientos obsesivos. El rango de severidad del trastorno es amplio, de manera que la interferencia con el funcionamiento cotidiano del individuo puede variar y su presencia deteriora significativamente la calidad de vida de los pacientes que lo sufren (Abramowitz & Jacoby, 2014).

Las obsesiones y compulsiones características del TOC se ven a menudo como un bucle de retroalimentación negativa que es extremadamente difícil de romper. Las compulsiones se vuelven reforzadas y fijas debido al aspecto de reducción de la tensión de estos comportamientos aprendidos (Sanz Velloso, 2015).

Es importante analizar el grado de incapacitación que produce el trastorno en el ámbito de las relaciones sociales tanto en el ámbito laboral como familiar. Hay pacientes que se encuentran socialmente adaptados ya que logran apaciguar los síntomas, hay quienes aun teniendo síntomas de grado leve se adaptan socialmente; pacientes que a pesar de que sus síntomas han mejorado no se adaptan y otros cuyos síntomas se van agravando y son incapacitantes en su totalidad (Vallejo, 2001).

Debida a la relativa edad precoz del inicio del TOC unido a que tiende a ser un trastorno de naturaleza crónica, es muy común que el paciente presente otro trastorno asociado en el momento de la consulta y a lo largo de su vida. Bados (2005) señala que gran parte de los pacientes con TOC poseen problemas asociados con el trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica, fobia social, trastorno bipolar y perturbaciones del sueño, etc. La depresión es el trastorno asociado más frecuente; del 23% al 38% de los pacientes con TOC presentan algún trastorno depresivo y cerca del 70% lo han padecido en algún momento.

Estudios realizados en los Estados Unidos han establecido que las tasas de comorbilidad en el caso del TOC son de 2 a 8 veces más altas al compararlas con el resto de trastornos en la población general del país (Murphy et al., 2013).

Según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), la prevalencia de dicho cuadro a nivel internacional es de 1,8 % con mayor afección en mujeres que hombres mientras que durante la infancia los varones se ven más afectados. En América Latina es de 1,4% en mujeres

y del 1% en hombres. De acuerdo con estas tasas, se estimaba para el año 2010 que más de 360.000 personas padecían este trastorno en la Argentina (Ministerio de Salud, 2010). Normalmente el inicio de la sintomatología suele ser gradual aunque también se ha observado la aparición aguda.

Las consecuencias del TOC no se limitan a la vida personal de quien lo sufre, sino que también se extienden a la familia y a sus allegados. En muchos casos los familiares o amigos adaptan su conducta a las obsesiones y compulsiones del paciente manteniendo el trastorno.

Cualquier reacción de la familia ante la conducta patológica del paciente, ya sea una cooperación o una oposición, contribuye a la exacerbación de la patología. Es común, por ejemplo, que se espere a que la persona termine sus rituales, incluso modificar la rutina familiar, participar en las compulsiones y permitir que alguien se encargue de las responsabilidades que el paciente no puede afrontar por efecto del trastorno (Bados López, 2005).

3.1.1 Criterios Diagnósticos

Según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) los criterios para diagnosticar el trastorno obsesivo compulsivo son:

A) Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas (detalladas anteriormente)

B) Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (ocupando más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C) Los síntomas obsesivos compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o a otra afección médica.

D) La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (por ejemplo, preocupaciones excesivas como en el trastorno de ansiedad generalizada o preocupaciones por el aspecto como en el trastorno dismórfico corporal). Por otro lado se debe especificar si:

- Con introspección buena o aceptable: el sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo compulsivo son claramente o probablemente no ciertas, o que pueden ser ciertas o no.

- Con poca introspección: el sujeto piensa que las creencias del trastorno obsesivo compulsivo son probablemente ciertas.

- Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: el sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo compulsivo son ciertas.

3.1.2 Bases neurobiológicas

Los circuitos afectados en el TOC son aquellos que gobiernan la toma de decisiones, el procesamiento emocional y la función motora voluntaria (Torres Diaz, Ezquiaga, Garcia Camba & Garcia de Sola, 2014).

La etiopatogenia del TOC continua siendo desconocida, sin embargo diversos estudios han demostrado en las personas que sufren este trastorno evidencia de alteraciones estructurales que incluyen anormalidades en regiones cortico estriado tálamo corticales. Se han encontrado alteraciones en regiones frontales (aumento de la materia gris en la circunvolución frontal media) y subcorticales (aumento de la materia blanca en el pallidum). También se han encontrado afectadas regiones temporo parietales con una alta correlación con la gravedad de los síntomas del TOC (disminución de la materia gris en el lóbulo parietal superior y de la materia blanca en las circunvoluciones temporales angular y superior). Las alteraciones encontradas pueden estar asociadas con síntomas predominantes en el TOC, como dificultades en el control inhibitorio (pallidum, giro angular), función ejecutiva (circunvolución frontal media), verificaciones compulsivas (circunvolución temporal superior) y déficit visual espacial (lóbulo parietal superior) (Gonçalves et al., 2017). En cambio, los síntomas en los trastornos ansiosos estarían relacionados con disfunciones en la amígdala y corteza prefrontal (Lozano-Vargas, 2017).

El hallazgo más replicado es la presencia de una hiperactividad basal de la corteza orbitofrontal que tiende a reducirse en respuesta al tratamiento y a aumentar durante la provocación de síntomas (Sanz Velloso & Fernandez Cuevas, 2015).

3.1.3 Tratamiento psicofarmacológico

Los tratamientos psicofarmacológicos que han demostrado mayor eficacia para la remisión de la sintomatología del TOC son los que incluyen inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y la clomipramina, el único de los antidepresivos tricíclicos que ha demostrado su eficacia en pruebas con pre y post test (Rosa-Alcázar, Iñiesta-Sepúlveda & Rosa-Alcázar, 2013).

La clomipamina tiene una potente acción serotoninérgica y fue el primer fármaco en demostrar mayor eficacia para este tratamiento. Pero por su mayor incidencia de efectos anticolinérgicos y sedativos y por el potencial riesgo cardiotoxico, los ISRS se han convertido en

el tratamiento de primera línea demostrando una eficacia similar entre ambos. Los ISRS más utilizados para el tratamiento del TOC son la fluoxetina, fluvoxamina, sertralina y paroxetina. La falta de respuesta a un ISRS no implica una falta de respuesta a otro compuesto del mismo grupo (Sanz Velloso, 2015).

Las dosis recomendadas son las siguientes: Fluoxetina 40-80 mg/d, Fluvoxamina 200-300 mg/d, Paroxetina 40-60 mg/d, Sertralina 200 mg/d, Citalopram hasta 40 mg/d y Escitalopram 20-40 mg/d. Todos los ISRS, excepto citalopram y escitalopram, han sido aprobados para el tratamiento del TOC por la Food and Drug Administration de Estados Unidos (Torres Diaz, Ezquiaga, Garcia Camba & Garcia de Sola, 2014).

El citalopram (antidepresivo e inhibidor de receptación de serotonina) tiene efectos inmediatos en los circuitos neuronales implicados en el TOC y en la ansiedad asociada. Por otro lado, las benzodiazepinas son útiles para disminuir la ansiedad pero no inciden en el núcleo obsesivo del trastorno (Vega Dienstmaier, 2016).

Los ISRS producen respuesta satisfactoria en un 40-60% de los casos con una reducción clínicamente significativa que es improbable que ocurra dentro de las primeras 6 a 12 semanas, por lo que es importante conocer todas las alternativas. Para los pacientes que son resistentes al tratamiento con agentes de primera línea se pueden utilizar otras intervenciones tales como la combinación de un ISRS con un antipsicótico. Estudios indican la eficacia de la risperidona y haloperidol. Se recomienda aguardar al menos 3 meses de tratamiento con ISRS con dosis máximas tolerables para el paciente antes de agregar el antipsicótico (Vega Dienstmaier, 2016).

3.2 Teoría Sistémica

La psicología sistémica tiene sus raíces teóricas en la teoría general de los sistemas de Bertalanffy, la cibernética y la teoría de la comunicación de Watzlawick (Ariso, 2012).

En cuanto a la teoría general de los sistemas, Von Bertalanffy (1968) sostiene que el problema de los sistemas es fundamentalmente el problema del procedimiento analítico en ciencia. El proceder analíticamente implica que para conocer una entidad es posible considerar sus partes unidas de una manera determinada y a partir de allí poder reconstituirla tanto material como conceptualmente.

Este conjunto de elementos interrelacionados es lo que constituye un sistema, que para la psicología sistémica incluye a la persona. Para comprender el comportamiento de esa persona es necesario considerar las relaciones que definen al sistema del cual forma parte (Wainstein, 2006a).

