

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para un caso de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) con dificultades en la Estructura Familiar

Estudiante: Meccico, Agustina Bianca.

Legajo: 36539

Director/es: Scherb, Elena; Losada, Analía Verónica.

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Especialista en Psicología Clínica.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha [01/11/2024]

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación []

Lugar y fecha: Berazategui, 01/11/2024

Firma y aclaración del autor:



Agustina Bianca Meccio

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para un caso de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) con dificultades en la Estructura Familiar

<https://orcid.org/0009-0005-7224-7656>.

Agustina Bianca Meccico, agustinabmeccico@gmail.com

Psicóloga. Especializanda en Psicología Clínica en la Universidad de Flores.

Resumen

Introducción: El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es caracterizado por la aparición de obsesiones y/o compulsiones (APA, 2014). Uno de los tratamientos más efectivos para este trastorno es la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) (Society Clinical Psychology, s.f). A su vez, muchas de las personas que padecen este trastorno atraviesan por dificultades en su estructura familiar, lo que produce un aumento de la sintomatología y, como consecuencia, un mayor malestar.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es desarrollar un Estudio de Caso con una paciente que está en los inicios de su tratamiento.

Método: El siguiente trabajo es un Estudio de Caso en el marco de una investigación cualitativa (Montero y León, 2007).

Resultados: Al ser una paciente que actualmente se encuentra en los inicios de su tratamiento, no se puede continuar brindando más datos respecto a los problemas, fortalezas y continuación del tratamiento. Estas se irán construyendo e identificando a lo largo de la terapia.

Discusión: Se considera que el tratamiento tiene un buen pronóstico, aunque una intervención factible en el futuro será la posibilidad de que realicen terapia familiar ya que la comunicación entre los diferentes miembros de este sistema puede ser considerada un obstáculo.

Palabras Clave: Estudio de Caso Único - Terapia Cognitivo Conductual - TCC-
Trastorno Obsesivo-Compulsivo - TOC - Vínculo Familiar.

Abstract

Introduction: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is characterised by the occurrence of obsessions and/or compulsions (APA, 2014). One of the most effective treatments for this disorder is Cognitive Behavioral Therapy (CBT) (Society Clinical Psychology, s.f). In turn, many of those suffering from this disorder experience difficulties in their family structure, which leads to increased symptomatology and, as a consequence, greater discomfort.

Objective: The aim of this work is to develop a Case Study with a patient who is in the beginning of her treatment.

Method: The following work is a Case Study in the framework of a qualitative research (Montero & Leon, 2007).

Results: As this is a patient who is currently at the beginning of her treatment, it is not possible to continue to provide more data regarding problems, strengths and continuation of treatment. These will be built up and identified during the course of therapy.

Discussion: Treatment is considered to have a good prognosis, although a feasible intervention in the future will be the possibility of family therapy as communication between the different members of this system may be considered an obstacle.

Keywords: Single Case Study - Cognitive Behavioral Therapy - CBT - Obsessive Compulsive Disorder - OCD - Family Structure.

Introducción

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es caracterizado por la aparición de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes que aparecen recurrente y persistentemente, y son experimentadas como intrusivas e indeseadas. Es importante destacar que estos tipos de pensamientos no son placenteros ni voluntarios, lo que provoca un gran malestar en la mayoría de las personas que lo padecen. Por otro lado, las compulsiones son actos repetitivos o acciones mentales que un sujeto se siente obligado a realizar como respuesta a una obsesión. La meta de estas acciones es reducir la angustia ocasionada por las obsesiones “previniendo” el acontecimiento temido, sin embargo, estas conductas, no poseen una conexión realista con la situación que causa temor, o son notoriamente excesivas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), el contenido particular de las obsesiones y las compulsiones difiere entre un individuo y otro. Hay ciertas características de los síntomas de TOC que son comunes, como los síntomas de limpieza, la simetría, los pensamientos tabú y de daño.

Es importante destacar que para ser considerado TOC, uno de los criterios a cumplir es que estas obsesiones y compulsiones le consuman mucho tiempo, generen un malestar clínicamente significativo o se provoque un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes en la vida del individuo (APA, 2014).

