

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

**Trabajo Final Integrador**

Estudio de caso de trastorno obsesivo compulsivo en una paciente de nueve años

Alumno: Alejo David Bolotinsky

Tutora: Dra. Gabriela Ramos Mejía

2018

## Índice

<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>2</b>
2.1. Objetivo general.....	2
2.2. Objetivos específicos.....	2
<b>3. Marco teórico.....</b>	<b>3</b>
3.1. Trastorno obsesivo-compulsivo y criterios diagnósticos.....	3
3.1.1. Obsesiones.....	4
3.1.2. Compulsiones.....	5
3.2. Comorbilidad.....	6
3.3. Epidemiología.....	8
3.4. Trastorno obsesivo-compulsivo y familia.....	8
3.5. Trastorno obsesivo-compulsivo y niñez.....	11
3.6. Trastorno obsesivo-compulsivo de contaminación.....	15
3.7. Tratamiento Integrativo de trastorno Obsesivo-compulsivo.....	16
3.7.1 Tratamiento cognitivo.....	17
3.7.2 Exposición y prevención de respuesta.....	21
<b>4. Metodología.....</b>	<b>23</b>
4.1. Tipo de estudio.....	23
4.2. Participante.....	24
4.3. Instrumentos.....	24
4.4. Procedimiento.....	24
<b>5. Desarrollo.....</b>	<b>25</b>
5.1 Presentación del caso.....	25
5.2 Objetivo 1.....	27
5.3 Objetivo 2.....	31
5.4 Objetivo 3.....	36
<b>6. Conclusiones.....</b>	<b>41</b>
6.1 Limitaciones.....	41
6.2 Objetivos.....	42
6.3 Aporte Crítico y aporte personal.....	43
6.4 Futuras líneas de investigación.....	45
<b>7 Referencias bibliográficas.....</b>	<b>46</b>

## **1. Introducción**

Se lleva a cabo una práctica profesional comenzada en septiembre del 2017 correspondiente a la material de Práctica y Habilitación Profesional V de la carrera de psicología de la Universidad de Palermo.

La institución elegida fue una organización dedicada a la atención psicológica clínica y a la formación, docencia, entrenamiento e investigación en psicología. También cuenta con programas de ayuda asistencial dedicados a personas de bajos recursos. El modelo teórico utilizado en la institución es el modelo integrativo.

Entre las actividades que se realizaron se encuentran la observación de sesiones de psicoterapia en cámara gesell, la transcripción de grabaciones de sesiones de psicoterapia y la asistencia a espacios de supervisión. Se incluyeron entre las actividades de la práctica la cursada de la materia electiva de Integración en Psicoterapia en la Universidad de Palermo.

Se eligió como tema para el trabajo final integrador al caso de una paciente de 9 años con un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) que está en el presente realizando un tratamiento psicológico de dispositivo individual en la institución. Las fuentes utilizadas para recopilar información acerca del caso provienen del resultado de la evaluación psicológica de la paciente, su historia clínica, entrevistas con su terapeuta, observaciones en cámara gesell de su psicoterapia, grabaciones de sesiones de psicoterapia y lo hablado durante los espacios de supervisión del equipo de niñez y familia de la institución.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo General**

Describir la evaluación y el tratamiento de una paciente de 9 años con trastorno obsesivo compulsivo desde el modelo integrativo de Fernández-Álvarez.

### **2.2 Objetivos específicos**

Describir los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo al inicio del tratamiento y su evolución.

Analizar el rol de las relaciones interpersonales en el ámbito familiar de la paciente en el mantenimiento de su trastorno obsesivo compulsivo.

Describir las intervenciones realizadas por la terapeuta durante el tratamiento de la paciente.

### **3. Marco teórico**

#### **3.1 Trastorno obsesivo-compulsivo y criterios diagnósticos**

El trastorno obsesivo compulsivo es una patología psiquiátrica caracterizada por la presencia de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones refieren a pensamientos, impulsos y/o imágenes recurrentes y persistentes que son experimentadas como desagradables e invasivas por el individuo que las tiene. Las compulsiones por su parte son comportamientos o actos mentales que el individuo siente la necesidad de realizar como respuesta a las obsesiones. Estas compulsiones suelen ser repetitivas y aplicarse en función de reglas rígidas de comportamiento. El objetivo de los comportamientos compulsivos es el de reducir la angustia generada por las obsesiones o prevenir eventos temidos. Para que las compulsiones sean consideradas como tales deben usar más de una hora por día o generar un nivel clínicamente significativo de angustia o impedimento (American Psychiatric Association, 2013).

En Hollander et al. (1996 como se citó en Sookman, 2016) se puede observar una correlación significativa entre el trastorno obsesivo-compulsivo, una reducción en la calidad de vida y de niveles altos de deficiencias psicosociales. También se detectaron impedimentos en otras áreas vitales relacionados con el trastorno, como en la convivencia intra-familiar y en la capacidad de cuidado propio.

Sookman (2016) explica también, citando varios estudios sobre la sintomatología del trastorno, que el mismo conlleva un deterioro vital significativo. Para dar un ejemplo de cómo se puede manifestar este deterioro, alguien con obsesiones acerca de dañar a otras personas podría recurrir al aislamiento social y el evitar interactuar con otras personas para prevenir que suceda lo temido por su obsesión. Una persona con obsesiones con contenido perfeccionista, a su vez, puede tener serias dificultades para realizar proyectos escolares o de trabajo, resultando en una reducción del desempeño académico o laboral. Es especialmente significativo el impacto que tienen estos síntomas sobre niños y adolescentes dado que la imposibilidad de socializar con sus pares o asistir al colegio puede tener un impacto que repercuta sobre su desarrollo.

Una de las características del trastorno es la heterogeneidad del contenido de las obsesiones. Las mismas se suelen presentar en cada individuo como variaciones

personalizadas referidas a una o más temáticas particulares. Hay un número de contenidos temáticos que son muy frecuentes en las obsesiones. En un estudio realizado con 145 individuos con trastorno obsesivo-compulsivo se pudo observar que las obsesiones acerca de la contaminación fueron la más prevalente entre individuos afectados por este trastorno, estando presentes en un 57.9% de los pacientes entrevistados. (Abramowitz 2008).

A pesar de lo planteado, es necesario aclarar que es la naturaleza intrusiva y repetitiva del pensamiento y no su contenido el que determina que sea una obsesión. Si bien hay categorías de contenidos frecuentes, los pensamientos obsesivos pueden tener virtualmente cualquier temática (Hudak & Dougherty 2011).

También se pudo observar en estudios varios que la mayoría de las personas con trastorno obsesivo compulsivo tenían múltiples obsesiones y compulsiones. Además pueden ocurrir instancias en las que varias conductas compulsivas del trastorno aparezcan simultáneamente. Por ejemplo cuando alguien realiza un ritual de lavarse las manos y al mismo tiempo está asegurándose de que los objetos del baño estén ordenados simétricamente hay dos conductas compulsivas ocurriendo simultáneamente referidas a dos obsesiones distintas (Hudak & Dougherty 2011).

### **3.1.1. Obsesiones**

Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes repetitivas y recurrentes que son experimentados como involuntarios, intrusivos e inapropiados. Tienen la consecuencia de generar ansiedad y malestar en la persona. Los individuos buscan suprimir o resistir estas obsesiones mediante pensamientos o acciones, que son las compulsiones. Los individuos con el trastorno obsesivo-compulsivo suelen tener situaciones o lugares que detonan a las obsesiones por lo que es común que busquen evitar entrar en contacto con tales contextos. Por ejemplo, es común que individuos con obsesiones acerca de la contaminación eviten ir a lugares públicos donde existe el peligro de exponerse a la suciedad (American Psychiatric Association, 2013).

Abramowitz (2008) distingue las obsesiones de otros fenómenos cognitivos porque las primeras tienen la característica de aparecer involuntariamente y de manera incontrolable intruyendo en la consciencia del individuo, frecuentemente en momentos inoportunos. Además tienen la particularidad de que el contenido de tales pensamientos es incongruente con el sistema de creencias del individuo. Por ejemplo una persona puede tener pensamientos

obsesivos acerca de hacerle daño a alguien querido con quien tenga buena relación. Estas obsesiones entonces están en conflicto constante con los esquemas morales de la persona y esto contribuye a la respuesta de ansiedad que generan y a la necesidad de suprimirlos.

Belloch, Cabedo y Carrió (2011) nombran algunas características propias de las obsesiones: que irrumpen de manera involuntaria y súbita en la consciencia de la persona afectada, que son recurrentes o repetitivas, que son involuntarias y que conllevan una valoración negativa por parte de la persona. También afectan negativamente el estado de ánimo, generando malestar y reacciones emocionales negativas.

Si bien comúnmente las obsesiones se manifiestan en forma de pensamientos, no hay que olvidar que también pueden aparecer en forma de impulsos o imágenes. Esto es especialmente importante al momento del diagnóstico clínico dado que algo como una imagen obsesional al momento del diagnóstico puede ser confundida, con una alucinación visual por ejemplo. Es indispensable entonces cuestionar cuidadosamente al paciente acerca de la naturaleza de sus síntomas para definir correctamente si sufre de obsesiones. Otras veces existe la dificultad de que hay pacientes que no pueden definir claramente el contenido de su pensamiento obsesivo, sino que describen más bien como un malestar o preocupación que solo disminuye una vez que se realiza una acción determinada de manera correcta (Hudak & Dougherty, 2011).

### **3.1.2. Compulsiones**

Las compulsiones o rituales son comportamientos repetitivos o actos mentales que los individuos realizan como respuesta a una obsesión y con el objetivo de reducir el malestar que le ocasiona. Estas compulsiones no están conectadas realísticamente con los eventos temidos o son exagerados y excesivos en relación a la gravedad de lo que se busca evitar. En la mayoría de los casos los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo reconocen que sus pensamientos obsesivos y sus compulsiones son irrealistas (American Psychiatric Association, 2013).

Cia (2006) destaca que estos patrones compulsivos tienen como objetivo disminuir la intensidad de la ansiedad y malestar generados por las obsesiones, recuperando de esta manera el sentido de seguridad. Las compulsiones conllevan un gasto continuo y a veces creciente de energía por lo que suelen tener un efecto detrimental sobre la calidad de vida del individuo, afectando sus actividades cotidianas en contextos varios.

Biglieri y Vetere (2011) explican que tener comportamientos compulsivos produce un feedback cognitivo que refuerza la necesidad de volver a hacerlos. Cuando se tiene una obsesión acerca de un evento percibido como negativo, se realiza un ritual para evitarlo y el suceso no ocurre, se produce un fortalecimiento del sesgo confirmatorio. Este sesgo favorece la interpretación de que la consecuencia temida no ocurre gracias a que se realiza la compulsión y por ende refuerza la necesidad de ritualizar. Esta interpretación se ve reforzada también por el alivio a corto plazo del malestar que conlleva realizar rituales.

Clark y Beck (2011) también manifiestan, citando estudios varios, de la importancia del sesgo confirmatorio, afirmando que realizar estrategias de neutralización como los rituales refuerza la creencia de que estos son responsable de prevenir eficazmente un evento temido y/o reducir la ansiedad de las obsesiones. También nombran otros procesos cognitivos que se refuerzan al realizar compulsiones, como la atención elevada hacia pensamientos intrusivos y el sentimiento de responsabilidad elevada respecto a prevenir una amenaza anticipada. Los autores concluyen que si bien los rituales pueden ser exitosos generando una reducción del malestar al corto plazo, terminan siendo contraproducentes porque contribuyen a la frecuencia de aparición y la atención asignada a las obsesiones.

Abramowitz (2006) explica que las compulsiones son estrategias de afrontamiento maladaptativas, porque buscan prevenir una situación temida producto de un miedo irracional, donde el riesgo real de daño es objetivamente bajo. Desde la perspectiva del condicionamiento clásico, la práctica de conductas compulsivas no permite que se dé la extinción natural de la ansiedad dado que impide que se desconfirmen las creencias disfuncionales asociadas a las obsesiones. Esta desconfirmación ocurriría por ejemplo si una persona tiene una obsesión sobre un desenlace temido pero este no ocurre en la realidad. En cambio si se realiza una compulsión de por medio la persona va a tender a creer que escapó de la consecuencia temida gracias a que realizó tal compulsión. En conclusión las compulsiones obstaculizan el proceso de aprendizaje de que los miedos obsesivos son irrealistas, contribuyendo al mantenimiento del trastorno.

### **3.2. Comorbilidad**

En un estudio de Ruscio, Stein, Chiu y Kessler (2010) se observó que los trastornos con mayor comorbilidad con el trastorno obsesivo-compulsivo son los trastornos de ansiedad con un 75.8%, los trastornos del estado de ánimo con un 63.3%, los trastornos de control de impulsos con un 55.9% y los trastornos por abuso de sustancias con un 38.6%. Asimismo se

analizó que los trastornos que más riesgo conllevan de tener un trastorno obsesivo-compulsivo comorbido son el trastorno bipolar, la agorafobia, el trastornos por ataques de pánico y la dependencia de alcohol.

Torres et al. (2006) encontraron que los trastornos comorbidos con el trastorno obsesivo-compulsivo más frecuentes son el de episodios depresivos con un 36.8% de comorbilidad, trastorno de ansiedad generalizada con un 31.4%, agorafobia y trastorno de pánico con un 22.1%, trastorno de ansiedad social con un 17.3% y fobia específica con un 15.1%.

En una investigación de Chowdhury, Mullick y Arafat (2016) se encontró que los niños con trastorno obsesivo-compulsivo tienen una mayor comorbilidad que los adolescentes, con un 61.9% y un 46.2% respectivamente. Esto pareciera indicar que una edad de inicio del trastorno más temprana estaría relacionada con una mayor probabilidad de tener un trastorno comorbido. También se encontraron diferencias en la comorbilidad en niños y adolescentes siendo que las proporciones de trastorno depresivo (15.4%) y fobia social (12.8%) son más altas en adolescentes mientras que en los niños son más altas las de fobia específica (28.6%) y trastornos de tic (23.8%).