En relación a la cibernética, es una teoría de los sistemas de control que se basa en la comunicación, entendida como transferencia de información, dentro del sistema y entre sistema y el medio externo; y que además explica la producción de cambios en el funcionamiento del sistema como respuesta al medio (Von Bertalanffy, 1968). En la teoría sistémica Bateson recupera esta idea de la información definiéndola como la capacidad de una diferencia para generar otra diferencia (Wainstein, 2006b).

La cibernética de primer orden considera al sistema como algo a observar, separado del observador. Se desarrolló a través de dos conceptos fundamentales. El primero de ellos describe aquellos mecanismos de los sistemas que sirven para mantener la homeostasis, los cuales sirven para corregir las desviaciones y mantener estables los sistemas. El segundo concepto describe los procesos que amplifican las desviaciones del sistema y le llevan a cambiar o adaptarse al medio. Por el contrario, la cibernética de segundo orden, también llamada nueva cibernética o cibernética de los sistemas observadores, en contraposición a la cibernética de primer orden que es de los sistemas observados, incluye al observador como agente constructor de la realidad que se está observando (Lopez Baños, Manrique Solana & Otero, 1990).

Finalmente la teoría sistémica se sirve de los axiomas de la teoría pragmática de la comunicación para comprender el comportamiento humano que es esencialmente comunicacional. Entre ellos se encuentran la imposibilidad de no comunicar, la existencia de un nivel de contenido y relacional en todo acto de comunicación, la determinación de la naturaleza de las relaciones en función de la puntuación de las secuencias comunicativas, la distinción entre comunicación digital y analógica y la clasificación de los intercambios en simétricos o 11

complementarios según estén basados en la igualdad o la diferencia (Beavin, Jackson & Watzlawick, 1985).

En función de los aportes teóricos detallados, la terapia sistémica no considera al conflicto como patología propia de un individuo, sino como patología de la relación, es decir, no se centra en un individuo concreto sino en las relaciones que se establecen en un sistema donde toda conducta potencialmente comunicativa de uno de los miembros del sistema repercute de algún modo en los demás miembros. Este enfoque busca localizar cual es la dinámica de relación que configura el sistema que se quiere modificar. El terapeuta sistémico intenta alterar el equilibrio de ese sistema facilitando a los miembros que busquen nuevas alternativas a esa dinámica (Ariso, 2012).

La terapia sistémica saca el foco de atención de la patología hacia la salud mental y al estudio de las dimensiones que contribuyen a la estabilidad y cohesión de los miembros del sistema. Las terapias de orientación sistémica se basan en el supuesto de que los consultantes forman parte de un sistema (familia, escuela, sociedad, etc.) que está conformado por otros miembros, y que en la interacción éstos construyen pautas o maneras de relacionarse que se mantienen y comunican la forma de accionar de ese sistema y sus miembros ante las diversas experiencias humanas (Calderón, 2009).

Otras de las características innovadoras que distinguen a las terapias sistémicas de otros tipos de psicoterapias son: el análisis de las comunicaciones se focaliza en el momento presente en lugar de dirigir su atención a las causas pasadas de la situación problemática. Por otra parte, el uso del espejo unidireccional (Cámara Gessell) y de la grabación en video de las sesiones son herramientas características, mientras que esta última permite el estudio a posteriori de las

sesiones tanto con el objetivo de preparar estrategias de intervención como para fines pedagógicos (Nardone & Watzlawick, 1992).

Dentro de la psicología sistémica hay diferentes modalidades de pensar, trabajar y abordar la clínica terapéutica. Algunas de ellas son el modelo de Palo Alto, el Estructural y el de Milan. Sin embargo, todos coinciden en considerar la conducta de un individuo en función de la conducta de otros individuos con los que mantiene relaciones dentro de lo que consideran como un sistema. El análisis de los patrones de interacción entre los diferentes miembros que componen el sistema se realiza atendiendo a dos dimensiones contrapuestas: la tendencia al cambio y la tendencia a la estabilidad. En cualquiera de estos modelos existen modalidades terapéuticas individuales, de pareja y grupales (Casablanca & Hirsch, 1994).

Este trabajo se enmarcará particularmente en el modelo Estratégico MRI que se desarrolla a continuación.

3.2.1 Modelo Estratégico MRI

Una de las principales escuelas sistémicas es el modelo del Mental Research Institute (MRI). En 1959 miembros del proyecto Bateson como Weakland junto con Jackson, Riskin y Satir fundaron el Mental Research Institute en Palo Alto, California. Poco tiempo después se incorporó al staff Watzlawick, símbolo de las ideas del MRI. Este equipo se dedicó a fundamentar una nueva visión de la psicoterapia desde la perspectiva interaccional. En 1967, Fisch propuso a Jackson, al que luego se sumaron Watzlawick, Weakland y Art Bodin, la creación de un modelo de terapia breve dando origen a lo que luego se conocería como el Modelo de Palo Alto. Esto significó un cambio radical en la psicoterapia al desarrollar un modelo breve y eficaz para ayudar a la gente a producir un cambio (Cazabat, 2007).

Este modelo de intervención se basa en una postura epistemológica constructivista. El constructivismo postula que los seres humanos son constructores activos de la realidad en la que viven, aun cuando no son conscientes de la forma en que realizan ese acto de construcción. Desde esta perspectiva se considera posible inferir las operaciones por las cuales organizamos nuestra experiencia, y que esa consciencia puede ayudarnos a hacer las cosas de manera diferente (Von Glasersfeld, 1994).

Desde esta perspectiva, la terapia estratégica es una intervención terapéutica, normalmente breve, orientada a la remisión de los síntomas y a la resolución del problema expuesto por el o los consultantes. El planteo central es la reestructuración del modo en que este ha construido su experiencia del mundo y la modificación de las conductas que despliega en las relaciones que establece con otros. (Nardone & Watzlawick, 1992).

El modelo apunta a la modificación de conductas lo más rápidamente posible. Esto implica que los procesos terapéuticos deben tender a ser breves ya que se basa en una idea de autonomía según la cual la gran mayoría de las personas cuenta con los recursos suficientes para funcionar por sí mismas. Por otro lado, se busca alcanzar un acuerdo con el o los consultantes sobre un objetivo concreto, específico y observable que refiera a una modificación en el comportamiento. Ese objetivo debe ser mínimo, en el sentido que sea aquella unidad de conducta menos alejada de la definida como problema y que presente un cambio para el

consultante. Buscar metas mínimas pero significativas es una manera de combatir la desmoralización presente en los consultantes (Hirsch & Rosarios, 1987).

Es por esto que se intenta modificar la secuencia de conductas que se refuerzan en el intento de solucionar el problema ya que un pequeño cambio, puede ser suficiente para producir un gran efecto (Nardone & Watzlawick, 1992).

El primer paso es construir el motivo de consulta, este se construye teniendo en cuenta los miembros involucrados en el sistema, las interacciones que se dan en el mismo y las estrategias que se han utilizado para hacer frente al problema. Estas estrategias en lugar de controlar o eliminar el problema contribuyen a mantenerlo (Calderón, 2009). Con todo esto se propone una descripción de los circuitos comportamentales que contribuyen a mantener el problema y que forman parte de la solución intentada fallida (Wainstein, 2006a).

Una vez determinado el motivo de consulta, el terapeuta comienza el trabajo asumiendo un rol directivo, es decir que sus acciones se orientan a influir sobre el consultante para lograr el cambio deseado. La influencia puede ser ejercida directamente o de manera indirecta, teniendo en cuenta las características del consultante. El terapeuta tenderá a ejercer su influencia de manera directa cuando los consultantes se muestren como menos resistentes, mientras que las formas indirectas se reservarán para las situaciones en que estos den muestras de no querer que se les diga cómo manejar sus asuntos (Hirsch & Rosarios, 1987).

3.2.2 Conceptos fundamentales

3.2.2.1 El problema.

Un problema puede ser entendido como una disfunción de partes estructurales que afecta el funcionamiento del sistema. También, y considerando el fundamento constructivista del Modelo MRI, como un modo insatisfactorio de organizar la realidad mediante el pensamiento. Esto implica que un problema es algo complejo y dinámico, es decir que está compuesto por distintos elementos interrelacionados, y que tanto estos elementos como las relaciones que se establecen entre ellos varían (Wainstein, 2006a).

Un problema está sostenido por elementos cognitivos, comportamentales y contextuales que interactúan entre sí. Se compone por una interpretación de los hechos y por las acciones que se adoptan a partir de esa interpretación intentando resolver favorablemente una situación. (Wainstein, 2006a).