En este sentido, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se presenta como un enfoque ampliamente aceptado para el tratamiento de este trastorno. Este tratamiento psicológico está orientado a disminuir el malestar por medio de la modificación de las falsas creencias y valoraciones de la obsesión, así como también de los intentos individuales por controlar dicha obsesión. A su vez, la Exposición y Prevención de Respuesta resulta una herramienta terapéutica fundamental de la terapia cognitiva para el TOC, ya que las intervenciones cognitivas se utilizan, habitualmente, para preparar al paciente para las actividades del hogar basadas en la exposición (Clark y Beck, 2012).

El objetivo de este trabajo es desarrollar un Estudio de Caso con una paciente que está en los inicios de su tratamiento.

Estudio de caso

1. Contextualización del caso y método

Durante las sesiones, la paciente expresa sentirse mal con ella misma debido a que acude a la realización de compulsiones para “apagar los pensamientos” -obsesiones que le producen un alto grado de ansiedad y culpa-, que le dicen que algo malo va a ocurrirle a los miembros de su familia si no realiza una conducta ritualizada -compulsión que intenta disminuir esa incomodidad causada por la obsesión-. Menciona que estas conductas le demandan mucho tiempo, motivo por el cual muchas veces llega tarde a lugares, entre tantas otras cosas.

El tratamiento realizado se basa en Terapia Cognitivo-Conductual para TOC orientada a disminuir el malestar por medio de la modificación de las falsas creencias y valoraciones de la obsesión, así como también de los intentos individuales por controlar dicha obsesión. A su vez, como herramienta fundamental, se trabajará gradualmente con una herramienta clave de la TCC como lo es la Exposición y Prevención de Respuesta (Clark y Beck, 2012). Dentro de las intervenciones sugeridas por Behobi Baudou et al., (2013) se incluyeron la psicoeducación, las técnicas cognitivas para flexibilizar sesgos y la exposición y prevención de respuesta para enfrentarse, de manera deliberada y voluntaria, a la idea temida de forma directa o indirecta (Gavino, 2008; Vallejo Pareja, 2001). Además, la paciente fue animada a eludir sus rituales con el acompañamiento y medios sugeridos por la profesional.

2. La cliente

La paciente es una joven de 20 años, soltera y estudiante de la Licenciatura en Psicología. Cursa de forma regular, se presenta a exámenes y posee buenas calificaciones.

Trabaja en la empresa de su familia junto a su padre. Su familia está compuesta por su padre, su madre y su hermana 3 años mayor. Posee varios amigos de grupos diferentes con los que se suele reunir, y otros con los que acude a fiestas de música electrónica esporádicamente. Realiza actividad física de forma regular. Actualmente no tiene pareja. Ha realizado tratamiento psicológico en el pasado, pero lo abandonó debido a que su terapeuta se fue a vivir a otro país y a ella no le gustaba la idea de hacer terapia virtual. Debido a esto, hacía 3 años que no realizaba terapia.

Define a su padre como alguien más bien ausente y que, cuando está presente, se la pasa mayormente enojado con el resto de los miembros de su familia. Explica que en el único momento que tiene un diálogo fluido con él es cuando comparten el espacio y las horas laborales. Por otro lado, menciona a su madre como “*obsesiva*” (sic). Explica que siempre “*vive preocupada*” (sic) y que si las cosas no se realizan de la forma que ella las imparte, suele haber discusiones. A pesar de esto, manifiesta que tiene un buen vínculo y que dialogan mucho. En relación a su hermana, menciona que es artista y que hace unos años tuvo una internación en salud mental por un intento de suicidio; en ese momento fue diagnosticada con un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Manifiesta que le encantaría llevarse bien con ella, pero que el vínculo es prácticamente imposible, ya que esta se vuelve iracunda ante el mínimo comentario que le realizan. Explica que esta situación particular es una de las que más le afecta, ya que, posterior a estas discusiones experimenta mucha angustia, ansiedad y se despiertan de forma más intensa las obsesiones, culminando en compulsiones que le demandan mucho tiempo. Identifica que esta forma disfuncional de vincularse mayormente ocurre cuando sus padres están en su casa y que, por el contrario, cuando estos se van de viaje, el vínculo con su hermana mejora.