En el trabajo de Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane y Cheslow (1989) se pudo observar que, de una muestra de pacientes niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo, solo un 26% de los individuos tenían tal trastorno como diagnóstico único. Las mayores comorbilidades encontradas en esta muestra fueron los trastornos de ansiedad y la depresión, con un 40% y un 35% respectivamente. A su vez, 33% de los individuos tenían trastornos de conducta o de abuso de sustancias.

La American Psychiatric Association (2013) también detectó una alta prevalencia de comorbilidad del trastorno obsesivo-compulsivo donde un 76% de los adultos con este trastorno son diagnosticados con un trastorno de ansiedad en sus vidas y un 63% con un trastorno del estado de ánimo. A su vez un 30% de los individuos desarrollan un trastorno de tics comorbido, siendo este más frecuente si la edad de inicio del trastorno obsesivo-compulsivo es durante la niñez. También se puede observar con cierta frecuencia en niños con trastorno obsesivo-compulsivo la presencia comorbida de trastorno de tics y trastorno de déficit de atención. Adicionalmente el trastorno obsesivo-compulsivo tiene una prevalencia de 12% en personas con trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia, la cual es mucho mayor a la prevalencia en la población general.

### **3.3. Epidemiología**

Bream, Challacombe, Palmer y Salkovskis (2017), analizando numerosos estudios epidemiológicos, detectaron una prevalencia relativamente baja del trastorno obsesivo-compulsivo, con un porcentaje de 1.2% en el Reino Unido. Estos resultados coinciden con los arrojados por un estudio de Torres et al. (2006) que encontraron una prevalencia de 1.1% de trastorno obsesivo-compulsivo en otra muestra procedente también del Reino Unido.

En Estados Unidos se puede observar una prevalencia de trastorno obsesivo-compulsivo similar con un 1.2% (American Psychiatric Association, 2013).

En Torres et al. (2006) se observó también una mayor prevalencia del trastorno en mujeres en comparación con los hombres, con una proporción de 1.44:1, mostrando una prevalencia total del trastorno del 1.3% en mujeres y de 0,9% en hombres. También en un estudio de Mohammadi et al. (2004) se distinguió una diferencia significativa en función del género pudiéndose observar una prevalencia de 0.7% en hombres y de 2.8% en mujeres.

La edad promedio de inicio del trastorno es de 19.5 años, con un 25% de los casos comenzando antes de la edad de 14 (American Psychiatric Association, 2013).

Ruscio et al. (2008) por su parte encontraron que las probabilidades de padecer este trastorno son más altas en el rango de edad de 18 a 29 con un 12% y luego de esas edades las chances de desarrollar tal patología van decreciendo con la edad hasta llegar a tan solo un 1% en el rango etario de 60 o más. Un estudio de Kessler et al. (2005) encontró que el 50% de las personas con el trastorno comenzaban a tener síntomas antes de los 20 años.

Belloch et al. (2011), analizando estudios epidemiológicos, describen como 65% de los trastornos se manifiestan antes de los 25 años y menos del 5% de los pacientes informan de un inicio posterior a los 40 años de edad.

### **3.4. Trastorno obsesivo-compulsivo y familia**

La familia puede tener la función de ser un factor de mantenimiento del trastorno. Esto se puede observar en como el funcionamiento de las dinámicas familiares se acomoda a los síntomas del paciente, de tal manera que miembros de la familia pueden cumplir con obligaciones que el individuo no puede realizar debido a su patología o terminar incluso formando parte de los rituales. También la manera de reaccionar de los familiares ante los síntomas de un individuo con este trastorno puede tener un rol en el mantenimiento, sean

estas reacciones negativas como de crítica o positivas de comprensión y apoyo afectivo. Dado el rol importante que cumple la familia en este trastorno, durante un tratamiento se tiene que estar constantemente atento a la posibilidad que miembros de la familia puedan sabotear o perjudicar el tratamiento y actuar de manera acorde (Chappa, 2013).

Cia (2006) destaca que la familia entonces puede llegar a formar parte del trastorno obsesivo-compulsivo dependiendo de la manera en que se involucren con el individuo afectado. Por ejemplo la familia puede acomodarse al trastorno de manera que acepta y normaliza los rituales y conductas de reaseguro del paciente. De esta manera y sin saberlo, fomentan el incremento de sintomatología y contribuyen al empeoramiento de la patología.

La familia también puede cumplir un rol colaborativo con la terapia y ayudar en la mejoría del paciente. Por esta razón es fundamental que los familiares sean incluidos en la terapia y se los oriente correctamente, explicándoles cual es el rol que se espera de ellos durante el tratamiento. Es especialmente importante que puedan apoyar al paciente sin formar parte de sus rituales dado que uno de los objetivos de la terapia es que el individuo pueda desarrollar estrategias de afrontamiento alternativas y no patológicas de enfrentar las obsesiones y el malestar que conllevan. La familia entonces debe ser orientada en maneras de ayudar sin ser un factor de mantenimiento del problema. Algunas maneras de colaborar son: reasegurar al paciente que la ansiedad no conlleva necesariamente peligros, fomentar la tolerancia a la incertidumbre, desalentar los rituales ayudando a afrontar las situaciones de otras maneras, colaborar con el cumplimiento y asistencia a la terapia y empujarlo a experimentar y afrontar situaciones provocadores de obsesiones (Cia, 2006).

Belloch et al. (2011) también resaltan la importancia de que la familia entienda que acomodarse a las compulsiones de la persona afectada por el trastorno no es sustentable dado que si bien los rituales pueden generar una reducción inmediata de síntomas, conllevan un empeoramiento del problema a largo plazo. Entonces deben ser instruidos a negarse firmemente, sin enfado ni rechazo, a colaborar en estas conductas compulsivas de tal manera que no se involucren en estas en ninguna medida a pesar de los reclamos que pueda tener el individuo enfermo. Si bien es positivo el no involucrarse en los rituales, los familiares no deben nunca empujar al paciente a enfrentarse con situaciones temidas sin el consentimiento del terapeuta dado que esta imposición puede tener un efecto negativo sobre el tratamiento. Es imprescindible que los familiares respeten el ritmo de la terapia sin escrutar o presionar al paciente respecto al cumplimiento de sus tareas u objetivos terapéuticos.

Lebowirtz, Panza, Su y Bloch (2012) definen el concepto de acomodación familiar como el nivel de participación de los miembros de la familia respecto a los rituales de un individuo con trastorno obsesivo-compulsivo. La participación en compulsiones puede darse de formas variadas, tanto facilitando la evitación de situaciones provocadoras de ansiedad obsesiva como ayudando activamente a completar un ritual. Los autores, citando estudios varios, destacan la correlación entre los niveles de acomodación familiar, la severidad de los síntomas y el nivel de deterioro funcional que provoca el trastorno. Otros estudios citados muestran como la acomodación familiar también es un predictor significativo de la eficacia de tratamientos psicológicos, siendo que niveles altos de acomodación predicen peores resultados terapéuticos. Los autores destacan entonces la importancia de psicoeducar a padres y hermanos para interactuar con el individuo enfermo de tal manera de que no contribuyan al empeoramiento de su cuadro.

Stewart et al. (2008) plantea que la acomodación familiar se presenta muy comúnmente en los relativos del individuo con Trastorno obsesivo-compulsivo, observándose comportamientos de acomodación en el 88.8% de los casos. Los autores a su vez determinaron que la severidad del trastorno y la presencia de obsesiones con contenido sobre contaminación son predictores de un mayor nivel de acomodación familiar. Esto coincide con la explicación del trastorno del modelo cognitivo donde los entornos que refuerzan o permiten rituales generan un empeoramiento del cuadro.

Muchos individuos que sufren de trastorno obsesivo-compulsivo imponen restricciones en la vida familiar a través de conductas compulsivas. Es por esto que este trastorno está asociado a niveles altos de disfunción en la convivencia familiar. Las parejas y padres especialmente reportan sentirse abrumados por la necesidad de acomodarse a los rituales, lo cual les genera un malestar significativo (Sookman, 2016).

En un estudio de Albert et al. (2010 como citado en Bream et al., 2017) se observó un efecto detrimental grave, particularmente en el trastorno obsesivo-compulsivo de contaminación, sobre la vida familiar. Esto sucede porque los individuos con este sub-tipo del trastorno suelen requerir standards exagerados de higiene a los miembros de su familia. Las diferencias de creencias respecto a la contaminación e higiene entre los miembros familiares inevitablemente deriva en no poder estar a la altura de los estándares irrealistas del individuo enfermo. Esta diferencia de perspectivas puede generar conflictos recurrentes intra-familiares.

Waite y Williams (2009) afirman que es fundamental consensuar metas adecuadas con los miembros de la familia del individuo con el trastorno. El terapeuta debe respetar las distintas perspectivas acerca del problema y su posible solución, colaborando en la creación de metas útiles para la terapia. El profesional también tiene que cuidarse de mantener la distancia de creencias disfuncionales acerca del trastorno que puedan tener los familiares. Si el individuo con el trastorno está enfermo hace varios años o ya había hecho otra terapia sin tener éxito, es común por ejemplo que sus familiares tengan una perspectiva pesimista y escéptica respecto a las posibilidades de mejoría. Si existe mucha divergencia en las metas que busca la familia, el terapeuta debe poder hacer intervenciones de psicoeducación y formulación para reducir las diferencias.

### **3.5. Trastorno obsesivo-compulsivo y niñez**

Presta et al. (2003), citando estudios epidemiológicos varios, determinan que existe una prevalencia de trastorno obsesivo compulsivo de 0.2% a 1.2% en la población infantil y adolescente. Este número presenta variaciones internacionales de porcentajes de un rango de 0.25% (Reino Unido) a 5% (Japón). Este nivel de prevalencia indica que este trastorno es relativamente común durante la niñez y 30% a 50% de los pacientes adultos reconocen el comienzo de este trastorno durante su infancia, mientras que el 80% reconocen que el inicio fue antes de los 18 años.

March y Leonard (1996) describen, citando estudios epidemiológicos, como el trastorno obsesivo compulsivo es común en niños y adolescentes, teniendo una prevalencia del 0,5% y donde un tercio de los adultos con el trastorno desarrollaron sus síntomas durante la infancia. Los autores también mencionan la problemática de que este trastorno no sea reconocido en una gran parte de la población infantil que lo sufre. Las razones para la falta de diagnóstico adecuado que los autores determinaron son la falta de insight de los pacientes infantiles, su secretismo y las fallas de profesionales de la salud al catalogar el trastorno.

Presta et al. (2003) nombran como obstáculos para el diagnóstico correcto del trastorno a: la tendencia de los niños a enmascarar los síntomas, el hecho de que las familias frecuentemente colaboren con y naturalicen los rituales, la incapacidad de los infantes de caracterizar sus preocupaciones obsesivas como irracionales o excesivas y la frecuencia con que se consulta a profesionales no psicólogos de la salud, tales como pediatras, respecto de la problemática en vez de acudir a un psicólogo.

Micali et al. (2010) analizaron la proporción de casos de trastorno obsesivo compulsivo en la niñez y adolescencia que persistían al llegar a la adultez. El porcentaje de

casos en los que el trastorno permaneció hasta la adultez fue de 41% mientras que 19% de los otros pacientes reportaron síntomas obsesivos-compulsivos significativos sin llegar a cumplir los criterios diagnósticos del trastorno. Además el 70% de los pacientes que sufrieron de TOC en su niñez o adolescencia fueron diagnosticados durante su adultez con un trastorno del eje 1 del ICD-10 siendo que el 38.9% desarrollaron un trastorno de ansiedad. Teniendo en cuenta estos datos, se puede afirmar que el trastorno obsesivo compulsivo que se presenta de manera temprana tiene un alto potencial de volverse crónico o derivar en otros trastornos comorbidos. Los autores concluyen en su estudio que existe evidencia de que una mayor duración del trastorno sin que sea tratado es un predictor de una mayor de probabilidad de persistencia del mismo por lo cual destacan la necesidad de reconocer esta enfermedad en sus etapas más tempranas.

Leonard et al. (1993) estudiaron longitudinalmente una muestra de 54 pacientes niños o adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo. Los autores pudieron ver que el 43% de ellos continuaron presentando el trastorno en la adultez mientras que el 89% llegaron a la madurez con algún trastorno. Estos resultados son muy similares a los observados en Micali et al. (2010).

En un estudio de Piacentini, Bergman, Keller y McCracken (2003) sobre los efectos adversos del TOC en jóvenes e infantes se observó que el 90% de ellos reportaron al menos un problema funcional en una de las tres áreas vitales evaluadas: hogar/familia, académica y social. En general, los padres tendieron a valorar más alta la magnitud de la discapacidad generada por el trastorno, especialmente respecto al área del hogar y la familia. Mientras que los pacientes tendieron a evaluar más gravemente las consecuencias del trastorno sobre sus actividades de ocio y situaciones sociales. Esta discrepancia en la apreciación de los efectos de la enfermedad entre los pacientes y sus padres sugiere que para un entendimiento completo de estos casos sería necesario analizar los reportes de las dos partes y no solo de una.

La terapia para niños comienza con una etapa de psicoeducación sobre el trastorno obsesivo-compulsivo donde se introduce el modelo cognitivo de como funciona este trastorno. En caso de los chicos se puede usar una analogía para explicarlo. Waite y Williams (2009) dan el ejemplo de comparar el trastorno obsesivo-compulsivo con un bravucón que buscan asustar y empujar a las personas a que hagan cosas en contra su voluntad.

Waite y Williams (2009) destacan la importancia para el tratamiento terapéutico de explicarle al niño en términos entendibles en que consiste el trastorno obsesivo-compulsivo y

cómo funcionan las obsesiones y compulsiones. Luego de una definición correctamente hecha de tales conceptos, el niño debe ser capaz de explicarlos con sus propias palabras.