Según el modelo estratégico MRI, los problemas que padecen los consultantes tienen su origen en su propia actividad. A partir de las acciones que realizan y las retroacciones derivadas de ellas puede surgir una situación que representa un problema a resolver. Los consultantes, en su carácter de sujetos activos, recurren a distintas estrategias, y las soluciones intentadas generan circuitos de relación que mantienen el problema (Casablanca & Hirsch, 1994).

Cuando frente a una dificultad se aplica persistentemente una solución errónea el problema se consolida como tal. Frente a esto, la terapia consiste en un proceso a través del cual se intenta

sustituir una solución intentada hasta entonces por otra diferente, o alterar la visión que el cliente tiene del problema, de modo que ya no lo considere tal. Para esto, debe poner el foco en las secuencias repetitivas de la conducta que desencadenan el problema tratando de identificar el circuito autopropagante para poder cambiar el circuito de conductas que contribuye a sostener el problema (Hirsch & Rosarios, 1987).

Esta no es solamente una terapia que promueve la supresión de síntomas, sino que coloca al sujeto en otra perspectiva de su realidad o una nueva realidad; esto implica una reestructuración de su visión que lo llevara a desligarse de ciertas conductas y pensamientos rígidos y una mejora en su calidad de vida y de relaciones interpersonales (Calderón, 2009).

3.2.2.2 La cuestión del cambio.

Siguiendo a Wainstein (2006b), un sistema puede cambiar de dos maneras diferentes, sin que estos cambios alteren la identidad del mismo: cambio de primer orden y cambio de segundo orden. El primer tipo de cambio, de primer orden, se caracteriza por mantener los valores constantes entre ciertas variables manteniendo de esta manera la homeostasis del sistema, conocido también como retroalimentación negativa. Por el contrario, el cambio de segundo orden es aquel por el cual se produce una alteración de las estructuras, tanto en los elementos del sistema como en las leyes de composición, por lo que proveen al sistema de una gran capacidad de adaptación.

Mientras que el cambio de primer orden parece basarse siempre en el sentido común, el cambio de segundo orden aparece habitualmente como extraño e inesperado, se trata de un elemento desconcertante. Se aborda la situación en su aquí y ahora, los cambios se aplican a los efectos y no a sus supuestas causas, es decir, responde al ¿Qué? y no al ¿Por qué? (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1992).

Desde el modelo estratégico MRI lo que se intenta cambiar es la secuencia de conductas que se refuerzan mutuamente en el intento de solucionar el problema. El foco está puesto en intervenir sobre un circuito específico que se considera que contribuye a mantener el problema, es decir, busca aquel comportamiento de quien desencadena la conducta problema y los comportamientos de quienes siguen a esta con el propósito de solucionarla. La posibilidad de cambio de la conducta problema es propuesta por el o los individuos que se ven perturbados por la misma y se ven motivados para hacerlo (Hirsch & Casabianca, 1992).

Para poder producir un cambio, el terapeuta debe asegurar todo el tiempo su máxima capacidad de maniobra al intervenir sobre el circuito mencionado anteriormente. En principio esto requiere que se limite la libertad de acción del consultante, pero esto no es suficiente para que el terapeuta se vea libre de límites a la hora de tomar sus opciones hacia el consultante, sino que también debe preservar su libertad de maniobra en cuanto a su propio movimiento, es decir a la hora de decidir un cambio de estrategia (Hirsch & Rosarios, 1987).

En otros términos, el terapeuta debe tener una clara descripción del problema (o de las soluciones intentadas) y de las reacciones al mismo. Luego deberá estudiar la estrategia de

intervención basándose en toda la información obtenida y de acuerdo a la idiosincrasia del o los consultantes (Nardone & Watzlawick, 1992).

3.2.3 Intervenciones

Wainstein (2006a), llama intervenciones a las prácticas comunicacionales mediante las cuales un consultor orienta cambios en un consultante. Éstas deben surgir de una estrategia elaborada a partir de una selección determinada de datos y orientada a influir en una cierta dirección. Su finalidad es cortar el circuito constituido por las soluciones intentadas por el consultante y/o modificar el encuadre del problema que éste ha construido hasta el momento.

La tarea principal de un procedimiento estratégico consiste en influir sobre el consultante para que enfrente su problema de manera diferente aprendiendo y hablando su lenguaje, es decir, el consultor debe adaptar su lenguaje al estilo comunicacional del consultante con el objetivo de disminuir la resistencia al cambio (Wainstein, 2006a).

Existen diferentes estrategias terapéuticas que permiten alterar el circuito que mantiene el problema y provocar el cambio de comportamiento de los consultantes. Este apartado se enfocará en describir las intervenciones tendientes a promover, facilitar o provocar el cambio de comportamiento. Estas son: las reformulaciones, directivas y tareas.

Varios autores definen la reformulación como la manera en que el terapeuta da otro sentido a un suceso por medio de un cambio de punto de vista a la hora de considerarlo. Este cambio implica una modificación del contexto emocional y conceptual en relación con el cual se experimenta una situación, reemplazando aquel construido por el consultante por uno en el cual ella encaja mejor. Esto permite que la situación adquiera un nuevo significado aumentando así, la capacidad de acción de los mismos dándoles nuevas alternativas que no estaban dentro de su perspectiva (Feixas & Villegas, 2004 cit. en Calderon, 2009; Hirsch & Rosarios, 1987).

Las reformulaciones pueden tener diferentes niveles de complejidad. Estas van desde simples redefiniciones de una idea o comportamiento, hasta complicadas reestructuraciones paradójicas, por ejemplo, utilizando metáforas (Calderón, 2009).

Las directivas son expresiones del terapeuta que apuntan a que el consultante desarrolle acciones específicas que, directa o indirectamente, impliquen incompatibilidad con la persistencia de la solución intentada. Se busca llevar al consultante a cierta clase de comportamiento (Haley, 1973). Estas pueden ser imperativas, persuasivas, dubitativas, apta para que la gente la pida por favor, desafiante, contar historias o anécdotas que lleven al consultante a pensar en la dirección buscada, negociadora y paradójica, es decir, decirle que haga algo para que luego haga lo contrario o no lo haga (Hirsch & Rosarios 1987).

Las intervenciones paradójales, son aquellas en las que se les solicita al consultante que realice algo con la intención de que en realidad no lo haga, donde la influencia es indirecta y se lo

introduce en un dilema. Una de las intervenciones paradójales más utilizada es la llamada prescripción del síntoma, donde el consultor parecería que intenta incitar a que el problema continúe. La paradoja da lugar a que se bloquee el circuito de soluciones intentadas no exitosas ya que pone en crisis el sistema preexistente de percepciones de la realidad y reacciones ante ella (Nardone & Watzlawick, 1992).

Otro medio para provocar cambios son las tareas, entendidas como actividades concretas que el terapeuta solicita al consultante. Se aplican para intensificar el vínculo entre consultor y cliente, ya que a través de las tareas que solicita, el primero adquiere importancia y extiende su influencia a la vida cotidiana del cliente. Este continúa pensando en la tarea originada en las sesiones, y en qué pasara si cumple o no. Por otra parte, también sirven para obtener información posibilitando observar cómo podrían responder a los cambios deseados (Haley, 1973; Wainstein, 2006a).

Las tareas pueden ser directas e indirectas. Las tareas directas son aquellas cuyo cumplimiento lleva al logro del objetivo buscado y las tareas indirectas son solicitadas con la esperanza de que generen el comportamiento necesario para resolver el problema (Hirsch & Rosarios, 1987).

Por último, otra modalidad de comunicación terapéutica es el relato de anécdotas o breves historias. Esta estrategia comunicativa permite la comunicación de mensajes aprovechando la forma indirecta de la proyección e identificación que una persona suele poner en práctica ante los personajes y diversas situaciones de un relato. Por otro lado, esta modalidad minimiza la resistencia en cuanto que la persona no es sometida a exigencias directas o a opiniones directas sobre su forma de actuar o pensar ya que el mensaje llega de forma velada bajo apariencia de metáfora. Se habla de un tema específico pero refiriéndose a otro mostrando una nueva visión del tema tratado llevando el conocimiento del consultante hacia uno nuevo. El uso de anécdotas también sirve para que el consultante no piense que es la única persona que padece el problema y se pueda identificar con los personajes (Nardone & Watzlawick, 1992).

La reestructuración del trastorno con el uso de citas, ideas y/o hechos demostrando que a menudo, estos trastornos pueden desempeñar un papel importante o una función determinante como ser un dote o un don, con la sugerencia de reflexionar sobre esta posibilidad hasta la próxima sesión. El objetivo es redefinir el síntoma presentado sembrando la duda acerca de que este pueda tener algo positivo. Esto orienta al paciente a centrar su atención en algo diverso a lo habitual desligándose de conductas y pensamientos rígidos (Nardone & Watzlawick, 1992).