Acude a consulta recomendada por una amiga ya que indica que “*hace mucho necesitaba terapia*” (sic). Menciona que su motivo de angustia radica en la dificultad para relacionarse que tiene con su hermana: “*Nunca nos llevamos bien. Mi mamá siempre me dice que haga el esfuerzo de tener una buena relación porque cuando ellos (los padres) no estén, va a ser la única familia que me quede*” (sic). Explica que la permanente tensión que

experimenta por las reiteradas discusiones familiares, fundamentalmente teniendo de foco los comportamientos de su hermana, disparan su TOC. Indica que esta conducta comenzó a manifestarse desde los 8 años (aproximadamente), pero que durante la pandemia se agravó.

En su discurso se logra identificar, principalmente, la creencia de que es su responsabilidad que a su familia le ocurran, o no, cosas buenas: *“Siento que si no hago determinada cosa (compulsión/ritualización) a mi familia le va a pasar algo malo”* (sic); *“Siempre me depositan sus cosas a mí. Mi mamá habla mal de mi papá conmigo. Mi papá habla mal de mi mamá conmigo. Los dos hablan mal de mi hermana conmigo, y esto me hace sentir en el medio. En las discusiones siempre trato de intervenir, pero nunca se llega a nada y terminamos todos enojados. Yo después de eso me siento mal y ahí es cuando aparecen estos pensamientos horribles que me dicen que si no hago equis cosa, le va a pasar algo terrible a mi familia. Como lo termino haciendo y mi familia está a salvo, hace que me quede tranquila”* (sic). Estas ritualizaciones se basan, básicamente, en estar en su habitación y, por la noche, bajar y cerciorarse de que la puerta de entrada de la casa está bien cerrada unas 10 veces. También menciona que realiza un “inventario” de su habitación y hasta que no termina de nombrar cada uno de los objetos allí presentes, no sale a seguir con su rutina. Además precisa que, dependiendo del día, hay prendas, accesorios o peinados que no usa por miedo a que ocurra algo malo; y si utiliza dichos objetos, hay medios de transporte que evita.

Se observa que la visualización de su “familia a salvo” funciona como reforzador para que la paciente realice sus compulsiones. Este es el motivo por el que cada vez que aparece una obsesión ella, sin dudarlo, realiza una acción posterior. En este sentido, se sigue indagando sobre su sentimiento de responsabilidad y, si bien los pensamientos obsesivos que aparecen los considera “irracionales” no puede dejar de compensarlo con actos compulsivos.

3. Concepto orientador con apoyo de investigación y experiencia clínica

La hipótesis fundamental sobre esta paciente es que lo que la lleva a adoptar conductas ritualizadas es su creencia de responsabilidad sobre los hechos que acontecen a su alrededor. Considera que los momentos de tensión se disipan si ella realiza estas acciones. Cuando observa que su entorno está en calma y todos están a salvo, estos rituales disminuyen.

En este sentido, al tener la paciente una instancia de reconocimiento e identificación de que son sus pensamientos irracionales los que la llevan a ritualizar, se contempla la idea de realizar una terapia cognitivo conductual ya que los patrones que se observan en la paciente están justamente relacionados con una sobrevaloración de la importancia y necesidad de control de sus pensamientos, sobrestimación del peligro asociado a esos pensamientos, hiperresponsabilidad, perfeccionismo y baja tolerancia a la incertidumbre (Cottraux et al, 2001; Freeston et al., 1996; Whittal et al., 2005). En este sentido, la terapia se orienta a la posibilidad de flexibilizar estos sesgos cognitivos utilizando, posteriormente y de forma gradual, la exposición y prevención de respuesta para enfrentarse a la idea temida de forma directa o indirecta (Gavino, 2008; Vallejo Pareja, 2001). Este tipo de tratamiento es considerado el más óptimo por la terapeuta ya que, al ser una paciente permeable al cuestionamiento de sus pensamientos y con alta predisposición al cambio, a través de la modificación de las cogniciones podrían obtenerse grandes cambios, posteriormente, a nivel conductual.