Posteriormente en el tratamiento y siguiendo con la analogía del bravucón, se busca comenzar a desalentar las compulsiones, explicando que darle al bravucón lo que quiere no va a hacer que deje de pedir cosas sino que incluso puede tener el efecto contrario. El objetivo de esta intervención es desafiar la noción de utilidad que tiene para el chico realizar las compulsiones u otras estrategias de afrontamiento disfuncionales (Waite & Williams, 2009).

March, Mulle y Herbel (1994) También plantean la necesidad de presentar al trastorno obsesivo compulsivo mediante metáforas. Por ejemplo describirlo como un enfrentamiento entre una entidad buena y una mala, donde la primera representa al niño, sus recursos y sus aliados y la segunda refiere a los síntomas de su trastorno. De esta manera se separa lingüísticamente al trastorno del niño y se busca aliviarlo de los sentimientos de responsabilidad o culpa que pueda tener sobre su trastorno. A su vez busca fomentar una actitud activa donde el paciente puede ganarle al TOC con la ayuda de la estrategia que le provee el terapeuta. Otra metáfora muy utilizada según el autor durante la fase de psicoeducación se utiliza introduciendo la noción de que el niño está escribiendo la historia de su vida donde el trastorno obsesivo compulsivo es un personaje que está presente pero puede dejar de formar parte de tal historia si así lo desea el escritor. Esto busca representar como el niño tiene el poder de decisión darle menos protagonismo a su trastorno.

Gomar, Mandil y Bunge (2010) También describen la importancia de la psicoeducación, donde se le explica a los niños el modelo de funcionamiento de trastorno obsesivo-compulsivo con lenguaje muy claro y acorde al nivel de comprensión y edad del paciente. También estos autores favorecen el uso de analogías y metáforas, usándolas como parte de la técnica de externalización. Esta técnica consiste en catalogar al trastorno obsesivo-compulsivo en función de una característica negativa y verlo como algo ajeno a la persona de tal manera que pierda poder sobre la misma y se facilite enfréntalo.

Además de trabajar sobre las compulsiones, es importante normalizar los pensamientos intrusivos propios de las obsesiones. Esto deriva en una reducción de malestar y de la necesidad de realizar rituales. También se utilizan en este caso las alegorías y las metáforas con el objetivo de reinterpretar los pensamientos, analizar su significado y ver si el riesgo que suponen es realista. Se debe guiar a los chicos con el objetivo de que lleguen a la

conclusión que no necesariamente deben hacer lo que las obsesiones los empujen a hacer y que no necesariamente estas dicen la verdad. Finalmente se llega a una explicación alternativa más saludable para el niño que explique el contenido de las obsesiones (Waite & Williams, 2009).

Respecto a la fase del tratamiento de reestructuración cognitiva, los autores mencionan que es fundamental que los pacientes pediátricos aumenten su percepción de control sobre sus pensamientos obsesivos y se los identifique como algo que quiere producirles miedo y hacerles hacer cosas que no quiere. De esta manera se produce una distinción entre obsesiones y compulsiones donde uno puede elegir no hacerle caso o resistirse a las ideas obsesivas y por lo tanto no realizar los rituales. Esto también es útil como paso anterior a realizar tareas de exposición y prevención de respuesta porque facilita un rol desafiante y activo del niño frente a sus obsesiones (Gomar et al., 2010).

La exposición y prevención de respuesta es otra técnica que se utiliza en tratamientos de primera línea con niños que padecen de TOC y tiene una alta efectividad en la reducción sintomática en la población infantil, incluso mayor a la efectividad de los ISRSs y con menos síntomas residuales (Abramowitz, Whiteside & Deacon, 2005). Aun así los ISRSs si generan una mejoría en pacientes jóvenes con TOC aunque menor a la de la ERP y tienen la desventaja de que los síntomas suelen regresar cuando la medicación es descontinuada. Por estas razones los autores recomiendan al tratamiento psicofarmacológico como un tratamiento de segunda línea a utilizar en caso de que la ERP no se pueda utilizar o haya fallado.

March (1995) recomienda que la primera estrategia terapéutica para pacientes de edad temprana con trastorno obsesivo compulsivo debería ser la terapia cognitiva conductual sola y posteriormente si no se obtienen los resultados esperados, la respuesta a la terapia resulta muy lenta o si se observan síntomas depresivos se deberá agregar el tratamiento psicofarmacológico. El autor cita estudios varios para determinar que la psicofarmacología y la terapia cognitiva conductual trabajan bien en conjunto para casos de TOC y la magnitud de mejoría es estadísticamente mayor con esta combinación que con medicación sola. Sin embargo, no se suele comenzar con tratamiento psicofarmacológico desde el principio debido a los posibles efectos secundarios que conlleva.

Si bien la efectividad de los psicofármacos está confirmada en adultos con trastorno obsesivo compulsivo en numerosos estudios, existe relativamente poca investigación

científica de efectividad en el caso de los niños (presta et al., 2003). Los autores, analizando estudios varios, observan que todos los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son considerados efectivos y bien tolerados en el tratamientos a largo plazo en niños con TOC, aunque con dosis más bajas que en adultos. También la efectividad de la clomipramina fue confirmada numerosas veces en el tratamiento de pacientes infantiles de TOC pero presentando efectos secundarios frecuentes de somnolencia, fatiga, mareo y boca seca.

Geller et al. (2003) realizaron un meta análisis de doce estudios con una muestra total de 1044 participantes para evaluar la efectividad del tratamiento psicofarmacológico en pacientes pediátricos con trastorno obsesivo compulsivo. Se evaluaron tratamientos con 4 ISRSs (paroxetina, fluoxetina, fluvoxamina y sertralina) y un antidepresivo tricíclico (clomipramina). En el estudio se pudo observar que los 4 ISRSs tuvieron un efecto terapéutico significativo versus un placebo (medido mediante el Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) sin diferencias de efectividad entre ellos, mientras que la clomipramina mostro un nivel de efecto terapéutico superior a sus contrapartes ISRSs. A pesar de esto los autores no recomiendan el tratamiento de clomipramina como primera opción dado sus frecuentes efectos adversos en niños.

### **3.6. Trastorno obsesivo-compulsivo de contaminación**

Cia (2006) define al trastorno obsesivo-compulsivo de contaminación como un tipo fenomenológico del trastorno caracterizado por obsesiones con preocupación o disgusto constantes respecto a fuentes de contaminación externas o internas. Los individuos con este subtipo del trastorno categorizan, en función de un esquema arbitrario, a elementos de su entorno como limpios o sucios y pueden percibir un objeto como contaminado tan solo por entrar en contacto con una fuente de contaminación. La contaminación entonces tiene la característica de ser transmisible, de tal manera que el número de contaminantes esta en variación constante.

Foa y Wilson (2001) determinaron que entre los siete tipos más comunes de trastorno obsesivo-compulsivo se encuentra el de los lavadores y limpiadores. Los individuos que se encuentran dentro de este tipo experimentan obsesiones acerca de la necesidad limpieza y la aversión a la contaminación que puede surgir de fuentes varias como: gérmenes, productos químicos, secreciones corporales y enfermedades. Los rituales entonces pueden tener como objetivo higienizarse si se entró en contacto con fuentes de contaminación o simplemente

utilizarse para recuperar una sensación de tranquilidad. En casos externos los lavadores y limpiadores pueden recurrir a medidas como evitar entrar en contacto con cualquier objeto que sea una posible fuente de contaminación o no dejar que entre en la casa ningún objeto o persona foránea. Los restantes subtipos son: los comprobadores caracterizados por necesitar comprobar algo repetidas veces para evitar situaciones temidas, los repetidores que tienen la compulsión de repetir acciones para evitar lo temido, los ordenadores que buscan colocar objetos en patrones rígidos y específicos, los acaparadores que coleccionan objetos con o sin valor de manera compulsiva sin poder deshacerse de ellos, los ritualizadores de pensamiento que se sienten obligados a realizar rutinas mentales de manera exacta para aliviar a los pensamientos intrusivos y los obsesivos puros en los cuales las compulsiones se manifiestan mediante debates internos entre pensamientos obsesivos y pensamientos reaseguradores.

Bream et al. (2017) Citando estudios varios, notan que el trastorno obsesivo-compulsivo de contaminación es una de las formas del trastorno más comunes y más conocidas detectaron una prevalencia alta de este subtipo de trastorno, constituyendo el 25% al 50% de los casos totales de trastorno obsesivo-compulsivo.

Si bien este sub-tipo de trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por la temática de las obsesiones relacionado con la contaminación, tal contenido puede abarcar un rango amplio de miedos específicos. Puede referirse al contacto con otros o con objetos, miedo a los gérmenes o a enfermedades particulares, toxinas, venenos e incluso contaminación mental que puede ser por ejemplo miedo de adquirir características negativas de personas por interactuar con ellas. Los autores también notan la particularidad de este sub-tipo de que además del miedo, los individuos adicionalmente suelen tener reacciones emocionales de asco y aversión (Bream et al., 2017).

### **3.7. Tratamiento integrativo de trastorno obsesivo-compulsivo**

El tratamiento integrativo del trastorno obsesivo compulsivo incluye técnicas orientadas a la reestructuración cognitiva a la par de herramientas de la psicología conductual, particularmente la exposición con prevención de respuesta. Estos dos procedimientos sumados al uso de psicofármacos como los ISRS, dependiendo del caso, constituyen el tratamiento con mayor efectividad probada para el trastorno obsesivo-compulsivo (Chappa, 2013).

El tratamiento integrativo se basa en la premisa de que los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo tienen obsesiones pero también tienen pensamientos y significaciones distorsionadas acerca de las mismas. Estos sesgos, tales como darle un valor exagerado a los pensamientos obsesivos o sentir una responsabilidad exagerada sobre ellos, son los que llevan a los pacientes a necesitar erradicar las obsesiones mediante los rituales. El problema entonces no radica directamente en las obsesiones sino en las creencias disfuncionales asociadas a ellas. El autor nombra alguno de los sesgos y creencias disfuncionales comunes en el trastorno: la creencia de que por pensar en que pase algo negativo hay chances de que suceda realmente, la responsabilidad de tener que hacer algo para evitar consecuencias temidas en la obsesión y la fusión pensamiento-acción. Esta última refiere a la creencia de que pensar en cometer una acción negativa o dañina es tan incorrecto e inaceptable como realizar dicha acción (Chappa, 2013).

Finalmente Chappa (2013) menciona dos respuestas conductuales que los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo realizan como respuesta a estos sesgos y pensamientos que tienen sobre las obsesiones y en respuesta a la reacción emocional que producen. Estas respuestas son la evitación de estímulos que puedan detonar las obsesiones y la realización de compulsiones para evitar que sucedan las consecuencias temidas de la obsesión. Estos mecanismos se retroalimentan con las obsesiones de tal manera que las refuerzan y contribuyen a que se sostenga e intensifique el trastorno. De acuerdo con la teoría cognitiva, el no enfrentarse a las consecuencias temidas tiene como consecuencia que no se verifique nunca si realmente van a ocurrir y por ende se mantienen firmes las creencias disfuncionales.

### **3.7.1. Tratamiento cognitivo**

Desde la perspectiva cognitiva se establece una diferencia entre un pensamiento intrusivo y una obsesión. El primero se caracteriza como un pensamiento automático e involuntario que ocurre en todas las personas de manera cotidiana que puede devenir en una obsesión dependiendo del significado que se le atribuye. El malestar generado también depende de la significación y valoración cognitiva que se le otorgue a tal pensamiento obsesivo y no de sus contenidos. Esto supone que un pensamiento intrusivo normal puede devenir en una obsesión patológica dependiendo de la interpretación que se le dé. Cuando se desarrolla una interpretación suficientemente negativa sobre los pensamientos intrusivos, se

comienzan a desarrollar estrategias de neutralización y control que devienen en conductas compulsivas (Biglieri & Vetere, 2011).

Belloch et al. (2011) explican que para que una intrusión mental normal se transforme en una obsesión entran en juego elementos cognitivos como las valoraciones y creencias disfuncionales. A mayor importancia otorgada a estos pensamientos intrusivos, mayor es la chance de que se transformen en obsesiones, intensificando la reacción emocional y requiriendo la utilización de rituales para contrarrestarlas. Esta teoría también coincide con el hecho de que frecuentemente el contenido de las obsesiones es opuesto a las convicciones, personalidad y moral de las personas. Esto sucede porque los pensamientos intrusivos más inaceptables son los que se más se tienden a valorar negativamente y a dar más importancia por lo que tienen más probabilidad de convertirse en obsesiones. De esta forma es común que, por ejemplo, las personas moralmente estrictas tengan obsesiones de carácter sexual o que las personas más tranquilas y menos confrontativas tengan obsesiones sobre dañar a otros.

Esta noción coincide también con lo planteado por Chappa (2013), quien explica que todas las personas experimentan en algún momento pensamientos, imágenes o impulsos que resultan intrusivos. Sin embargo en el caso del trastorno hay un factor adicional que es la disfunción del significado que hace que tales pensamientos se tornen obsesivos. Las disfunciones cognitivas asociadas al pasaje de ideas intrusivas a obsesiones varían según el autor.

Salkovskis (1995) encuentra que los pacientes de trastorno obsesivo-compulsivo interpretan aspectos de su funcionamiento mental de manera distinta a las personas sin esta patología. Los individuos con este trastorno buscan ejercer un control exagerado sobre sus propios pensamientos dado que se percibe que el contenido de estos puede ocurrir si no se neutralizan. Estas interpretaciones de tener responsabilidad sobre lo que se piensa y de que el contenido de los pensamientos puede ocurrir si no se neutralizan son las responsables de transformar los pensamientos intrusivos en obsesiones. La responsabilidad en este caso se define como la creencia de que uno será la causa de daño hacia otros o hacia uno mismo a menos que realice una acción restorativa o preventiva. En este caso, el no hacer nada a pesar de ser consciente de una posible consecuencia desastrosa (el contenido del pensamiento intrusivo) convierte al individuo en un agente causal de tal consecuencia.