La ejecución de los rituales anteriormente mencionados proporciona al sujeto la sensación momentánea de control de su miedo y es por esto que se ve obligado a repetir el ritual cada vez con mayor frecuencia. Es así como el intento de solución del problema termina convirtiéndose en el problema. Los sujetos con TOC tienden a evitar todo lo que les genera miedo y ansiedad recurriendo a diferentes estrategias como la evitación aliviando momentáneamente el miedo pero confirmando a la vez el miedo de la situación evitada. Esta lucha entre soluciones intentadas y la persistencia representa el equilibrio del sistema de

percepción y reacción obsesivo compulsiva. Es por esto que la intervención estratégica se enfoca en la desactivación de este sistema de retroacciones (Nardone, 2002).

4 Metodología.

4.1 Tipo de estudio.

Estudio de caso único.

4.2 Participante.

Es un caso clínico de una mujer de 30 años a quien llamaremos S para proteger la identidad de la paciente. Vive en zona norte con su madre de 59 años y su padre de 61 años con quien tiene mala relación. S es traductora y su estado civil soltera.

Llega a consulta por recomendación de sus amigas, por crisis de angustia y dificultades en el ámbito social y laboral producto de problemas por llegadas tarde debido a sus rituales. También comienza un tratamiento psiquiátrico en el centro donde es medicada con Escitalopram (20mg) y Eszopiclona (1mg). Ha realizado tratamiento terapéutico anteriormente pero lo abandonó ya que dice no haberle resultado.

4.3 Instrumentos.

Se realizó un análisis de la historia clínica. La misma se encuentra de forma computarizada. El centro utiliza un registro estandarizado, propio del modelo de terapia focalizada en la resolución de problemas.

También se utilizó un video de una sesión donde la paciente asiste a Cámara Gesell con su terapeuta y un supervisor.

De la historia clínica se obtuvieron los datos personales de la paciente, la entrevista de admisión y todas las sesiones del tratamiento con la terapeuta y con la psiquiatra.

En la primer entrevista se registraron los siguientes datos: Queja inicial, ¿Por qué ahora?, Motivo de consulta, Historia y circunstancia actual del motivo de consulta (donde, cuando, como), Que deja de hacer o quisiera hacer y no hace como consecuencia del problema, Soluciones intentadas (por el paciente identificado y por los otros), Tratamientos actuales de cualquier tipo que se consideren pertinentes y Tratamientos previos, Actitudes y opiniones importantes de las personas significativas, Motivación, Posiciones y lenguaje del/los consultantes que pueden ser útiles, Diagnostico, Meta mínima pactada con el consultante, Objetivo del terapeuta, Intervenciones del admisor y primera reacción del consultante, Predicciones, Estrategia a seguir, Quienes son citados para la próxima y Numero de sesiones previstas.

Sesión por sesión se registraron los siguientes datos: Estado del motivo de consulta, Respuestas a intervenciones de la sesión anterior, Clima motivacional del inicio de la sesión, Eje temático de la sesión, Intervenciones principales, Predicciones, y Planificación.

4.4 Procedimiento.

Se analizó la historia clínica de la paciente haciendo hincapié en la entrevista de admisión, y en algunas sesiones significativas del tratamiento tanto con la terapeuta como con la psiquiatra. También se utilizó un video de una sesión donde la paciente asiste a Cámara Gesell.

5 Desarrollo

5.1 La conducta problema y el circuito de auto perpetuación.

Considerando los datos obtenidos en la historia clínica, S presenta su problema comparándose con la gente que no lo tiene y a la que dice envidiar. A continuación se incluye el fragmento de la sesión en Cámara Gessell en el cual plantea esto.

“Si, la bronca que me da es que veo a otra gente que vive tranquila, o sea que no pasa por todas las cosas que paso yo cuando están haciendo las mismas cosas que hago yo. Por un lado me da bronca conmigo misma, por otro lado me da una especie de envidia, porque digo por qué no puedo ser yo así y por qué hay gente que la tiene tan fácil. Obviamente sé que todo el mundo tiene problemas y que se yo pero hay gente que en cierto sentido la tiene mucho más fácil que uno. Que se yo, yo también tengo otros problemas aparte de mi misma y que se yo hay gente que no tiene problemas consigo mismo por lo menos no a un nivel que genere tanto impedimentos y que tiene también sus otros problemas pero no tiene que batallar en dos frentes distintos al mismo tiempo.”

En más de una oportunidad S se refiere a esa gente que “vive tranquila”, “la tiene fácil”, fundamentalmente porque “no tiene problemas consigo mismo”. Ella en cambio, dice, tiene que luchar en dos frentes, contra los problemas externos, que otras personas pueden tener, y contra ella misma como problema. Este doble frente se multiplica cuando se toman en consideración las dificultades que el trastorno que padece le generan en su vida diaria, algo que resulta necesario tener en cuenta debido al grado de incapacitación que puede producir en el ámbito de las relaciones sociales, laborales y familiares (Vallejo, 2001).

En el caso que se describe aquí, la consultante muestra problemas tanto en lo laboral como en el vínculo con sus amigas. En cuanto a lo laboral, cuando llega a la institución por primera vez, S estaba en riesgo de perder un trabajo a causa de sus frecuentes llegadas tarde como consecuencia del tiempo que le llevaba cumplir con los rituales que se había ido creando. Antes de salir a la calle necesitaba arreglarse mucho y esto la demoraba. Finalmente ella misma renunció y comenzó a realizar trabajos free lance de traducciones desde su casa.

Al describir los rituales con sus propias palabras, S relata “necesito estar 8 hs frente al espejo, controlar todo antes de salir”. En la historia clínica se detalla la serie de acciones que tienen relación con su arreglo personal y que conformaban sus rituales: arreglarse el pelo, ponerse crema, depilarse, preparar la ropa, maquillarse, todo siguiendo un orden estricto. Al mismo tiempo que estos rituales venían en su ayuda frente al temor que le generaba el tener que salir de su casa, complicaban esa salida y hacían que llegara tarde al trabajo, aunque no únicamente allí. Si cumplía con todas estas acciones y lograba salir podía manejarse bien en la calle, aunque a veces sentía que la miraban en el colectivo y comenzaba a dudar de haber cumplido con todos los pasos del ritual. Estos rituales se completaban con detalles agregados

si tenía que salir por las noches, y con un conjunto de conductas de chequeo antes de acostarse que repetía diariamente.

Esta obsesión por arreglarse aparece acompañada por un temor irracional a que un hecho catastrófico suceda si no se realizan ciertas acciones. Esto es característico del TOC, así como el hecho de que los rituales compulsivos tengan el doble objetivo de evitar esos hechos catastróficos y reducir la ansiedad generada por los pensamientos obsesivos (Abramowitz & Jacoby, 2014).

En un primer nivel de irracionalidad, S se obsesiona con la idea de quedarse sola, de que nadie la podrá querer si no cumple con todos los pasos de su ritual de arreglarse. Ella misma dice: "si no hago tal o cual cosa se va a notar". Su angustia se debe a que supone que si los otros notan eso entonces ya no va a ser querible. En un nivel mayor de irracionalidad se encuentra la idea obsesiva de que algo malo le pasará a su madre, otra vez si ella no lleva a cabo sus rituales de chequeo y orden. La primera de las obsesiones se puede identificar con los temas de precisión y completitud, especialmente por la insatisfacción manifiesta que Silvia tiene con su propio aspecto, aunque también podría pensarse que ella se extiende a sus capacidades afectivas o laborales. Los pensamientos obsesivos con su madre se asocian con la idea de protección frente a peligros externos, algo que está muy directamente relacionado con los rituales como fórmulas protectoras (Vallejo, 2006). De hecho la paciente definió como mágicos a sus rituales durante una de las primeras entrevistas.

Además de los rituales conductuales, S tiene rituales de pensamiento, es decir actos mentales como pueden ser contar, rezar, repetir palabras o frases y formar contraimágenes u otras formas de manipulación del pensamiento (Sanz Velloso, 2015). En su caso, estos rituales se producen generalmente durante la noche, cuando la asaltan sus ideas obsesivas y le impiden conciliar el sueño; su forma de alejar estos pensamientos es cambiar el orden de sus ideas.