4. Evaluación de los problemas, objetivos, fortalezas e historia de la paciente

Desde la primera sesión, la paciente se muestra predispuesta a expresar lo que le ocurre. Se muestra reflexiva y abierta a los comentarios que realiza la terapeuta observándose una alta predisposición a seguir indicaciones terapéuticas, lo que se considera una de las más grandes fortalezas para la evolución de su tratamiento. Es una joven autónoma, que se encuentra cursando una carrera de grado en una universidad

privada, con un amplio grupo de amigos por los que refiere sentirse contenida, con trabajo estable y un nivel socioeconómico medio-alto.

Ella misma plantea que su objetivo principal es poder tener un buen vínculo con su hermana y poder disminuir el malestar que le producen sus conductas ritualizadas. En relación a esto, y al escuchar su discurso, se considera que la paciente se encuentra en un estadio de contemplación (Prochaska y Velicer, 1997) ya que, se la percibe reflexiva en relación a los pros y contras de modificar su accionar. Realiza comentarios como *“creo que me haría bien dejar de cargar con los problemas de los otros”, “no quiero seguir estando en el medio de sus discusiones”, “tengo miedo de que mi familia no se tome bien el hecho de no resolverle los problemas”, “creo que se van a enojar conmigo si dejo de escuchar constantemente sus reclamos”* (sic). De esa forma, se puede evidenciar el estado de ambivalencia o la confrontación de las ventajas y desventajas del cambio conductual que ella identifica como necesario para sentirse mejor.

5. Formulación y plan de tratamiento

Los objetivos principales de la terapia radican, por un lado, en el plano relacional, en poder establecer un buen vínculo con su hermana y, por el otro, en el plano sintomatológico, en poder disminuir los rituales que tanto malestar y desgaste le generan. Si bien son objetivos en planos diferentes, lo que se ha observado es que cuando logra no involucrarse en las discusiones familiares, tanto de ella con sus padres como de sus padres con su hermana, la sintomatología del TOC baja. Cuando se encuentra sola con su hermana, al no generarse situaciones de disputas promovidas por sus progenitores, el vínculo mejora notablemente. La paciente atribuye que esta mejora vincular se da, fundamentalmente, a que su madre no está para hacerlas confrontar.

Las sesiones son presenciales con una duración de 45 minutos, una vez por semana. Se estima un tratamiento de aproximadamente 12 sesiones (Society Clinical Psychology, s.f).

Durante las primeras cuatro sesiones, se promovió la consolidación de la alianza terapéutica, que en palabras de Bordin (1979), es un vínculo colaborativo entre el paciente y el terapeuta, que habilita a ambos a trabajar en pos de lograr los objetivos de la terapia. Esta fue promovida, fundamentalmente, a través de la escucha activa y la validación de emociones.

En el transcurso de la quinta sesión, se comenzó a intervenir desde la psicoeducación, explicando cómo funciona el reforzamiento de conductas. En relación a esto, se habilitó a la paciente a reflexionar sobre cuáles identificaba ella eran los reforzadores que promueven la aparición de estas conductas disfuncionales. Se muestra entusiasmada por este ejercicio y se le indica, como tarea para la próxima sesión, que anote en un cuadro/registro (ver Anexo I) -facilitado por la terapeuta para realizar un análisis funcional de la conducta-, qué es lo que se encuentra haciendo cuando las obsesiones aparecen, cuál es su respuesta frente a ello y qué ocurre después. La siguiente sesión, se trabajó sobre esa actividad.

Resultados

Es menester señalar que, al ser una paciente que actualmente se encuentra en los inicios de su tratamiento, no se puede continuar brindando más datos respecto a los problemas, fortalezas y continuación del tratamiento. Estas se irán construyendo e identificando a lo largo de la terapia.