Belloch et al. (2011) describen que el tratamiento estándar para el trastorno obsesivo-compulsivo se realiza a lo largo de 6 meses, dividido en 20 sesiones, siendo 2 de psicoeducación y 16 de reestructuración cognitiva. Luego de terminado el tratamiento se realizan 2 últimas sesiones focalizadas en la prevención de recaídas. Entre sesiones al paciente se le asignan tareas a realizar. El objetivo de estas tareas es que el paciente tenga experiencias que desafíen la validez de las creencias disfuncionales y contribuyan a una reformulación cognitiva. Adicionalmente las tareas realizadas exitosamente refuerzan el compromiso y sentimiento de auto-eficacia del paciente.

Primeramente se realiza una etapa de psicoeducación. Durante esta etapa el terapeuta educa al paciente acerca de lo normal que es tener pensamientos no deseados que nos resultan intrusivos y sobre los efectos detrimentales que tienen las conductas de evitación y de neutralización a largo plazo. Otro punto central a tratar durante la psicoeducación es poder distinguir las obsesiones de la interpretación que se tiene acerca de ellas. Es importante que el paciente pueda entender el peso que tiene la interpretación desadaptativa de los pensamientos obsesivos, es decir la importancia y significado que se les da más allá del contenido que tengan (Clark & Beck, 2011).

Behobi Baudou, García y Fernández-Álvarez (2013) también hablan de una normalización de la experiencia en esta fase del tratamiento durante la cual se explica como todas las personas sufren de pensamientos intrusivos. En esta primera etapa se describirán también los síntomas cognitivos y conductuales específicos de esta psicopatología. Finalmente se instruirá al paciente en el modelo cognitivo del trastorno según el cual los sesgos generan una evaluación negativa de las obsesiones y esta evaluación es la que genera el malestar emocional que culmina en la realización de rituales y no el pensamiento obsesivo en sí. Esta etapa de psicoeducación puede ser complementada presentando esquemas y guías visuales sobre el funcionamiento psicopatológico del trastorno para facilitar su entendimiento.

Otro objetivo final de la psicoeducación es el de iniciar un proceso de externalización en el paciente. Este proceso consiste en poder observar el fenómeno de las obsesiones como algo ajeno a la persona, incentivando la actitud activa y orientada al cambio. Se busca que el paciente vea al trastorno obsesivo-compulsivo tan solo como un aspecto experiencial del paciente que se puede cambiar (Biglieri & Vetere, 2011).

Biglieri y Vetere (2011) también explican que esta etapa del tratamiento no está limitada al paciente sino que la psicoeducación también está dirigida hacia su entorno familiar. La familia puede tener un rol importante en el mantenimiento o en el tratamiento del trastorno. Puede ser una fuente de contención y motivación como también pueden tener un vínculo de codependencia con el paciente que incentive la realización de rituales. Otra característica de las interacciones familiares que puede afectar negativamente al tratamiento es si miembros de la familia invalidan la experiencia del padeciente, adjudicando su trastorno a una falla de la personalidad o a la falta de voluntad de cambiar. El terapeuta tiene el rol de explicarles a los miembros familiares como colaborar con el tratamiento y que conductas favorecen o son perjudiciales para el cuadro del paciente. En casos donde exista un deterioro significativo de las relaciones familiares se puede añadir al tratamiento una terapia familiar o se pueden tener sesiones adicionales junto con la familia.

La segunda fase es la de reestructuración cognitiva. Durante esta etapa se entrenará al paciente para identificar rituales, sesgos y obsesiones. Luego de identificados estos elementos, se procederá a flexibilizar los sesgos mediante técnicas cognitivas-conductuales clásicas como el diálogo socrático o los experimentos conductuales. También se reevaluará la necesidad de ritualizar y se buscará desarrollar un criterio para diferenciar las conductas que son de carácter compulsivo y las que no lo son (Behobi Baudou et al., 2013).

Belloch et al. (2011) destacan que el rol del terapeuta no es el de debatir acerca de la irracionalidad del contenido de las obsesiones ya que están por definición reconocidas como irracionales por el paciente mismo. Durante la etapa de reestructuración cognitiva del tratamiento, el terapeuta debe cumplir una función de dirigir al paciente hacia la reevaluación de las creencias y significaciones que se tiene sobre tales obsesiones. El objetivo es que el paciente pueda tener una obsesión sobre una consecuencia temida y sin embargo saber que no porque tenga tal pensamiento la consecuencia va a suceder. Se busca entonces que el paciente sea capaz de ignorar y desestimar las obsesiones y eliminar las valoraciones disfuncionales que tiene acerca de las mismas.

Clark y Beck (2011) explican que las intervenciones de reestructuración cognitiva buscan desafiar las interpretaciones erróneas y creencias que los pacientes tienen acerca de sus propias obsesiones y no modificar directamente a estas. Los pacientes difícilmente puedan abandonar sus miedos obsesivos pero sí pueden ser reeducados para evaluar a sus pensamientos de una manera más realista y útil. Para lograr esta reevaluación se utilizan técnicas cognitivas como la de calcular la probabilidad realista de una consecuencia temida,

recolectar evidencia que contradiga a una interpretación o hacer un análisis del costo-beneficio de realizar compulsiones. El tratamiento cognitivo le presta especial atención a modificar la creencia de que uno necesita tener control completo sobre sus obsesiones. En conclusión se busca que el paciente cuestione sus interpretaciones acerca de las obsesiones y acerca de su responsabilidad y necesidad de control sobre ellas. A su vez se busca consensuar una perspectiva más saludable y adaptativa.

Finalmente durante la fase de prevención de recaídas se buscará proporcionarle al paciente un repertorio de estrategias para que pueda poner en marcha ante futuros rituales y obsesiones. (Behobi Baudou et al., 2013).

Además se reforzaran las estrategias y técnicas aprendidas durante la terapia se pueden consensuar sesiones de refuerzo periódicas posteriores a la finalización de la terapia donde el terapeuta pueda monitorear el estado del paciente y asegurarse de que el progreso logrado se mantenga en el tiempo (Cordioli & vivan, 2012).

### **3.7.2. Exposición y prevención de respuesta**

La exposición y prevención de respuesta es uno de los primeros procedimientos que resulto efectivo para tratar el trastorno obsesivo-compulsivo, focalizándose en eliminar las compulsiones. Es una herramienta propia de la psicología conductual que consiste en una exposición gradual y sistemática durante la cual el paciente es expuesto a estímulos provocadores de pensamientos obsesivos y debe resistir el impulso de realizar las compulsiones asociadas. El objetivo final es desligar los pensamientos obsesivos de la reacción compulsiva. Las limitaciones de esta herramienta, tales como las dificultades frente a la exposición por no ser aceptable o tolerable y la imposibilidad de actuar sobre contaminaciones mentales, fueron complementadas por aportes de la psicología cognitiva. Se propicia entonces un abordaje integrativo que incluya procedimientos cognitivos tanto como conductuales (como la exposición y prevención de respuesta). La idea de esta integración es que las herramientas cognitivas se utilizan para tratar creencias subyacentes y factores de mantenimiento cognitivos, mientras que las técnicas conductuales, se encarguen de tratar los componentes comportamentales del trastorno obsesivo-compulsivo que son la evitación y los rituales compulsivos (Chappa, 2013).

Abramowitz (1997) estudio la eficacia terapéutica de diversos tratamientos psicológicos y encontró que tanto la terapia cognitiva como la exposición con prevención de respuesta resultan efectivas para tratar el trastorno obsesivo-compulsivo y que estos dos

enfoques carecen de diferencias significativas en el nivel de eficacia. El autor analiza a partir de estos resultados la posibilidad de que los dos tratamientos tengan un mismo mecanismo de cambio. Una inspección de los contenidos de los dos tratamientos encontró que cada uno posee elementos del otro. Se teoriza entonces que los dos enfoques buscan generar un cambio en las creencias disfuncionales del paciente, siendo que la terapia cognitiva busca llegar a ese objetivo mediante desafíos verbales y los procedimientos conductuales buscan que la exposición facilite la desconfirmación de tales creencias.

Gomar et al. (2010) afirman que la terapia cognitiva se complementa con las técnicas de exposición y prevención de respuesta. La terapia cognitiva puede aportar herramientas que le permitan al paciente afrontar el malestar propio de la exposición, como por ejemplo la utilización de auto-afirmaciones, lo cual facilita la realización de tareas de exposición.

La técnica de exposición y prevención de respuesta está focalizada en trabajar la ansiedad, miedo y malestar general producidos por las ideas obsesivas. El fin de esta herramienta no es eliminar tales ideas, sino reducir la intensidad de la reacción emocional ante las mismas. Esto se diferencia de las intervenciones propias de la terapia cognitiva pura que busca cambiar la perspectiva e interpretación sobre las obsesiones, mientras que la exposición y prevención de respuesta apunta a reducir la reacción emocional de tal manera que no sea necesario realizar rituales (Cia, 2006).

Esta técnica de exposición se basa en que un elemento central del trastorno obsesivo-compulsivo es la respuesta conductual ante la obsesión y no la obsesión en sí. Se comprobó que exponerse a estímulos e ideas que suscitan obsesiones sin ritualizar genera una reducción de la ansiedad en el largo plazo y permite desarrollar mecanismos de afrontamiento alternativos más adaptativos (Chappa, 2013).

Para la correcta implementación de la técnica de exposición y prevención de respuesta es necesario en un principio realizar un listado jerarquizado de obsesiones y sus rituales asociados, otorgándoles un puntaje correspondiente a la intensidad de malestar y ansiedad que generen. Esta jerarquización será fundamental para seleccionar los objetivos de cada tarea de exposición e ir progresando en su dificultad de manera sistemática (Chappa, 2013).

Cordioli y Vivan (2012) también destacan la importancia de elaborar un listado jerarquizado de síntomas como paso anterior a la exposición. Para realizar esta lista se le pide al paciente que detalle todas las obsesiones, compulsiones y comportamientos evitativos que

detecte en su vida cotidiana y los clasifique según el nivel de ansiedad o incomodidad que le generan en una escala que puede ser del 0 al 100 o del 0 al 10. Esto permite comenzar los ejercicios de exposición y prevención de respuesta con las situaciones que provoquen menos ansiedad e ir subiendo en la escala. Es importante que la exposición se inicie con estímulos que generen una ansiedad tolerable porque la ansiedad va a aumentar al comienzo del ejercicio. A pesar de este aumento inicial de la ansiedad, luego esta va a decrecer a lo largo del tiempo y va a disminuir a su vez la necesidad de realizar rituales.

En el caso del tratamiento de niños, el terapeuta se vale de la información de la lista de miedos para elaborar una zona de trabajo. Esta zona consta de estímulos a los que el individuo puede resistirse con éxito, sin realizar compulsiones, desde un tercio hasta la mitad de las veces. De esta manera se trabaja sobre situaciones que el niño ya enfrentó exitosamente en el pasado por lo que tiene la capacidad de volver a hacerlo. A medida que el paciente progresa la zona de trabajo se va desplazando hacia arriba en la jerarquía de miedos. Es importante que este trabajo progrese de manera gradual dado que exponer al niño a un estímulo de jerarquía alta antes de tiempo lo abrumaría con malestar y reforzaría la noción de que no es posible manejar los síntomas (Gomar et al., 2010).

La técnica de la exposición y prevención de respuesta está basada en dos principios propios de la teoría conductual del condicionamiento: la extinción y la habituación. La extinción se manifiesta en este caso al desligar un estímulo positivo (la reducción de la ansiedad) con una conducta (ritual o compulsión). Este proceso sucede dado que el paciente experimenta, al inhibir sus compulsiones, una reducción de las ideas obsesivas y su consecuente ansiedad. La habituación se da por exposición repetida a un estímulo ansiógeno lo cual genera una reducción de la activación emocional ante el mismo (Cia, 2006).

En el caso de ideas obsesivas con contenido relacionado con la contaminación, la exposición al estímulo aversivo es constante dado que uno normalmente está rodeado por potenciales contaminantes, por lo que el foco está en inhibir las respuestas compulsivas. Al paciente se le indica evitar rituales y abstenerse intencionalmente de limpiar y lavarse (Cia, 2006).

## **4. Metodología**

### **4.1. Tipo de estudio**

Descriptivo, de caso único

## **4.2. Participante**

La paciente sobre la cual se basará el trabajo es una paciente a quien se le llamara Cintia. Tiene 9 años y es estudiante de cuarto grado de colegio primario. Vive con sus padres Carolina de 40 años y Emanuel de 42 años en Capital Federal. Tiene dos hermanas, Daniela de 11 años y Gabriela de 7 años. Los padres realizan una consulta en la institución por problemas de conducta y de convivencia en el ámbito familiar de su hija Cintia. Luego de que se le realizara una entrevista de admisión y una evaluación inicial, se la diagnostica con trastorno obsesivo compulsivo y comienza un tratamiento psicológico individual en la institución.

La terapeuta de la institución a cargo del caso será llamada P. Ella tiene 49 años, es licenciada en psicología de la Universidad de Belgrano y es miembro del equipo de niñez y familia de la institución. El modelo utilizado por la terapeuta durante el tratamiento es el modelo integrativo de Fernández-Álvarez.

El proceso terapéutico fue supervisado por E quien es una licenciada en psicología de la Universidad de Belgrano y es la directora del equipo de niñez y familia de la institución.

## **4.3. Instrumentos**

Se recogieron datos de la observación de algunas sesiones de la terapeuta con la paciente realizadas dentro de una cámara gesell. Adicionalmente se transcribieron y analizaron 5 sesiones de psicoterapia que habían sido grabadas.