Desde la perspectiva de las soluciones intentadas y fallidas que forman parte del circuito autopertuante, se puede observar la forma en que la actividad de S, a través de sus acciones, pero también de las retroacciones derivadas de ellas, generan circuitos de relación que mantienen el problema. Los rituales compulsivos, además de formar parte del síndrome correspondiente al TOC, pasan a formar parte de las estrategias que la paciente utiliza para responder al problema (Casablanca & Hirsch, 1994). La solución es fallida porque la contención de la ansiedad y los temores está sujeta a la continuación de los rituales; cuando, por ejemplo frente a un nuevo trabajo, la consultante hace un esfuerzo para acortarlos y cumplir con los horarios la sintomatología ansiosa aumenta notablemente volviéndola al ciclo habitual.

En la sesión registrada en video se pudo observar una descripción del terapeuta sobre el papel de los rituales que va en este sentido. Le sugiere a S que, si bien los rituales son las acciones que tiene que hacer para calmar la ansiedad que le generan sus ideas obsesivas, la calma que encuentra es momentánea. Le señala que puede estar acostumbrada a su situación, a lo que la consultante responde con seguridad que está "totalmente acostumbrada".

Para contribuir a que S esté tan acostumbrada con su situación su entorno se adecua a su problema y le brinda ayuda de diferentes maneras. Aunque esto la hace sentir protegida, es por otra parte una confirmación de su falta de autonomía, y es claramente otra forma que

contribuye a perpetuar el problema. Esto concuerda con lo señalado por Bados López (2005) acerca del esfuerzo que suelen hacer los familiares y personas cercanas para adaptar su conducta a las obsesiones y compulsiones del paciente. En el caso de las amigas de, cuando organizan una reunión esperan a que ella les avise que está lista para salir y recién entonces salen ellas. En otros casos acuerdan un encuentro en lugares como una librería o un shopping, previendo que puedan entretenerse mientras la esperan. Incluso ella cuenta que en algún momento la citaban dos horas antes que al resto para asegurarse de que no llegara tarde.

Entre las cosas que S describe como “los atajos que tomo para llegar aunque sea 5 minutos menos tarde” se encuentra el tomar taxi o remis. A veces esto es insuficiente y le genera problemas con sus amigas, como en una ocasión en la que se retrasó demasiado con sus rituales y, aunque hizo todo el recorrido hasta el lugar de encuentro en remis, igualmente llegó tarde. Una de sus amigas se enojó cuando se enteró de esto porque sentía que S le estaba mintiendo porque había dicho que iría en tren. La madre de S es quien sostiene esta táctica, dándole dinero para el remis cuando ella se lo pide, y a veces sin que se lo pida, cuando no puede llevarla ella misma a una cita.

Además de los rituales y la protección del entorno como intentos de solución, pueden detectarse otras conductas que contribuyen a sostener el problema (Hirsch & Rosarios, 1987). Claramente S recurre a la evitación para poner distancia con respecto a aquello que le genera temor, y aunque encuentra cierto alivio, esto no hace más que confirmar el poder que tiene sobre ella la situación evitada (Nardone, 2002).

Salvo cuando es absolutamente necesario hacerlo, como por ejemplo para ir al trabajo, S evita salir a la calle, y su solución al problema que le genera tanto temor es quedarse mirando la tele, con la computadora y actividades por el estilo. Después de haber renunciado a un trabajo fijo en un lugar distinto de su casa, la paciente dejó de buscar ocupaciones con estas características. Ella explica esto porque piensa que no podría mantenerlo ya que llegaría tarde, recordando que antes de su renuncia había tomado diez días de licencia que no cambiaron su situación, sino que cuando se reincorporó todo volvió a ser igual o peor.

5.2 Intervenciones terapéuticas desde el modelo estratégico MRI

Considerando a las intervenciones como prácticas comunicacionales cuya finalidad es orientar al consultante en un proceso de cambio en dos sentidos fundamentales: el circuito constituido por las soluciones fallidas y el encuadre del problema construido por él (Wainstein, 2006a), el análisis del material provisto por los instrumentos, tanto la historia clínica como la desgrabación del registro en video de una sesión permiten observar diversos modos en que el terapeuta interviene.

En el caso de la sesión registrada en video se encuentra un ejemplo de intervención orientada a modificar la forma en que la consultante construye el sentido de las situaciones problemáticas que enfrenta. Ella viene diciendo que debería hablar con sus amigas para resolver el problema que tiene con ellas, y ante esto el terapeuta le pregunta si apostaría porque eso va a suceder, generando la respuesta siguiente:

si, si, en algún momento tendré que hablar. Tengo cosas en casa de ellas así que en algún momento voy a tener que hablar pero tampoco sabría muy bien que decirles además de todas las cosas que ya les dije. Porque por un lado preguntarles si cambiaron de opinión o no que ya se la respuesta y por otro lado quizás tratar de convencerlas pero no sé si tendrá mucho sentido así que no es una situación muy esperanzadora.

El “apostarías” intenta enfrentar a la consultante con el problema para poner de manifiesto su construcción personal. En la respuesta de S aparecen tres elementos de esa construcción: su autopercepción de falta de recursos para modificar la situación, la anticipación de un resultado negativo, que lleva a un sentimiento de desesperanza y a la postergación como estrategia de afrontamiento, algo que se refleja en la frase “en algún momento tendré que hablar”.

Específicamente puede identificarse la actuación del terapeuta como una reformulación, ya que apunta a modificar el contexto emocional y conceptual para hacer surgir un sentido alternativo (Hirsch & Rosarios, 1987). Al mismo tiempo, con esta intervención está testeando el deseo de cambio de la consultante.

El discurso de S expresa un deseo real de cambiar, que encuentra obstáculos en ese sentimiento de desesperanza que le hace creer, por ejemplo, que no tiene sentido intentar recomponer la relación con sus amigas. Frente a estos obstáculos, ella termina repitiendo su solución habitual de quedarse en casa y evitar una situación que le genera temor. Para comenzar a trabajar con estas resistencias al cambio el terapeuta recurre a lo que podría considerarse una forma de intervención paradójal. En este tipo de intervención se busca influir indirectamente sobre el consultante poniéndolo frente a un dilema. Éste surge porque se le pide que haga algo que va en un sentido opuesta a los objetivos del tratamiento, esperando que no lo haga, sino que, por el contrario, se vea obligado a reflexionar sobre su problema. De esta manera, se aspira a que se bloquee el circuito de soluciones intentadas, poniendo en crisis la construcción de la realidad y las acciones derivadas de ella (Nardone & Watzlawick, 1992).

Después de que S concluyera que su situación no es muy esperanzadora, el terapeuta interviene preguntándole: “¿y si lo fuese no sería más complicado?”

En principio esto busca invertir la consideración del problema: lo difícil llegaría para ella si tuviera que asumir que hay esperanzas de cambiar su situación. S responde: “no, lo complicado es saber que uno ya no tiene otra opción, que ya está todo perdido”, sin embargo el terapeuta insiste, aclarando un poco más cuál es el punto, y sigue adelante con la intervención:

T: yo creo que eso es lo fácil para vos

Pi: si, para mi mecanismo de pensamiento, pero no para lo que yo quiero, digamos

T: ¿Entonces que preferirías?

Pi: yo racionalmente preferiría tener la opción de que ellas me dieran otra chance

T: ¿Preferirías que te den la chance? Estas segura?

Pi: si

T: Es mucho más complicado si te dan la chance que si no te la dan

Hacia el final de este intercambio se observa lo paradójico de la intervención, que aparenta apuntar a que S desista de buscar una reconciliación con sus amigas. Lo que en realidad termina haciendo es colocarla frente a un dilema. En ese momento de la sesión se produjo una interrupción y cuando el terapeuta volvió de intercambiar con el equipo plantea esta situación explícitamente a la consultante: “lo que estuvimos charlando con el equipo era que nos parecía que tu vida era como un constante debate, un debate que tiene que ver con: 'estoy tranquila o vivo'”.

Esta forma de ofrecer un sentido a la situación de la consultante se puede pensar en el marco de las reformulaciones. En este caso la presentación que el terapeuta hace de una visión alternativa de la situación problemática en la que se encuentra la consultante funciona como una redefinición de su comportamiento en términos dilemáticos. Es una forma de una cierta complejidad, considerando que las reformulaciones pueden ir desde simples redefiniciones de ideas o comportamientos, hasta complicadas reestructuraciones paradójicas. También puede recurrirse a metáforas para reformular una situación (Calderón, 2009).