Discusión

Se observa una alianza terapéutica bien establecida y a la paciente motivada con su tratamiento; suele traer interrogantes y cuestionamientos sobre dinámicas y conductas para trabajar en sesión. Estos interrogantes y cuestionamientos están ligados a preguntarse por qué su familia intenta resolver los problemas discutiendo siempre de la misma manera y, como consecuencia, por qué ella adopta las conductas ritualizadas ante estas situaciones de tensión. Además se cuestiona el cambio de dinámica vincular con su hermana cuando

sus padres no están, habilitando que la relación fluya de una forma mucho más amable. La paciente evidencia que la tensión es producida por los comentarios negativos que su madre hace de una hermana a la otra sin estar la otra presente. Incluso identifica que ocurre lo mismo con su padre, ya que cuando ella y su papá se encuentran solos, la relación también mejora notablemente.

Se evidencia su predisposición al cambio, aunque la comunicación intrafamiliar puede ser considerada un obstáculo. Se considera que el tratamiento tiene un buen pronóstico, aunque una intervención factible en el futuro será la posibilidad de que realicen terapia familiar.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ta Edición)*. Editorial Médica Panamericana.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 16(3), 252-260.
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Editorial Descleé de Brouwer.
- Cottraux, J., Note, I., Yao, S. N., Lafont, S., Note, B., Mollard, E., ... & Dartigues, J. F. (2001). A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 70(6), 288-297.
- Freeston, M.H., Rheaume, J. y Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34(5-6), 433-46.
- Froján Parga, M. X. (2011). ¿Por qué Funcionan los Tratamientos Psicológicos?. *Clínica y Salud*, 22(3), 201-204.
- Gavino, A. (2008). *El trastorno obsesivo-compulsivo. Manual práctico de tratamientos psicológicos*. Editorial Pirámide.

- Montero, I. y León, O. G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion*, 12(1), 38-48.
- Society Clinical Psychology. (s.f). *Treatment: Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive Compulsive Disorder*.
<https://div12.org/treatment/cognitive-behavioral-therapy-for-obsessive-compulsive-disorder/#treatment-manuals>
- Vallejo Pareja, M. A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13(3), 419-427.
- Whittal, M.L., Thordarson, D.S. & McLean, P.D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1559-76.

Anexo I

Registro para realizar análisis funcional de la conducta (SPECC).

Situación	Pensamientos	Emoción(es)	Conducta	Consecuencia
¿Qué estaba haciendo en ese momento? ¿Dónde estaba, con quién y qué sucedía?	¿Qué se le vino en ese momento a la cabeza (recuerdos, imágenes, ideas, etc)? ¿En qué grado de 0 a 10 pensó que estos pensamientos eran ciertos?	¿Qué emociones sintió (ira, ansiedad, miedo, tristeza, etc)? ¿Con qué intensidad sintió esto en una escala del 1 a 10?	¿Cómo reacciona, cuál es su respuesta, cómo actúas? (Acción realizada para disminuir el malestar o modificar la situación)	¿Cómo se sintió después?
Estaba en mi pieza sola después de haberme peleado con Martina.	Pense que mi familia se iba a morir. 7	Miedo, desesperación. 8	Baje a ver si estaba bien cerrada la puerta 10 veces.	Tranquila.
Me estaba yendo a la facultad. Estaba mi mamá y mi hermana en casa ellas se habían peleado.	Que a mi hermano le iba a pasar algo horrible. 5	Miedo, ansiedad. 8	Fui y me cambie 4 veces de ropa.	Aliviada pero como con ansiedad.
A la mañana. Estaba en mi pieza.	Mi papá iba a tener un accidente yendo al trabajo. 7	Mucho Miedo. 8	Empece a nombrar en voz alta todas las cosas de mi pieza y cosas que no remire no me fui de mi pieza.	Alivia pero enojo porque perdi mucho tiempo.

PhotoScan de Google Fotos

Anexo II

Consentimiento informado de la paciente.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de UFLO Universidad, desean conocer mi tratamiento terapéutico para el abordaje del TOC. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre mi sintomatología y abordaje terapéutico actual para el desarrollo de un estudio de caso. Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán a continuación.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirandome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar (o equipo responsable)

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Firma:



Aclaración: Scalisi, Delfina

DNI: 45.783.739

Fecha: 26-06-2024

Firma Profesional Informante:



La Agustina B. Meccico
PSICÓLOGA
M.N. 74.908 - M.P. 63.196

Aclaración: Meccico, Agustina Bianca

DNI: 39.766.836

Protocolo N°: 1