Se utilizaron datos derivados de la evaluación psicológica inicial de la paciente que se realizó durante la entrevista de admisión. También se examinaron los datos derivados de la historia clínica de la paciente.

Finalmente se utilizó la información proveniente de la discusión del caso en el espacio de supervisión del equipo de niñez y familia. Se le dio especial importancia a la devolución realizada por la licenciada E acerca del desarrollo del caso, quien es la encargada de supervisar este equipo terapéutico.

## **4.4. Procedimiento**

Se observaron de manera directa 2 sesiones de psicoterapia realizadas dentro de una cámara gesell.

Se observaron y analizaron 4 videos grabados por la terapeuta de sesiones de psicoterapia con la paciente y las transcripciones en texto del dialogo en las mismas.

Se observó la transcripción textual del dialogo ocurrido en la entrevista de admisión a la cual asistieron Cintia, sus hermanas y sus padres.

Se observaron y analizaron los trabajos asignados por la terapeuta y realizadas por la paciente dentro y fuera del contexto terapéutico. Esto incluyó las tareas proporcionadas a la paciente para que haga en su casa y los resultados de las mismas

Se revisaron los resultados de la evaluación psicológica de la paciente estaban detalladas algunas características de personalidad e indicadores psicotalógicos.

## **5. Desarrollo**

### **5.1 Presentación del caso**

Se modificaron los nombres de la paciente, sus familiares y los terapeutas involucrados con la finalidad de mantener el anonimato. La paciente Cintia tiene nueve años y asiste a cuarto grado de un colegio primario en Capital Federal. Sus dos hermanas asisten al mismo colegio. Los padres de la paciente cuentan que ella le tiene miedo a la saliva de su hermana mayor y busca constantemente evitar situaciones donde pueda entrar en contacto con la misma. Incluso la mera visualización de su hermana comiendo le provoca aversión. Ante un evento donde vea o escuche a su hermana hablar muy ruidosamente, comer, dar besos o cualquier otra actividad donde su saliva pueda entrar en contacto con ella, con otro o con un objeto, Cintia comienza a gritar hasta que sus padres detengan a Daniela y laven el objeto que potencialmente haya sido contaminado. Luego de una evaluación inicial en la institución, se la diagnostica con trastorno obsesivo compulsivo de contaminación (American Psychiatric Association, 2013). La paciente vive la ciudad con sus padres, Carolina de 40 años y Emanuel de 42. También convive con sus dos hermanas: Daniela de 11 años y Gabriela de siete. La paciente presenta una relación cercana con sus progenitores. Los padres de la paciente describen que Cintia tiene una buena relación con sus dos hermanas a pesar de los problemas de convivencia que existen con Daniela debido al problema por el cual se consulta. Cintia comparte el cuarto con su hermana menor mientras que Daniela tiene su propia habitación.

La familia anteriormente realizaba varias actividades en conjunto pero varias se vieron limitadas o incluso interrumpidas debido al problema de Cintia. Por ejemplo tenían la

tradición de cenar juntos y de hacer desayunos familiares los domingos en forma de picnics en el jardín pero tuvieron que suspender estas dos actividades debido al malestar que le produce a Cintia el ver comer a su hermana mayor.

Sus padres relatan que la paciente comenzó con sus síntomas a los 6 años y que habían ido evolucionando de gravedad con el tiempo. Afirman también que ella se encuentra muy angustiada respecto a lo que le pasa y que expresó varias veces que le gustaría no reaccionar como lo hace ante las situaciones con Daniela y que quiere poder volver las cosas a cómo eran antes.

Más allá de los síntomas del trastorno que presenta la niña, sus padres la describen como una persona que tiene buen desarrollo intelectual, muy activa y que realiza diversas actividades. Practica tenis en el colegio, juega con amigos frecuentemente y sale a las mañanas a andar en bicicleta por el barrio. También es fanática de la serie animada Pokemon y suele ir a jugar al juego de android Pokemon Go con amigas.

Su madre afirma que es una chica alegre, divertida, sensible y extrovertida a la que le gusta integrarse a nuevos grupos. También destaca el carácter activo que tiene Cintia dado que le gusta cantar, bailar, hacer deportes y andar en bicicleta. Además describe que solía disfrutar de las actividades familiares y excursiones tales como irse de vacaciones o salir a hacer un picnic antes de la aparición de sus síntomas. También dice que las dos tienen una excelente relación. Su padre agrega que es una buena alumna y muy cariñosa. Adicionalmente los dos refieren algunas características propias de la chica como que se distrae fácilmente, que es caprichosa y un poco miedosa.

Adicionalmente los padres destacaron que sus hijas tienen una buena relación entre sí e incluso Daniela y Cintia son cercanas y se siguen llevando bien a pesar de la tensión que ocasionan los problemas referidos al trastorno.

La paciente había realizado un tratamiento psicológico anteriormente en otra institución. Durante este proceso terapéutico se la había diagnosticado con fobia simple y los papas de Cintia expresan que tal terapia no la ayudó en nada y que no habían observado una mejoría en sus síntomas por lo que habían decidido suspender prematuramente el tratamiento.

Primeramente la terapeuta intentó evaluar en qué consistía la sensación que sentía la paciente cuando entraba en contacto con las situaciones detonantes de obsesiones. Aquí se encontró con el obstáculo de la dificultad de la niña para poder describir tal sensación, que

explicaba que simplemente se “sentía mal”. También se buscó explorar el contenido de su pensamiento obsesivo pero la terapeuta se encontró con que la paciente no podía describir que le pasaba por la cabeza durante los episodios de malestar asociado con las obsesiones. Entre otras cosas la paciente no sabía decir porque gritaba cuando veía o se imaginaba entrando en contacto con la saliva de su hermana, no podía nombrar ninguna consecuencia sobre lo que podría llegar a pasar al ser tocada por tal contaminante ni pudo decir cuál era la diferencia entre su hermana Daniela y el resto de las personas en este respecto. A pesar de estos obstáculos se pudo arribar al consenso de que la sensación sentida ante la saliva de su hermana u objetos que hubieran entrado en contacto con la misma podía catalogarse principalmente como asco. También mediante el uso de diálogo socrático se pudo observar que la niña tenía pensamientos acerca de cómo todo objeto que entraba en contacto con la saliva de su hermana mayor estaba de alguna manera contaminado y que ella estaba en riesgo de ensuciarse si tocaba alguno. De estos pensamientos partía la necesidad, por ejemplo, de que Daniela tuviera su propia ropa o de que no pudiera darle besos a sus padres dado que ellos también le daban besos a ella y por tanto conllevaba un riesgo de transmisión de la suciedad antes descrito.

Estas averiguaciones permitieron clasificar el trastorno como obsesivo compulsivo de contaminación según la definición de Cia (2006), donde estaban presentes obsesiones referidas a la contaminación a partir de la saliva de su hermana Daniela y comportamientos compulsivos de higiene como lavarse las manos constantemente y lavar objetos que pudieran haber entrado en contacto con la fuente contaminante.

## **5.2 Describir los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo al inicio del tratamiento y su evolución.**

El trastorno en el caso de Cintia se manifiesta en obsesiones relacionadas con su hermana Daniela. El contenido de estas obsesiones refieren a la contaminación producida por la saliva de su hermana y consecuentemente la idea de entrar en contacto con su saliva le produce a Cintia una sensación de desagrado. A partir de las transcripciones de la primera sesión se pudo observar que la paciente describe la emoción que le produce la idea de entrar en contacto con la saliva como de asco y sentimiento general de malestar. Resulta importante notar que estas obsesiones son exclusivamente acerca de su hermana mayor y que no le produce la misma reacción emocional el entrar en contacto con la saliva de otras personas,

como en el caso de que alguien le hable cerca. Sin embargo, en el último año sus padres describieron, durante la entrevista de admisión, que Cintia había comenzado a tener conductas compulsivas con otras personas también, aunque en mucha menor medida que con su hermana. Por ejemplo dejó de poder saludar a personas desconocidas con un beso y en su entrevista de admisión saludo a la terapeuta con un apretón de manos. Sin embargo la paciente describe que el nivel de malestar por un beso de un desconocido es mucho menor al producido por su hermana. Otro comportamiento de Cintia particular que surgió en los últimos meses es el de pedirle a sus padres que se laven los dientes y las manos si comieron fideos y que se niegue a comerlos ella misma. Según lo discutido durante uno de los espacios de supervisión, esto parece indicar es que la paciente presenta signos de que su sintomatología está evolucionando de tal manera que sus obsesiones se podrían ampliar en un futuro y otras personas u objetos podrían comenzar a ser posibles fuentes de contaminación, si bien el foco de las obsesiones esta puesto en su hermana mayor en el presente.

Los padres situaron el origen de los problemas tres años atrás cuando Daniela empezó a usar aparatos. Fue entonces que Cintia comenzó a experimentar aversión hacia la saliva de su hermana y comenzó a realizar conductas compulsivas que fueron en aumento paralelamente a que aumentaba el número de situaciones que le generaban angustia. Un año después de comenzados los síntomas, iniciaron una terapia para su hija que luego interrumpieron y ante los pobres resultados percibidos de este tratamiento no volvieron a intentar realizar ningún proceso terapéutico hasta el momento.

En la segunda entrevista con la paciente, ella le describe a su terapeuta el sentimiento que le produce el tema de la saliva de su hermana como una sensación fea en el cuerpo pero se le dificulta nombrarla de manera más concreta. En posteriores sesiones se ahondo en cómo era esta sensación y Cintia llegó a poder describirla como una mezcla de tensión, fastidio y principalmente asco. A su vez reportó sentirse culpable y angustiada siempre que había una situación donde hubiera gritado o llorado debido al malestar generado por las obsesiones.

La familia realiza la consulta en la institución por el creciente carácter disruptivo que están teniendo los síntomas de Cintia sobre la vida familiar. Debido a su aversión a la saliva de su hermana, sus padres debieron introducir cambios en su organización familiar tales como tener utensilios de cocina y ropa especiales y distinguibles para Cintia que Daniela tiene prohibido utilizar. También tienen horarios de cena separados para las hermanas debido a que la actividad de ver o escuchar comer a su hermana mayor despierta las obsesiones de

Cintia que visualiza gotas de saliva salir de la boca de Daniela. Adicionalmente tienen lugares de juego distintos porque la paciente no puede ver a su hermana mayor hablando sin que esto le despierte pensamientos obsesivos.

El motivo por el cual los padres decidieron consultar después de convivir tanto tiempo con los síntomas de su hija es que notaron que tales estaban en aumento y la convivencia familiar últimamente se estaba volviendo imposible de sobrellevar debido a las crecientes exigencias de Cintia. Al momento de la consulta las obsesiones de su hija se detonaban tan solo con el hecho de escuchar hablar a su hermana mayor en otro cuarto ya que le generaba la imagen visual de las gotas de saliva escapándose de su boca. El que no pudiera ni siquiera escuchar hablar a su hermana sin sentir malestar estaba limitando en gran medida la convivencia en el hogar e imposibilitaba el compartir espacios y momentos con todas sus hijas, teniendo que realizar de manera separada las actividades familiares.

Además de requerirles restricciones en la casa, los padres también reportaron que Cintia estaba constantemente en guardia y cuidándose de no ver a su hermana comer o haciendo otra cosa que le pudiera detonar angustia. Una conducta específica que comentaron sus padres en la entrevista inicial es que cuando Daniela está comiendo y Cintia debe pasar por el comedor, le pide que pare de comer para no tener que verla haciéndolo. Otro ejemplo mencionado es cuando viaja en auto junto a su hermana y le exige a ella que no hable. Esto demuestra que aun durante las pocas situaciones donde tienen contacto las dos hermanas, Cintia pone en práctica conductas compulsivas con el fin de evitar una potencial contaminación (Foa & Wilson, 2001).

Cintia también presentaba, al momento de la admisión, conductas de chequeo y control donde se aseguraba, por ejemplo, que sus padres no le dieran besos de buenas noches a su hermana mediante el vigilar atentamente el momento cuando la saludan antes de ir a dormir. En este ejemplo se evidencia el nivel de atención que tiene la paciente utilizada en prevenir posibles situaciones que le detonen obsesiones. Este nivel exacerbado de atención enfocado en prevenir situaciones de malestar es una de las características cognitivas del trastorno descritas por Clark y Beck (2011).

Respecto a las compulsiones, los padres de Cintia reportan que en el evento en que ella percibiera que la saliva de Daniela tocara algún objeto, se ponía a gritar hasta que lo limpiaran y a veces requería incluso que Daniela se bañara o que se bañaran ellos si habían

sido los que habían entrado en contacto. Esta es una compulsión de limpieza típica del trastorno obsesivo de contaminación (Foa & Wilson, 2001).

Adicionalmente, Cintia realiza de manera constante conductas para evitar que sucedan situaciones donde sus obsesiones puedan detonarse, es decir situaciones donde pueda entrar en contacto o visualizar la saliva de Daniela. Esto se manifiesta en que le exige a sus padres que le impongan restricciones a su hija mayor, como la de no tocar los cubiertos de Cintia, tener que jugar con la puerta cerrada así su voz no se escucha en el resto de la casa, no hablar durante los viajes en auto que comparte con ella, etc. Estas conductas son esfuerzos de control excesivos característicos del trastorno que tienden a ir en aumento a medida que son consentidos por las personas de su entorno (Clark y Beck, 2011). Durante la entrevista inicial a la que asistieron las dos hermanas con sus padres se puso en evidencia una de estas conductas de control durante un momento Daniela apoyó su cabeza en sus manos con un dedo cerca de la boca y Cintia se paró de su asiento para alejárselo de un manotazo.