El terapeuta utiliza en este caso una metáfora que le permite darle una entidad al problema de S: el monstruo. Hablando de su trastorno como si fuera un monstruo que la acecha se pueden pensar distintas estrategias para lidiar con él. En la historia clínica se puede encontrar una propuesta que se le hace a la consultante en este sentido: “la idea no es pelear con el monstruo ni discutirle, sino dejar de alimentarlo. Es un monstruo muy inteligente, querer controlarlo o discutirle puede ser peligroso porque es muy capaz de convencerte de lo que dice, la idea es que vos no hagas las cosas que él dice y así no le des de comer, pero también aprendiendo a tolerar que igual te va a estar molestando. Si no le das de comer, seguramente seguirá estando, pero más débil, y entonces no será él quien domine tu vida”. En este caso la metáfora sirve para reducir la angustia que le genera a S sentir que no tiene los recursos necesarios para superar su problema. De esta manera se le sugiere una forma menos conflictiva de pensar en ello.

Además, resulta importante para que la consultante aprenda a vivir con su trastorno. En la metáfora planteada, el terapeuta le aclara que el monstruo no es cualquier monstruo, sino que es su monstruo personal. “Tu monstruo está y seguirá estando, no serías vos si así fuera”. Entonces, la estrategia tiene que ver con saber que esto es así y encontrar la mejor manera de vivir con esa realidad: “habrá veces que no lo escuches, pero vos sabes que va a seguir estando, puedes intentar deshacerte de él, o mirarlo de frente y ver cómo estar en el mundo con él”.

A pesar de ser su monstruo personal, es necesario que el entorno de S participe de la estrategia que se le plantea en el tratamiento. En varias sesiones, apelando a la metáfora del monstruo, se trabajó sobre la actitud de su familia y amigas, indicándole la necesidad de que se sumaran a la estrategia de evitar alimentarlo. Para ello se le recomendó que usara la metáfora cuando hablara con su mamá de su problema y de la mejor forma en que ella podría colaborar para que la convivencia con el monstruo fuera posible. De hecho, el recurso a esta

metáfora le permitió a Silvia decirle a su madre que la negatividad que mostraba no la ayudaba, evitando que la situación se planteara como un conflicto directo entre ambas, gracias a la imagen de alimentar al monstruo. También con sus amigas podría recurrir a esta imagen para ayudar a que acepten su problema como algo que forma parte de su estilo.

Para tratar con la ansiedad que padece S frente a distintas circunstancias, se optó por comenzar recurriendo a una exposición paulatina, comenzando por la prescripción de tareas mínimas, para ir progresivamente avanzando hacia prescripciones más arriesgadas. La primera tarea de este tipo consistió en que esperara en la puerta diez minutos antes de tocar el timbre, sin importar que hubiera llegado tarde a su sesión. S cumplió con lo prescrito, y así fue que a la semana siguiente llegó a su cita 35 minutos más tarde de lo acordado. Cuando se le preguntó qué había hecho durante la espera, ella respondió "me senté, me fumé un cigarrillo y esperé los diez minutos. Me puse algo nerviosa, pero no terrible". En principio, este primer intento de exposición resultó efectivo, según la consultante misma reconoce. Se puede observar aquí el trabajo orientado a un objetivo mínimo, en el sentido de representar un cambio de conducta para el consultante sin llevarlo muy lejos de su comportamiento habitual. Las metas mínimas pero significativas son una manera de iniciar el proceso de cambio evitando la desmoralización que suelen tener los consultantes (Hirsch & Rosarios, 1987). Por otra parte, también sirven para obtener información sobre la forma en la que éstos podrían responder a los cambios deseados (Haley, 1973; Wainstein, 2006a).

Después de haber testeado la respuesta de S ante un cambio mínimo, para la siguiente sesión se modificó la consigna para aumentar su eficacia. En primer lugar se le pidió que no tratara de llegar temprano para que el tiempo de espera estuviera cubierto, sino que incluso procurara llegar tarde. Esto tenía por objeto que S estuviera efectivamente expuesta a la ansiedad que le provoca en general el llegar tarde a sus citas. Pero además, se le indicó que durante el tiempo de espera pensara en lo que iba a hablar durante la sesión. A la semana siguiente, S llegó cuando faltaban 20 minutos para el final de su sesión. Llegó con aspecto tranquilo e inmediatamente dijo al terapeuta que había usado el tiempo de espera para pensar en lo que iba a decir, tal como le había prescrito, y que tenía cuatro cosas para comentar. Una de ellas era que había logrado ordenar sus pensamientos al contarle algo a sus amigas. Se puede ver que, frente a la tarea que se le propuso, S logró superar su ansiedad y utilizar esos diez minutos de espera para ordenar sus pensamientos, tal como relata para el caso del encuentro con sus amigas. La consultante ve esta posibilidad de poner en claro sus ideas como un beneficio de la tarea propuesta. Se puede ver aquí la forma en que una tarea puede resultar un medio adecuado para provocar cambios significativos (Wainstein, 2006a).

A partir de los avances que resultaron de las intervenciones anteriores, se le propuso a Silvia una tarea más desafiante, sugiriéndole que saliera con un chico que había conocido y prescribiéndole que, de la manera más agradable que encontrara, le dijera que estaba nerviosa y que sentía las manos transpiradas, esperando a ver cuál era su reacción. Aunque en una primera reacción S mostró cierta duda, inmediatamente aceptó la propuesta. Cuando volvió a reunirse con su terapeuta, lo primero que dijo al iniciarse la sesión fue: "Pude ir a la cita. Al principio estaba muerta de miedo, transpiraba... pero le pude decir que estaba nerviosa y salió todo bien".

Frente a una prescripción arriesgada, como lo es guiar a S para que exprese abiertamente su ansiedad frente a uno de sus mayores temores (salir con un varón), la consultante logró controlar su nivel de ansiedad lo suficiente como para sentir que todo había salido bien. Además, en la historia clínica se indica que esta tarea le sirvió para modificar algunas de sus creencias distorsionadas y para motivarla a enfrentar más situaciones desafiantes. En comparación con la exposición paulatina que se había probado hasta ese momento, esta última tarea significaba una “inundación” de aquello que debería generarle más ansiedad; y sin embargo mostraba ser más efectiva, ya que S no se había rendido frente al monstruo y había sido capaz de hacer todo lo contrario de lo que le decía, con resultados mucho mejores que los que solía obtener con sus soluciones fallidas.

Frente a las conductas que, como parte de los intentos fallidos de solución, constituyen el circuito que contribuye a mantener el problema (Wainstein, 2006a), las intervenciones desarrolladas en este apartado apuntan a lograr cambios, aunque sean mínimos en ellas, que modifican la secuencia de refuerzo del problema. En este sentido, un pequeño cambio puede ser el principio de un proceso que lleve a un gran efecto (Nardone & Watzlawick, 1992).

5.3 Cambios obtenidos a partir del tratamiento

A partir de la evaluación del problema inicial y de las soluciones intentadas y fallidas, las intervenciones del terapeuta se orientaron a promover un proceso de cambio en distintos niveles. El foco de este proceso es el circuito específico que contribuye a mantener el problema, es decir aquel comportamiento que desencadena la conducta problema y los comportamientos que le siguen con el propósito de solucionarla (Hisch & Casabianca, 1992).

Los rituales, especialmente los relacionados con el arreglo personal, pueden considerarse como parte de ese circuito. A partir del tratamiento se produjeron algunos cambios mínimos en relación con ellos. Silvia comenzó a salir a la calle sin maquillarse en algunas ocasiones, y pudo percibir eso como un logro y comunicarlo en terapia. El apoyo de sus amigas fue importante para esto, la propia consultante dice que “por la influencia de mis amigas estoy tratando de salir sin maquillarme y estos días lo logre. Y ahora me molesta un poco menos”. Indagando sobre las condiciones en que tomó la decisión de salir sin maquillarse, la forma en que lo consiguió y las consecuencias anímicas, el terapeuta encontró un camino posible para avanzar en el manejo de los rituales y, a través de ellos, de las obsesiones de la consultante.

Puede considerarse que el recurso a la metáfora del monstruo fue una de las herramientas que permitió modificar la relación de S con sus amigas, que resultó importante para el proceso de cambio. A lo largo de las sesiones se pudo ver que las amigas cada vez alimentaban menos al monstruo, es decir contribuían menos a que S pudiera seguir encerrada en su circuito autoperpetuante obsesiones-rituales-problemas-encierro. El incentivo para que saliera a la calle sin maquillarse es una de las formas en que dejaron de contribuir a la perpetuación del problema; por el contrario, esta actitud de las amigas contribuyó a fortalecer en S la decisión de cambiar. En la misma sesión en que comunicó estos resultados dijo: “Estoy dispuesta a hacer los sacrificios necesarios para cambiar. No sé si lo voy a lograr, pero estoy dispuesta”.