Las conductas compulsivas antes mencionadas derivaron también en una serie de restricciones en la vida cotidiana de la familia como un intento de los padres de evitarle malestar a su hija. Cintia tiene ropa, utensilios de higiene y cubiertos propios que Daniela tiene prohibido tocar. La mayoría de los accesorios que usan las niñas en la casa están categorizados según si son de Cintia o de las otras dos hermanas, como por ejemplo los juguetes. Las actividades familiares también se ven muy limitadas dado que es dificultoso incluir tanto a Daniela y Cintia en una sin generar un episodio de malestar en esta última. Adicionalmente los padres tuvieron que instituir en la casa conductas de higiene obligatorias para todos, como lavarse las manos después de comer. Si bien las obsesiones de Cintia solo se disparan visualizando la saliva de su hermana mayor, la mayoría de estas restricciones se aplicaron a nivel general en la familia para no darle un trato especial a Daniela que pueda angustiar a la niña. El cambio organizativo de mayor magnitud que los padres debieron hacer en su vida familiar es mudar de cuarto a Daniela para separarla de su hermana.

A lo largo de la duración del tratamiento ocurrieron dos episodios donde Cintia, en su casa, tuvo situaciones que le ocasionaron una gran magnitud de malestar y donde se pudieron observar sus mecanismos compulsivos. En una ocasión su hermana se metió a la pileta de la casa y Cintia se puso a llorar hasta que sus padres prometieron vaciar de agua la pileta y lo hicieron en el mismo día. Otra situación ocurrió una noche en la cual Daniela estaba resfriada y estornudaba constantemente. Este evento fue descrito como especialmente angustiante por

los padres porque Cintia fue a su cuarto llorando pidiéndoles que hicieran que su hermana pare pero les era imposible hacerlo. Finalmente resolvieron que la paciente se quedara en el cuarto de ellos y poner la televisión con un volumen alto para que no se escucharan los estornudos. De esta manera lograron calmar a Cintia pero ella se tuvo que quedar en esa habitación sin poder volver a su cuarto por el resto de la noche.

La observación de la evolución de los síntomas fue obstaculizada por la terminación prematura del proceso terapéutico por parte de los padres en la sexta sesión de terapia. Sin embargo la terapeuta había podido observar algunos cambios a medida que fue avanzando la terapia, en relación con el estado inicial de la paciente. En primer lugar se había logrado flexibilizar las reglas familiares que funcionaban para que Cintia no entrara en contacto con situaciones aversivas. Un ejemplo de esta flexibilización es que sus padres comenzaron a darle un beso de buenas noches Daniela cuando antes no lo hacían y le dijeron a Daniela que ya no era necesario que ella dejara de comer si Cintia pasaba a su lado. Como resultado de esto Cintia abandono algunas conductas suyas de control como el vigilar a sus padres cuando saludaban a Daniela, decidiendo en vez de ello irse a otro cuarto durante el saludo. Si bien esto no genero cambios significativos en la conducta de Cintia, si ocurrieron modificaciones de la dinámica familiar y se comenzó por primera vez en años a reducir el nivel de acomodación familiar que está asociado con la severidad de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo (Stewart et al., 2008). La disminución de la acomodación familiar a su vez puede actuar como un precursor para el desarrollo de respuestas conductuales más adaptativas alternativas a las compulsiones (Abramowitz, 2006).

### **5.3 Analizar el rol de las relaciones interpersonales en el ámbito familiar de la paciente en el mantenimiento de su trastorno obsesivo compulsivo**

En la primera entrevista sus padres explicaron cómo durante los tres años desde que Cintia comenzó con la aversión hacia ciertos estímulos, su nivel de angustia, sensibilidad y la magnitud de sus reacciones fue en aumento lento pero constante. Sus padres explicaron como al principio existían pocas situaciones específicas que le detonaran la angustia característica de las obsesiones, tales como como ver a su hermana comer. En cambio en el presente le genera una reacción mucho mayor el tan solo escucharla comer desde otra habitación. La cantidad de normas y reglas de convivencia familiares fueron siendo introducidas a medida que Cintia aumentaba el número de situaciones que le disparaban obsesiones.

La terapeuta pudo analizar como el nivel de acomodación familiar, según como se ve en Stewart et al. (2008), fue aumentando paralelamente al aumento de síntomas en Cintia. A medida que ella fue sumando situaciones que le despertaban pensamientos obsesivos y angustia, también fueron aumentando la cantidad y magnitud de las restricciones y reglas familiares de las que disponían sus padres para aliviarla. El objetivo de la acomodación por parte de familiares suele ser aliviar el sufrimiento pero en este caso se pudo observar como este intento de ayudar a Cintia fue contraproducente, reforzando comportamientos compulsivos y evitativos y finalmente contribuyendo a la severidad del trastorno. Esto se evidencia en que tanto la cantidad de normativas familiares orientadas a aliviar a Cintia como la gravedad de su sintomatología fueron aumentando de manera conjunta según el relato de los consultantes. Al momento de la consulta, la terapeuta pudo observar en el relato de los padres como estos habían establecido un vasto entramado de rutinas y reglas familiares que se habían impuesto o a menos modificado para acomodar los síntomas de Cintia. En palabras de la madre “cada vez Cintia agrega más cosas que la angustian”.

En Stewart et al. (2008) también se menciona que la acomodación familiar es especialmente prevalente en casos de trastorno obsesivo-compulsivo de contaminación donde los rituales y conductas evitativas tienen más chances de involucrar personas con las que una persona con el trastorno convive.

Tal como refieren Albert et al. (2010 como citado en Bream et al., 2017) la aversión a la contaminación que produce principalmente la saliva de su hermana generó una serie de estándares de higiene exacerbados en la familia. Entre otros hábitos de limpieza exagerados la ropa se lava con más frecuencia, así como todos tienen que lavarse las manos después de las comidas y particularmente se debe lavar o higienizar todo lo que Daniela pueda llegar a tocar con la boca si es que Cintia presenció tal contacto. Los padres describen que esto provocó algunos conflictos intra-familiares donde Daniela o incluso Gabriela se negaron a formar parte de estos rituales de limpieza y entraron en confrontación con Cintia. A pesar de esto los padres afirman que las niñas son obedientes y que suelen cumplir con las indicaciones sobre higiene y limpieza dado que les explican lo importante que es para Cintia.

Otro aspecto relevante del rol de los parientes en este caso es el alto nivel de participación que tienen en las conductas evitativas que usa Cintia para no entrar en contacto con el contaminante temido. Los padres contaron durante la entrevista con ellos que siempre intentaban ayudar a Cintia a hacerle frente a su angustia. Este intento de ayuda se manifestaba

en iniciativas como pedirle a Daniela que deje de comer cuando su hermana está pasando o hacer que cierre la puerta de su cuarto mientras juega.

Tal como refieren Lebowirtz et al. (2012), los padres son participes activos en las conductas de evitación de la paciente, validándolas y reforzando que Cintia las continúe utilizando.

Respecto a cómo vive Daniela esta situación, su padre cuenta que si bien es algo que le preocupa y la angustia, los padres intentan que ella no se sienta mal y buscan que las restricciones familiares sean para todos por igual. También cuentan que si bien generó algo de tensión en su relación con Cintia, las dos se llevan bien y si Daniela no está hablando incluso pueden jugar juntas aunque la cantidad de actividades que comparten es muy poca. Sin embargo el padre cuenta también que a veces tienen que ordenarle a Daniela que se acomode a las conductas de su hermana dando un ejemplo: “el otro día Cintia le pidió a Dani que dejara de hablar y Dani se la quedó mirando como si estuviera loca. Yo después le dije a Daniela, Dani no hagas eso porque si no se enoja más. Anda, hacele caso y seguile la corriente”.

Esto coincide con lo que afirma Cia (2006) sobre como resulta detrimental para el paciente el que su círculo familiar normalice los rituales y las conductas de reaseguro. Los padres en este caso parecen naturalizar la conducta de la paciente de tal manera que le llaman la atención a sus hermanas cuando se oponen a las exigencias de Cintia como si ellas fueran las que se salen de la norma al hacer eso. Las reglas de convivencia familiares entonces están centradas en las necesidades de Cintia y cualquier desvío es visto como un incumplimiento de por parte de los padres. En conclusión se ve como la norma a estos rituales familiares cuyo objetivo es evitar que Cintia entre en contacto con contaminantes que le produzcan aversión y no como una dispensación especial. Se podría decir que la vida familiar al momento de la consulta estaba completamente adaptada y acomodada alrededor de los síntomas de Cintia.

Pudiendo observar todos estos hechos, la terapeuta descifró en las entrevistas iniciales el rol importante que cumplían los padres en el mantenimiento del trastorno. Siendo este el caso, ella buscó la participación activa de los padres en el desarrollo de la terapia siguiendo lo especificado por Waite y Williams (2009) quienes mencionan la importancia de la colaboración con los familiares mediante el consensuar metas útiles.

Waite y Williams (2009) también describen un factor relevante al involucramiento de los padres en la terapia que es el pesimismo que surge al haber hecho ya otro proceso terapéutico infructuoso. Este es el caso de Cintia donde los padres ya la habían mandado a terapia en el pasado sin éxito y por tanto esperaron años antes de volver a iniciar otro proceso. La terapeuta encontró en la entrevista que hizo con los padres que si bien estos se mostraban dispuestos a participar en la terapia, también mostraban dudas sobre si iba a funcionar o no. A pesar de esto los dos se mostraron interesados en entender el funcionamiento del mecanismo obsesivo compulsivo y la terapeuta pudo explicarles sobre el reforzamiento de síntomas que supone la acomodación familiar a las compulsiones y conductas de reaseguro. También pudo consensuar con ellos la necesidad de paulatinamente exponer a Cintia a estímulos aversivos y sus pensamientos obsesivos asociados en vez de buscar la manera de ayudar a que los evite.

Durante la etapa de psicoeducación de los progenitores de Cintia, la terapeuta pudo observar que su padre se mostró abierto y fue capaz de entender correctamente como las restricciones familiares que habían desarrollado actuaba como un soporte y un reforzador de los síntomas del trastorno de su hija. También estuvo de acuerdo en la necesidad de realizar una exposición con Cintia a estímulos que le detonaran obsesiones. Sin embargo, este entendimiento se manifestó en una búsqueda del padre de realizar una exposición a Cintia por su cuenta y de manera paralela a la terapia. Esto se pudo ver concretamente en una sesión donde Cintia arribó angustiada porque su padre le había mostrado un video de Daniela dándole un beso a su mamá. Esto pareciera implicar que si bien el padre estuvo de acuerdo con las metas planteadas, no así pareció dispuesto a acompañar los tiempos y estructura de la terapia.

Este accionar por parte del padre entra en conflicto por lo descrito en Belloch et al. (2011) dado que es un caso donde la familia presiona al paciente a enfrentarse con situaciones temidas buscando imponerse sobre los tiempos de la terapia. Esto puede tener un efecto detrimental y efectivamente la terapeuta pudo observar, en la sesión antes mencionada, la frustración y angustia de Cintia al ser expuesta al video de su hermana dando un beso fuera del marco terapéutico. Esto puede tener efectos negativos para los objetivos del tratamiento y en este caso se pudo observar una reacción emocional de angustia alta en Cintia por haber sido expuesta a un estímulo antes del tiempo requerido por la intervención. Esta reacción emocional negativa de Cintia por haber sido expuesta ante un estímulo aversivo antes de tiempo además siempre conlleva el riesgo de provocar que la paciente este menos dispuesta

en el futuro a hacer un proceso de exposición. Al hablar con el padre, luego de enterarse de este episodio, la terapeuta buscó psicoeducarlo para destacar la importancia de que el proceso de exposición se maneje en la terapia y se produzca de manera gradual y consensuada con la paciente. Durante esta charla la terapeuta utilizó una metáfora sobre escalones para describir cómo iban a avanzar en exponer a Cintia a estímulos, especificando que el video se había saltado escalones y por tanto había que buscar algo más chico con lo cual empezar. También busco explicar que el rol de los padres en la terapia, si bien era positivo que se involucraban, debía ser colaborativo en función de los tiempos terapéuticos y que apurar estos tiempos no era beneficioso para el tratamiento. A pesar de manifestar su entendimiento el padre volvió a buscar, durante una sesión que tuvo con su hija y la terapeuta, que esta última acelerara la progresión de la exposición y que no estaba conforme con que todavía no se hubiera comenzado con esta.

Por su parte la terapeuta les informó a los padres de la paciente que el rol que podían tomar para colaborar con la terapia es el de ponerse un poco más firmes con los límites respecto a las exigencias de Cintia. Específicamente mencionó la posibilidad de ser más laxos con las normas impuestas sobre Daniela de tal manera en de que las necesidades de Cintia no se superpongan a las de su hermana. La terapeuta también destacó la necesidad de comenzar, de manera ordenada, a relajar las restricciones más leves y de menos necesidad para Cintia. Durante la entrevista con los padres se consensuó eliminar la restricción de no poder dar un beso de buenas noches a Daniela y en cambio exigirle a Cintia que se acomode a esta rutina con sus propios medios. Este enfoque coincide con el expuesto por Belloch et al. (2011) de manera que debe instruirse a los padres a negarse a colaborar en conductas compulsivas aunque sin presionar al paciente a exponerse.

Por su parte la madre de Cintia mostró, desde el principio, mucho escepticismo respecto a si su hija iba a mejorar con la terapia. Esto fue expresado verbalmente por ella durante la entrevista inicial. A lo largo de la duración del tratamiento se pudo observar como ella realizó por su cuenta una serie de intentos de lograr una mejoría del trastorno de su hija, de manera paralela a la terapia. Por ejemplo enroló a Cintia en un taller de arte y también empezó a llevarla a sus clases de reiki. Estas dos actividades no fueron planteadas como actividades de ocio sino que fueron iniciadas con el objetivo de ayudar a Cintia con su problema y por ende la madre conto que le había informado a la profesora de reiki y la de arte sobre el trastorno de su hija.

En este sentido la madre, durante el tratamiento, no se mostró tan colaborativa respecto al proceso terapéutico sino que prefirió buscar sus propios de ayudar a su hija. Esto es mencionado como una posibilidad por Chappa (2013) dado que siendo que el trastorno obsesivo compulsivo está estrechamente relacionado con la convivencia familiar, la oposición al tratamiento por parte de un miembro de la familia puede tener consecuencia detrimentales para los objetivos terapéuticos.

#### **5.4 Describir las intervenciones realizadas por la terapeuta durante el tratamiento de la paciente.**

Luego de conceptualizar inicialmente el caso como un trastorno obsesivo-compulsivo de contaminación, siguió una etapa de psicoeducación dirigida tanto a la paciente como a la familia de la misma en concordancia con lo expresado por Biglieri y Vetere (2011). Con la paciente la psicoeducación estuvo focalizada en hacerle entender de una manera entendible para su edad como los pensamientos obsesivos solo tienden a aumentar a medida que se realicen conductas evitativas o compulsivas. Como refieren Clark y Beck (2011), el objetivo era que Cintia pudiera comprender como el buscar evitar entrar en contacto con las situaciones que le generaban aversión terminaba reforzando esta reacción aversiva.

También se buscó normalizar los pensamientos obsesivos de la paciente, explicándole que era común que las personas tuvieran pensamientos de ese tipo que les preocupara y que no era la única a la que le pasaba eso. Para facilitar el entendimiento del concepto, se utilizaron ejemplos sobre pensamientos y miedos que son comunes en muchas personas. Se explicó también que muchas personas ignoraban o se despreocupaban respecto a estos pensamientos pero otros les daban mucha importancia y se angustiaban por tenerlos lo cual les generaba el ansia de que desaparecieran. Esto representa un paso hacia una reinterpretación más realista de los pensamientos obsesivos propios que no fomente la realización de compulsiones o conductas evitativas (Waite & Williams, 2009).

Esta intervención fue complementada con la utilización de diálogo socrático para ahondar en conjunto con la paciente sobre qué tan útil le resultaba a ella, teniendo en cuenta lo visto durante la psicoeducación, el buscar constantemente evitar estímulos aversivos como ver a su hermana comiendo. De esta manera pudo ser desafiada la percepción de estas conductas como útiles y se introdujo la idea de que más bien pueden contribuir al problema (Waite & Williams, 2009). Las conclusiones a las que pudo llegar la paciente es que están

conductas no eran eficaces para reducir su angustia sino que se seguía sintiendo mal después de realizarlas e incluso terminaban aumentando su miedo a largo plazo.

Adicionalmente se pudo observar que la paciente estaba preocupada por su familia y mencionó específicamente la preocupación de que sus conductas estuvieran afectando la relación con Daniela. Ante esto la terapeuta intervino para reasegurar a la paciente y explicarle que no tenía la culpa de tener esos pensamientos ni tenerlos significaba que no quisiera a su hermana, de acuerdo a lo descrito por Hudak y Daugherty (2011).

Respecto a la familia, se buscó describir cómo esta estaba en el presente cumpliendo un rol que facilitaba y alentaba las conductas evitativas y compulsivas y que esto contribuía a agravar el trastorno en vez de ser beneficioso (Chappa, 2013). La terapeuta buscó formar un acuerdo colaborativo con los padres para que, a medida que avanzaba la terapia, fueran introduciendo límites en el accionar de Cintia de tal manera que no le permitieran, por ejemplo, obligar a su hermana a que juegue con la puerta cerrada. En esta línea la profesional explicó la necesidad de ser más firmes y no acomodarse a las exigencias de su hija porque esto solo iba a derivar en que estas se incrementen. Adicionalmente, la terapeuta destacó la importancia de que estas modificaciones en la vida familiar se realizaran de manera gradual y comenzando por cambios pequeños de tal manera que se le diera a Cintia el tiempo necesario para adaptarse. El primer acuerdo que se llegó con los padres sobre un nuevo límite a implementar es el de comenzar a saludar a Daniela con un beso de buenas noches a pesar de que Cintia se los hubiera prohibido. La terapeuta resalta que el objetivo no era necesariamente que Cintia se expusiera a presenciar el beso con el objetivo de exponerla sino reducir el nivel de control que tiene la paciente sobre la vida familiar y consecuentemente avanzar sobre la modificación de las dinámicas familiares que contribuyen al mantenimiento del trastorno (Chappa, 2013).

También se buscó en la entrevista con los padres que, además de ellos, otras personas en otros ámbitos de la vida de Cintia comenzaran a dejar de formar parte de las conductas evitativas. En el caso del colegio, la terapeuta llegó a un acuerdo con los padres de informarle a la maestra que puede saludar con un beso a Daniela. Hasta ese momento los padres habían hablado con la maestra para que evitara saludar a Daniela con un beso en frente de su hermana en la salida del colegio. Al igual que con lo anterior, esta intervención no se realizó como una exposición sino que tenía el objetivo de comenzar a desarmar todas las maneras en

que las personas en la vida de Cintia se habían amoldado y pasado a ser partícipes de sus conductas evitativas.

Comenzando en la segunda sesión con la paciente y de allí en adelante, la terapeuta se valió del uso de analogías para definir y trabajar sobre el trastorno con el objetivo de complementar la psicoeducación en términos entendibles para una persona de la edad de la paciente (Waite & Williams, 2009). En este caso la terapeuta encontró que la paciente era una aficionada de la serie de televisión Pokemon por lo que decidió idear una analogía que hiciera referencia a tal serie. La profesional expresó que la iniciativa de esta analogía partió de la misma paciente quien, durante una explicación sobre cómo funcionaba su trastorno, comparó a la obsesión con la contaminación que sufría sobre la contaminación con un personaje inventado del mundo de la serie Pokemon.

A partir de esta analogía, la terapeuta en conjunto con la paciente construyó una criatura de la serie que representara a las obsesiones y a la angustia que generaban. Esta criatura fue llamada por la paciente “Fastidio”. De esta manera se facilitó explicarle a la paciente que Fastidio se hacía más grande y fuerte cada vez que ella huía de una de las situaciones detonantes de pensamientos obsesivos, por ejemplo cuando ella gritaba para que Daniela se lavara las manos o exigía que dejara de comer cuando pasara al lado suyo. Se hizo una intervención de psicoeducación en este caso donde se usaba el ejemplo de que al principio Fastidio era muy chico y pocas situaciones lo despertaban pero como se le había dado rienda suelta por años y se le había consentido a todos sus caprichos se había agrandado y fortalecido hasta el punto que se despertaba mucho más seguido. Se busca con esto, entre otras cosas, que la paciente pueda tomar perspectiva y diferenciarse de sus pensamientos obsesivos para que los pueda observar como algo externo que no tiene la obligación de tomar como una verdad absoluta (Biglieri & Vetere, 2011).

La terapeuta y la paciente idearon también otra criatura pokemon que funcionara como la contracara de Fastidio, la cual fue llamada “Sinfu”. Esta representaba un conjunto de habilidades a desarrollar para poder reducir el malestar generado por las obsesiones y poder sobrellevarlo mejor. Esta criatura fue diseñada por la paciente y la terapeuta le dio la tarea de dibujarla y elegir características que la definieran.

A partir de la tercera sesión se utilizó esta analogía de la serie Pokemon para introducir y justificar la intervención de la exposición con prevención de respuesta. Para explicar la necesidad de enfrentarse a sus miedos, se le describió a la paciente como el

exponer a Sinfu a niveles aceptables de ansiedad funcionaba como un entrenamiento que le permitía crecer, perfeccionar sus habilidades y eventualmente hacerle frente a Fastidio. Se le explico también como en cambio el buscar evitar entrar en contacto con las situaciones que le generaban angustia y aversión equivalía a cederle terreno a los caprichos de Fastidio y lo hacía cada vez más sensible e irritable.

También a partir de la tercera sesión se le dio de tarea a Cintia el llevar un diario que funcionara como un registro de situaciones que durante la semana le habían generado malestar y como había respondido ante tal malestar. Se le explico que especialmente le pusiera atención a describir las situaciones donde ella había gritado, que es su conducta compulsiva más frecuente. A la par de describir las situaciones, debía anotar el nivel de malestar emocional asociado a ellas y la respuesta conductual que llevo a cabo en respuesta a las mismas

Además de comenzar con el monitoreo de síntomas antes mencionado, la terapeuta avanzó hacia la construcción de una jerarquía de las situaciones generadoras de obsesiones y angustia. Esto se hizo con el fin de encontrar estímulos que generen un nivel de ansiedad bajo y soportable como punto de inicio del proceso de exposición. Con este objetivo se le dio a la paciente la tarea de dibujar un mapa de su casa donde le otorgara un puntaje de malestar a cada cuarto. Este puntaje debía reflejar el nivel de emociones negativas que solía sentir en cada cuarto. Esta intervención fue realizada con la idea de que, al convivir con su hermana mayor, la paciente estaba en exposición permanente al contaminante referido en sus obsesiones y por lo tanto tenía constantemente reacciones emocionales en su casa que variaban en intensidad (Cia, 2006). Se descubrió por este medio que los cuartos de las chicas, el cuarto de juego y la cocina eran los lugares que más ansiedad provocaban. Esto resultó útil para buscar estímulos en la casa que estuvieran asociados a niveles bajos de emociones negativas que sirvieran como punto de inicio de la exposición con prevención de respuesta (Cordioli & Vivan, 2012).

Respecto a las tareas que le dieron a la paciente durante el proceso terapéutico, ella cumplió con cada una de ellas sin problemas y en los tiempos acordados en la terapia. En todo momento se mostró colaborativa y demostró voluntad de trabajar en conjunto con la terapeuta. Para lograr este compromiso la terapeuta buscó que la paciente sintiera que tenía control sobre sus pensamientos obsesivos, representados por “Fastidio” y que pudiera percibirlos como algo externo a ella donde existe una elección de si hacerles caso y

consentirlos o rehusarse a hacerlo. De esta manera se movilizó a la paciente y fomentó una actitud activa y una perspectiva optimista sobre la posibilidad de cambiar su situación actual que facilitaron que se comprometiera con las tareas y con la terapia (Gomar et al., 2010).

Otra tarea asignada a la paciente fue la de realizar una lista de situaciones que le generaban aversión y que las ordenara jerárquicamente en función del nivel de malestar que le provocaban con el objetivo de estructurar la exposición de menor a mayor (Chappa, 2013). La terapeuta en este caso se encontró con el obstáculo de que Cintia puntuó todas las situaciones con un alto nivel de malestar, teniendo la más leve de todas para ella un puntaje de seis sobre diez.

Para comenzar el proceso de exposición con prevención de respuesta se habló con el padre de la paciente para encontrar, con su ayuda, estímulos que le produjeran a Cintia un nivel de aversión bajo y manejable para ella (Cordioli & Vivan, 2012). Se realizó esta consulta con los parientes en respuesta a la falta de situaciones de malestar leve en la jerarquía que había elaborado Cintia. Respecto a su contexto familiar, se acordó con los padres el relajar gradualmente algunas reglas de convivencia familiares de tal manera que Cintia fuera naturalmente expuesta naturalmente y de manera constante a situaciones que antes eran evitadas, asegurándose de que tales situaciones no le provocaran demasiado malestar. Durante la cuarta sesión se intentó encontrar con la paciente, sin éxito, una situación con la cual pudieran comenzar la exposición. La paciente expuso que toda circunstancia que le ocasionara pensamientos obsesivos conllevaba un malestar intolerable. Durante la quinta sesión se hizo entrar al padre en el consultorio con el objetivo de que ayudara a pensar en conjunto una situación con la cual comenzar la exposición. El padre sugirió un viaje en auto con la paciente y sus hermanas. Al principio Cintia se negó argumentando que se iba a poner muy mal pero finalmente accedió luego de imponer algunas condiciones. Ella requirió que Daniela se sentara en el asiento de adelante mientras ella iba atrás, que hablara en voz baja y que tuviera especial cuidado en no escupir mientras lo hacía. La terapeuta accedió pero a su vez le explicó a la paciente que era fundamental que intentara no gritar ni callar a su hermana, El padre y la terapeuta accedieron a estos términos pero Cintia se arrepintió y expreso que aun con estas modificaciones no le era posible realizar ese viaje en auto a menos que su hermana se mantuviera callada. La terapeuta entonces decidió que Cintia hablara con su padre y que como tarea buscaran en conjunto una situación a la que se pudiera exponer a sus obsesiones que le provocara un malestar emocional no abrumante. Luego de esta sesión la

terapia fue interrumpida con los padres de Cintia antes de que se pudiera cumplir esta tarea y comenzar el proceso de exposición.

## **6 Conclusiones**

El objetivo de este trabajo fue describir el caso y proceso terapéutico de una paciente de 9 años con trastorno obsesivo compulsivo desde el modelo de psicología integrativa con el cual trabaja la institución donde fue atendida. El trabajo fue llevado a cabo recopilando información a través de la observación directa de sesiones de psicoterapia en cámara gesell y a partir de las transcripciones hechas a partir de la misma. Estas observaciones fueron complementadas por la información recopilada durante espacios de supervisión donde el equipo de niñez y familia de la institución discutían sus casos. También se utilizó material bibliográfico para analizar el proceso terapéutico observado. Este material fue obtenido en parte de forma individual por parte del pasante y en parte fue recomendada y facilitada por la institución misma.

### **6.1 Limitaciones**

Una limitación para realizar este trabajo fue el de no poder observar algunas de las sesiones con la paciente. Esto sucedió porque la cámara gesell estaba a veces ocupada por otro terapeuta y no estaba disponible al momento de la sesión con Cintia. Específicamente dos de las sesiones no estuvieron debido a esto disponibles para ser observadas por el pasante. Aunque se pudo dialogar acerca de estos dos encuentros durante el espacio de supervisión, no se pudo hacer una observación continua del proceso terapéutico por este motivo.