Para reforzar esta disposición al cambio, el terapeuta destaca el valor que tienen los logros obtenidos, aún los mínimos: “Las pequeñas batallas que le estás ganando al monstruo son

importantes, no hiciste como te debe haber dicho, quédate en casa... el monstruo está, pero si logras ignorarlo le ganas la batalla. El 99% de las cosas que te dice tu monstruo suelen ser mentiras". S da crédito a las palabras del terapeuta respondiendo con firmeza: "Ahora te creo".

Por otra parte, en varias sesiones el terapeuta trabajó con la disposición al cambio de la consultante de manera indirecta. Por ejemplo, a través de la pregunta orientada a saber si sería capaz de apostar que hablaría con sus amigas para arreglar su relación. Esta intervención, reforzada con la presentación paradójica de los beneficios y dificultades de tomar una decisión al respecto y llevarla a cabo, logró que S decidiera en un par de sesiones afrontar esta situación. De esta manera se contribuyó al cambio adaptando el lenguaje al estilo comunicacional de la consultante para que enfrente su problema de manera diferente (Wainstein, 2006a). Esta forma de intervención indirecta es indicada para reducir la resistencia en aquellos casos en que esta es importante, como ocurre cuando la persona tiene tendencia al oposicionismo.

La prescripción de tareas mínimas, como la de esperar en la puerta antes de tocar el timbre aún habiendo llegado tarde, dio como resultado algunos cambios a nivel de los pensamientos y del control de la ansiedad. Si fue capaz, a pesar de esta última, de cumplir con lo que se le había pedido. Pero además, fue capaz de ordenar sus pensamientos en esos 10 minutos de espera, según ella misma dijo al momento de comenzar con la sesión. Así mismo fue capaz de ordenar sus pensamientos cuando tuvo finalmente la conversación con sus amigas.

La intervención que significó un mayor desafío para S fue la de tener una cita con un chico y expresarles sus sensaciones de ansiedad. Esto, que el terapeuta califica de "inundación", le sirvió a la consultante para comenzar a cambiar algunas de sus creencias distorsionadas y, en principio, el éxito de la experiencia fue una fuente de motivación para que ella se sintiera capaz de enfrentar más situaciones desafiantes. En este sentido, se le expuso que el resultado final hace que valga la pena no escuchar al monstruo y hacer frente al malestar. S reconoció esto y respondió que era lo que había estado pensando después de la cita: que recordar el éxito que había tenido, a pesar de sus temores, le podía servir para soportar la angustia cuando se hiciera presente.

A partir de esta experiencia y con la continuación del trabajo terapéutico se verificó un progreso notable en el estado anímico de S. En la historia clínica se registra que dejó de presentar angustia y desaparecieron también los síntomas depresivos. Respecto de sus rituales, a pesar de los pequeños cambios, siguieron presentándose dificultades para manejarlos, dependiendo un poco de si se encuentra más o menos nerviosa. Sin embargo, al haberlos identificado y saber que el camino es no "seguir las indicaciones de su monstruo" hace sentir a la consultante que va en buena dirección.

La familia, en cambio, alimenta bastante al monstruo, especialmente su madre, que es quien resulta más conmovida por las expresiones de ansiedad de S.

6 Conclusiones

Los conocimientos adquiridos a lo largo de la práctica profesional despertaron la inquietud de profundizar en estudios sobre el modelo MRI, con el que trabajan en el centro. En consecuencia, el objetivo general de este trabajo se orientó a la descripción del tratamiento desde la perspectiva del modelo MRI de un caso de TOC. Se considera cumplido el objetivo general a partir del análisis de la historia clínica y de material de video, a través de los cuales se pudo observar la forma en que a lo largo de las sesiones se logró generar cambios en la situación presentada por la consultante, de manera que pudo comenzar un proceso orientado a la superación de su problema, a pesar de que no concluyó el tratamiento.

En cuanto a los objetivos específicos, el primero de ellos estaba focalizado en la descripción de la conducta problema y del circuito de autoperpetuación. Se partió de considerar que los problemas que padecen los consultantes tienen su origen en su propia actividad. En su carácter de sujetos activos buscan modos de enfrentar esos problemas, pero las soluciones intentadas generan circuitos que mantienen el problema (Casablanca & Hirsch, 1994). La consultante presentaba pensamientos obsesivos en relación con su imagen, que estaban acompañados de rituales de chequeo y de arreglo personal que tenían como consecuencia que llegara tarde a sus citas o al trabajo, generándole conflictos laborales y sociales. De hecho, renunció a un trabajo por el efecto de estos rituales y en el momento del tratamiento se resistía a buscar un trabajo estable porque decía que no se sentía capaz de cumplir un horario. Este intento de solución del problema es parte del circuito autoperpetuante (Hirsch & Rosarios, 1987), del cual también participaban su familia y amigas, adaptándose a las limitaciones que surgían del problema de la consultante a la hora de fijar horarios y lugares de encuentro. La madre, especialmente, contribuía facilitándole los medios para evadir las situaciones problemáticas.

Las intervenciones terapéuticas, correspondientes al segundo objetivo, incluyeron reformulaciones y tareas. Entre las primeras se encontraron un rango que va desde simples redefiniciones de un pensamiento aportado por la consultante hasta formas más complejas como la metáfora (Calderón, 2009). En este caso, la metáfora que representaba su trastorno como su monstruo personal fue una de las intervenciones que le permitió a la consultante avanzar hacia la solución de su problema. También fueron importantes las tareas, con un similar rango de dificultad. Una tarea simple, esperar diez minutos antes de entrar al centro para su sesión pensando en lo que diría durante ella, fue reconocida por la propia consultante como una oportunidad para organizar su pensamiento. Por otra parte, se prescribió una tarea calificada por el terapeuta como más arriesgada, por la cual S tuvo que enfrentar uno de sus mayores temores teniendo una cita con un chico. Además de poder llevar a cabo el encuentro sin consecuencias negativas, logró decirle que estaba ansiosa, algo que el terapeuta le había indicado para el caso en que se sintiera así.

A partir de las intervenciones mencionadas se lograron algunos cambios en relación con la situación problemática de la consultante. Comenzó a reducir los rituales de arreglo saliendo a la calle sin maquillarse en algunas circunstancias, por ejemplo cuando se iba a encontrar con sus amigas. Estas comenzaron a colaborar para cortar el circuito autoperpetuante y S pudo recomponer su relación con ellas. También pudo hablar con su madre acerca del efecto

negativo que tenía su conducta para el trastorno que padecía, recurriendo a la metáfora del monstruo como elemento facilitador. Por otra parte, se produjeron cambios en el nivel del pensamiento y control de la ansiedad a partir de la tarea de esperar antes de entrar a la sesión, que fue una oportunidad para organizar sus pensamientos. Esto permitió verificar que un mínimo cambio, puede tener efectos sobre la situación problemática (Nardone & Watzlawick, 1992). La consultante pudo aplicar esto cuando tuvo la conversación con sus amigas, con las que estaba distanciada.

A pesar de los cambios logrados, el problema de la consultante permaneció en términos generales sin modificaciones que pudieran considerarse como parte de un cambio de segundo orden, es decir de una alteración de las estructuras y leyes (Wainstein, 2006b). Puede pensarse que las limitaciones encontradas para lograr un cambio de este tipo se relaciona con el tipo de terapia implementada, considerando que el tratamiento más indicado para el TOC es la terapia cognitivo-conductual (Sanz Velloso, 2015).

Dentro de la terapia cognitivo conductual, particularmente la exposición con prevención de respuesta es, acompañada de un tratamiento psicofarmacológico, el tratamiento más utilizado para tratar a personas que padecen este trastorno (Vallejo Pareja, 2001). Este tratamiento si bien es útil para generar un nuevo aprendizaje sobre las situaciones temidas, el asunto es que trabajar con exposición genera niveles muy elevados de ansiedad en el paciente y el terapeuta no tiene control sobre la situación imaginada en sesión o fuera de esta.

P. es una empresa con base en Barcelona y Estados Unidos, que ofrece un sistema de realidad virtual para psicoterapia. La realidad virtual consiste en un casco o gafas con pantallas que emiten una imagen frente a los ojos del usuario. Las imágenes abarcan todo el campo visual y el aparato registra los movimientos de la cabeza permitiendo ver en todas las direcciones dando la sensación de estar en la situación en cuestión.

El terapeuta puede controlar la exposición variando el entorno y los detalles del escenario. También el terapeuta puede pasar de una escena a otra y mantener un registro del paciente y, en caso de ser necesario, el terapeuta puede activar instrucciones de relajación. Tener la posibilidad de manejar las escenas en la exposición permite ajustar con precisión la dificultad de la misma.

En cuanto al paciente, el exponerse a los escenarios virtuales le resulta menos aversivo y puede influir a que pueda darse cuenta de que los pensamientos negativos y sobrevalorados que presenta no ocurren como él pensaba (Cardenas Lopez & Carreño Martinez, 2012).

Sin embargo, se puede considerar que no hay una estrategia terapéutica exclusiva, sino que es posible optar por complementar herramientas terapéuticas de distintos modelos, analizando los aspectos que requieran una atención diferencial según las particularidades del caso.

Una limitación para este trabajo fue que la consultante que fue tomada como caso a analizar ya no estaba en tratamiento en el centro, y como consecuencia de esto no se pudo tener un

seguimiento más cercano ni presenciar las sesiones en cámara Gesell. Tampoco se tuvo contacto directo con el terapeuta, por lo que el análisis se basó exclusivamente en la historia clínica y una sesión registrada en video. Se considera que una entrevista con el terapeuta hubiese brindado la oportunidad de obtener más información sobre aspectos puntuales del tratamiento que no quedaron registrados en la historia clínica, especialmente aquellos relacionados con reacciones frente a intervenciones y cambios en la actitud frente a ellas. Al mismo tiempo ofrecería la perspectiva propia del terapeuta acerca del proceso de cambio. Igualmente la interacción con diversos profesionales fue muy enriquecedora para comprender el uso de las herramientas terapéuticas propias del modelo MRI.

Otra limitación provino de la interrupción del tratamiento, porque impidió realizar un análisis más completo del proceso de cambio generado a partir de las intervenciones. Teniendo en cuenta que, a pesar de estas limitaciones, se pudieron registrar algunos cambios en la consultante, es posible suponer que, de haber continuado el tratamiento se hubiera podido verificar el alcance del modelo para cortar el circuito autoperpetuante. Algo que merece destacarse es que, más allá de los cambios conductuales concretos, se pudo observar en Silvia un cambio en su actitud respecto de su problema, con señales de un inicio de reestructuración del modo en que la consultante construye su experiencia del mundo (Nardone & Watzlawick, 1992).

Hubiera sido conveniente realizar una sesión en conjunto con la madre de S para poder observar directamente la interacción entre ambas dado que, según S, ella es quien más alimenta su "monstruo". En las sesiones surgió que su madre era quien sostenía la costumbre de recurrir a remises o taxis cada vez que tenía una cita, para no llegar demasiado tarde. Analizando la interacción entre ellas y escuchando a la madre quizás se hubieran identificado otras formas en las cuales la mujer contribuía a mantener el circuito de perpetuación del problema. De esta manera se podría planificar intervenciones específicas que pudieran modificar las condiciones de esta relación impactando en ese circuito. En términos más generales, a través del trabajo interdisciplinario con profesionales de distintas especialidades dentro del campo de la salud mental, podrían diseñarse intervenciones focalizadas específicamente para actuar sobre el impacto que los vínculos familiares tienen en la perpetuación del problema en el caso del TOC.

En cuanto a las futuras líneas de investigación que representarían un avance en el tratamiento del TOC, resulta fundamental que se continúe investigando acerca de la neurobiología de pacientes con TOC para aumentar la comprensión de las bases anatómicas y los procesos neurofisiológicos que caracterizan al trastorno.

A partir de este nuevo conocimiento sería posible avanzar en la construcción de bases interdisciplinarias, unificando éste con los aportes de la clínica en cuanto a la descripción de la sintomatología. A partir de esa base enriquecida por los distintos aportes se desarrollarían formas de intervención diversas pero complementarias, tanto farmacológica como en cuanto a tratamientos psicoterapéuticos, con un abordaje desde una perspectiva más integradora.

En cuanto al tratamiento, también se puede determinar que no hay una estrategia terapéutica exclusiva, sino que se puede optar por complementar las opciones para un resultado eficaz, dependiendo del caso.

A pesar de la limitación que implicó el no tener un contacto directo con la consultante y el terapeuta, la experiencia realizada fue muy positiva en cuanto a las posibilidades de aprendizaje. Al avanzar en el análisis de las sesiones se pudo identificar de manera más clara los tipos de intervenciones realizadas por el terapeuta y comprender el modo en que se orientaban a introducir cambios que cortaran el circuito autoperpetuante, incidiendo tanto de manera directa como indirecta.

7 Referencias Bibliográficas

Abramowitz J. & Jacoby R. (2014). Obsessive-compulsive disorder in the DSM-5. *Clinical Psychology Science and Practice*, 21, 221-235.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Washington, DC.: American Psychiatric Association. 36

Ariso, J. M. (2012). Terapia sistémica: una reformulación de sus principios básicos en términos de juegos del lenguaje. *ÉNDOXA: Series Filosóficas*, 29, 195-218. Doi: <http://dx.doi.org/10.5944/endoxa.29.2012.5316>

Bados López, A. (2005). *Trastorno obsesivo compulsivo*. Universidad de Barcelona. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Berrío García, N. & Restrepo, D.L. (2017). Instrumentos de evaluación del trastorno obsesivo compulsivo: revisión. *Revista Poiésis*, (32), 101-115.

Calderón, C. (2009). Comunicación de una experiencia clínica con auto daño desde el enfoque estratégico de terapia breve. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 18, 83 – 101. Doi: 10.5354/0719-0581.2009.17129.

Cardenas Lopez, G. & Carreño Martinez, V.P. (2012). La realidad virtual como herramienta para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. *Revista Digital Universitaria*, 13 (3).

Casablanca, R. & Hirsch, H. (1994). *Como equivocarse menos en terapia*. Santa Fe: Universidad nacional del Litoral.

Cazabat, E. (2007). Historia de la Terapia Estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec, & J. Rabinovich, *Qué y Cómo. Prácticas en Psicoterapia Estratégica* (pp. 15-20). Buenos Aires: Dunken.

Haley, J. (1990). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hirsch, H. & Rosario, H. (1987). *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales: La Organización del cambio*. Buenos Aires: Nadir.

Huertas, R. (2014). Las obsesiones antes de Freud: historia y clínica. *História, Ciências, Saúde*, 21 (4), 1397-1415.

Lopez Baños, F., Manrique Solana, R. & Otero, S. (1990). Los sistemas observantes: conceptos, estrategias y entrenamiento en terapia familiar sistémica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33 (10), 203-220. 37

Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80 (1), 36-42.

Ministerio de Salud de la Nación (2010). Estimación de la población afectada de 15 años y más por trastornos mentales y del comportamiento en Argentina. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Murphy, D.L., Moya, P.R., Fox, M.A., Rubenstein, L.M., Wendland, J. R. & Timpano, K. R. (2013). Anxiety and affective disorder comorbidity related to serotonin and other neurotransmitter systems: obsessive– compulsive disorder as an example of overlapping clinical and genetic heterogeneity. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 368(1615). Doi: [rstb.2012.0435](https://doi.org/10.1098/rstb.2012.0435)

Nardone, G. & Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.

Nardone, G. (2002). *Miedo, pánico, fobias: la terapia breve*. Barcelona: Herder.

Rosa Alcázar, A. I., Iniesta-Sepúlveda, M. & Rosa Alcázar, A. (2013). Los tratamientos farmacológicos en el trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: Una revisión cualitativa. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41 (3), 196-203.

Sanz Vellosillo, P. & Fernandez Cuevas-Vicario, A. (2015). Trastorno obsesivo compulsivo. *Medicine*, 11 (84), 5008-5014.

Torres Diaz, C. V., Ezquiaga, E., Garcia-Camba, E. & Garcia de Sola, R. (2014). Estimulación cerebral para el trastorno obsesivo compulsivo resistente a tratamiento médico. *Psiquiatría biológica*, 21 (3), 102-109. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psiq.2014.07.001>

Vallejo Pareja, M. A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13 (3), 419-427.

Vallejo Ruiloba J. (2006). Clínica de los trastornos obsesivos compulsivos. En J. Vallejo Ruiloba & G. E. Berrios, *Estados obsesivos*. Barcelona: Masson.

Vega Dienstmaier, J. M. (2016). Avance en el tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo compulsivo. *Revista de Neuropsiquiatría*, 79 (4), 239-246. Doi: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v79i4.2978>

Von Beartalanffy, L. (2006). *Teoría general de los sistemas*. México D.F.: Fondo de cultura económica.

Von Glasersfeld, E. (1994). Introducción al constructivismo radical. En P. Watzlawick (Comp.) *La realidad inventada: ¿cómo sabemos lo que queremos saber?* (pp. 20-37). Barcelona: Gedisa.

Watzlawick, P. Weakland, J. H. & Fisch, R. (1992). *Cambio*. Barcelona: Herder.

Wainstein, M. (2006a). *Intervenciones para el Cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Wainstein, M. (2006b). *Comunicación: Un paradigma de la Mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.