La principal dificultad del trabajo fue que en la sexta sesión los padres de la paciente interrumpieron el tratamiento. La justificación de esta interrupción prematura fue que habían encontrado otra terapeuta más cerca de su casa cuyo servicio estaba cubierto por la obra social que tenían. Sin embargo la terapeuta, durante el espacio de supervisión, expresó que esta interrupción se podía atribuir a la insatisfacción de los padres con los tiempos de la terapia y su expectativa de progresos más rápidos. Esto se pudo observar cuando su padre intentaba apurar la progresión de la exposición y prevención de respuesta o cuando su madre comenzó a buscar soluciones al problema de su hija de manera independiente más allá de la terapia.

Esta cantidad limitada de sesiones disponibles tuvo como consecuencia que sea difícil poder hacer una descripción completa del proceso terapéutico dado solo se realizó una parte primera del mismo. También el análisis de las técnicas utilizadas estuvo limitado por la cantidad de sesiones. Por ejemplo, la exposición con prevención de respuesta se estaba recién comenzando a utilizar cuando los padres de la paciente decidieron interrumpir la terapia. Otra dificultad que se generó es la de no poder hacer un análisis sostenido del progreso de la paciente durante la terapia dado que el número de sesiones no fue suficiente para ameritar un cambio significativo en la sintomatología. En términos generales, los objetivos del trabajo fueron diseñados para poder examinar un proceso terapéutico completo y no una parte inicial del mismo. Por lo tanto, partes del primer y tercer objetivo no se pudieron desarrollar en su totalidad en este trabajo.

Por último, existió una complicación adicional referida a la baja disponibilidad del material bibliográfico acerca del modelo teórico integrativo y sus intervenciones. Existe una cantidad limitada de libros o estudios acerca del desarrollo de un tratamiento psicológico integrativo y muchos son de difícil acceso

## **6.2 Objetivos**

Respecto al primer objetivo planteado, se pudieron describir y caracterizar adecuadamente los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo presentes en la paciente al inicio de su tratamiento. Se analizó la manera en que los síntomas descritos por la American Psychiatric Association (2013) del trastorno obsesivo compulsivo se manifestaban en la paciente y que sub-tipo de trastorno obsesivo compulsivo tenía (Cia, 2006). Se pudieron también observar pequeños cambios a corto plazo que se dieron durante el proceso terapéutico, aunque no se pudo observar una evolución significativa en la sintomatología de la paciente debido a la interrupción prematura del tratamiento.

En cuanto al segundo objetivo, se observó como las relaciones familiares de la paciente cumplían un rol de reforzamiento de los síntomas. El análisis realizado en este punto destaca la importante función que tenía el núcleo familiar de la paciente en el mantenimiento de su trastorno y como el nivel de acomodación que tenían frente a sus síntomas había evolucionado en conjunto con estos (Lebowirtz et al., 2012). Se describió también el nivel de disfuncionalidad y conflictos familiares que estaban presentes en el caso debido a la acomodación antes mencionada (Sookman, 2016). Finalmente se trabajó la actitud y nivel de

colaboración de los padres respecto al proceso terapéutico y como se buscó introducir cambios en las dinámicas familiares que contribuían a la patología (Cia, 2006).

Finalmente, respecto al tercer objetivo fue posible describir las intervenciones realizadas por la terapeuta durante el tratamiento de Cintia. Se pudo observar una intervención de psicoeducación de la paciente y su familia donde se les explicó como las conductas evitativas o compulsivas contribuyen al mantenimiento y agravamiento de los síntomas (Clark & Beck, 2011), se normalizaron los síntomas y se estableció una diferencia entre conductas compulsivas y conductas normales (Behobi Baudou, García & Fernández-Álvarez, 2013). Se pudieron observar también los inicios del proceso de exposición y prevención de respuesta, particularmente la elaboración de la jerarquía de situaciones aversivas y la búsqueda de estímulos tolerables para comenzar la exposición (Cordioli & Vivan, 2012). También se pudo analizar cómo se utilizaron, a lo largo de todo el proceso terapéutico, analogías para representar al trastorno y sus características y también a las conductas y habilidades adaptativas requeridas para hacerle frente al problema (Waite & Williams, 2009).

### **6.3 Aporte crítico y aporte personal**

Se sugiere que se podría haber buscado desarrollar una mayor alianza colaborativa con los padres de la paciente y ampliar la psicoeducación enfocada en ellos. Desde el comienzo del tratamiento los dos parientes mostraron signos de no tener plena confianza de que la terapia pudiera rendir frutos, posiblemente influidos por la experiencia pasada que tuvieron con el otro tratamiento psicológico de su hija. Hubiera podido resultar de utilidad, ante estas señales de desconfianza y discrepancia con la terapeuta, arreglar una entrevista extra con los padres para explicarles de manera concreta cuál era el rol que se esperaba de ellos. Específicamente respecto a los esfuerzos del padre por realizar una exposición por su cuenta con la paciente se sugiere que se puede haber puesto más énfasis en informarle al padre porque hacer esto puede resultar detrimental y cómo funciona la técnica exposición propiamente realizada, siendo que es fundamental realizarla de modo sistemático y jerarquizado.

Además, ante el apuro y exigencias de resultados de los padres, se los podría haber instruido sobre los tiempos estimados en que podían esperar progresos significativos en la terapia tomando en cuenta que la paciente había desarrollado su sintomatología de manera muy temprana y que había tenido años de reforzamiento de sus conductas compulsivas por parte de su círculo familiar. Ante este panorama no es esperable lograr resultados rápidos como lo

esperaban los padres. A esto se le suma que es esperable que al comienzo de una exposición los niveles de ansiedad y angustia aumenten antes de comenzar a bajar y que durante el proceso haya recaídas donde existan picos temporales de malestar.

Siguiendo con esta línea, es posible también que hubiera resultado provechoso preguntarles de manera directa a los padres cuales eran sus expectativas sobre el proceso terapéutico y de esa manera asegurarse de que no tuvieran expectativas imposibles de cumplir. A partir de esto se podría haber buscado consensuar objetivos concretos a corto y largo plazo realistas con los que los padres pudieran estar de acuerdo y garantizar así que se alineen las metas terapéuticas con lo que ellos esperaban de la terapia.

En referencia a las analogías de pokemon utilizadas a lo largo de la terapia es la opinión del pasante que estas fueron muy útiles, dado la edad de la paciente, para explicar ciertos conceptos pero que estos se podrían haber reforzado. Creo que el nexo entre la analogía y la situación real de la paciente estaba tenue y podría haberse fortalecido usando ejemplos de la vida cotidiana de la paciente. Por ejemplo se le podría haber explicado cómo se manifestaba la presencia del pokemon Fastidio en una situación vivida suya y como hubiera sido posible contrarrestar el accionar de tal. Esto se pudo evidenciar en que la paciente entendió perfectamente la necesidad de entrenar al pokemon que representaba sus habilidades y recursos y sin embargo manifestó mucha resistencia a realizar una exposición, mostrándose poco dispuesta. Puede que la psicoeducación de la paciente entonces se haya dado de una manera un poco abstracta y de a momentos pareciera que la paciente se tomó los pokemons de la analogía con un enfoque lúdico y no como una representación de su situación. Los padres de la paciente también podrían haber colaborado en reforzar esta analogía, por ejemplo ante situaciones donde la paciente gritara, utilizando afirmaciones acerca de que no dejara ganar a Fastidio o que intentara usar el recurso de la calma de Sinfu, por ejemplo.

Respecto a las diferencias entre el tratamiento integrativo y el cognitivo-conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo, en el caso de este trastorno se tocan en cada todos los aspectos. Desde el modelo integrativo se poseen técnicas e intervenciones de disciplinas psicológicas varias partiendo del modelo central de procesamiento de información cognitivo. En cada caso se diseña un plan de tratamiento particular teniendo en cuenta las particularidades de la situación del paciente, haciendo una elección de técnicas en función a cuales son más efectivas para la patología. En el caso de esta paciente, se determinó el llevar a cabo un tratamiento meramente cognitivo-conductual dado que es el más efectivo para el TOC en niños. Entonces, si bien en esta ocasión el tratamiento integrativo y el cognitivo-

conductual están indiferenciados, el primero tiene un repertorio de técnicas y enfoques de otras disciplinas que podría potencialmente utilizar en otros casos.

El modelo integrativo de psicoterapia articula los ejes dominantes del funcionamiento personal: historia y condiciones presentes; factores motivacionales y de aprendizaje; factores individuales y contextuales desde una perspectiva epistemológica constructivista moderada. Esta perspectiva permite examinar las situaciones clínicas y diseñar un plan de tratamiento para cada situación particular.

#### **6.4 Futuras líneas de investigación**

Como sugerencia de una posible línea de trabajo a futuro, resultaría valioso investigar sobre la efectividad de implementar técnicas sistémicas dirigidas al entorno familiar en el tratamiento integrativo del trastorno obsesivo compulsivo en niños. Resultaría interesante por ejemplo evaluar la viabilidad de integrar una intervención de exposición y prevención de respuesta con un abordaje sistémico que busque conformar relaciones familiares que brinden tanto apoyo y motivación como disciplina y límites, de tal manera que colaboren en conformar métodos de afrontamiento adaptativos en el paciente y ayuden a impedir la normalización y proliferación de conductas compulsivas. La etapa de psicoeducación también se podría complementar con un análisis en conjunto con la familia sobre la utilidad de soluciones intentadas.

Otra línea investigativa que contribuiría es la de realizar más estudios longitudinales sobre la eficacia de la terapia cognitiva conductual en el tratamiento de niños para evaluar el porcentaje de remisión de síntomas del trastorno obsesivo compulsivo y analizarlo comparativamente con estudios de efectividad del tratamiento psicofarmacológico. De estos últimos existen numerosos más que de los primeros y suplir este faltante podría contribuir a un mayor poder de decisión informada sobre qué línea de tratamiento utilizar en casos de trastorno obsesivo compulsivo de la población infantil. Finalmente opino que resultaría útil el realizar estudios acerca de la eficacia comparativa de los distintos ISRSs sobre síntomas obsesivos en la población infantil y evaluar paralelamente los efectos secundarios observados en tal grupo.

Adicionalmente opino que sería útil el poder investigar las variables de motivación y compromiso en el tratamiento de personas con TOC durante la etapa de exposición y

prevención de respuesta y establecer una correlación de tales variables respecto a la efectividad del tratamiento.

## 7 Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Abramowitz J. S. (2008). *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach*. New Jersey: Routledge.
- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(1), 44-52.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 36(1), 55-63.
- Behobi Baudou, W., García, F., & Fernández-Álvarez, H. (2013) Psicoterapia cognitiva individual del TOC. *Salud Mental*; 36, 347-354.
- Belloch, A., Cabedo, E., & Carrió, C. (2011). *TOC Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Madrid: Alianza.
- Biglieri R. R. y Vetere G. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Bream, V., Challacombe, F., Palmer, A., & Salkovskis P. (2017). *Cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder*. New York: Oxford University Press.

- Chappa, H. J. (2013). *Tratamiento integrativo del trastorno obsesivo compulsivo*. Buenos Aires: Akadia
- Cía, A. (2006). *El trastorno obsesivo compulsivo y su espectro*. Buenos Aires: APAL.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press.
- Cordioli, A. V. & Vivan A. (2012). Cognitive-behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. En I. R. De Oliveira (Ed.), *Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy* (pp. 99-117). Rijeka: InTech.
- Foa, E. B., & Wilson, R. (2009). *Stop obsessing!: How to overcome your obsessions and compulsions*. New York: Bantam Books.
- Geller, D. A., Biederman, J., Stewart, S. E., Mullin, B., Martin, A., Spencer, T., & Faraone, S. V. (2003). Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 1919-1928.
- Gomar, M., Mandil, J., Bunge, E. (2010). *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.
- Hudak R. & Dougherty D. (2011). *Clinical obsessive-compulsive disorders in adults and children*. New York: Cambridge University Press.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J., & Bloch, M. H. (2012). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 12(2), 229-238.

- Leonard, H. L., Swedo, S. E., Lenane, M. C., Rettew, D. C., Hamburger, S. D., Bartko, J. J., & Rapoport, J. L. (1993). A 2-to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 50(6), 429-439.
- March, J. S. (1995). Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with OCD: a review and recommendations for treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(1), 7-18.
- March, J. S., Mulle, K., & Herbel, B. (1994). Behavioral psychotherapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial of a new protocol-driven treatment package. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(3), 333-341.
- March, J. S., & Leonard, H. L. (1996). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1265-1273.
- Micali, N., Heyman, I., Perez, M., Hilton, K., Nakatani, E., Turner, C., & Mataix-Cols, D. (2010). Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 197(2), 128-134.
- Mohammadi, M. R., Ghanizadeh, A., Rahgozar, M., Noorbala, A. A., Davidian, H., Afzali, H. M., Naghavi, H. R., Yazdi, S. A. B., Saberi, S. M., Mesgarpour, B. & Akhondzadeh, S. (2004). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Iran. *BMC psychiatry*, 4(1), 2.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 13(2, Supplement 1), 61-69.
- Presta, S., Marazziti, D., Dell'Osso, L., Pfanner, C., Pfanner, P., Marcheschi, M., Masi, G., Muratori, F., Mucci, M., Millepiedi, S. & Cassano, G.B. (2003). Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *Psychopathology*, 36(2), 55-64.

- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53-63.
- Salkovskis, P. M., Richards, H. C., & Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 281-299.
- Sookman, D. (2016). *Specialized cognitive behavior therapy for obsessive compulsive disorder: An Expert Clinician Guidebook*. New York: Routledge.
- Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H., Lenane, M., Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry*, 46(4), 335-41.
- S. Evelyn Stewart, Caitlin Beresin, Stephen Haddad, Denise Egan Stack, Jeanne Fama & Michael Jenike (2008) Predictors of Family Accommodation in Obsessive Compulsive Disorder, *Annals of Clinical Psychiatry*, 20(2), 65-70.
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H. & Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978-1985.
- Waite, P., & Williams T. (Eds.). (2009). *Obsessive compulsive disorder: Cognitive behaviour therapy with children and young people*. New York: Routledge.