

■ Intervención cognitivo-conductual en el manejo de obsesiones y compulsiones de lavado en una niña con trastorno obsesivo-compulsivo

Rosa Del Arco Jódar, María Jesús Tornero Gómez y Christelle García Soliveres
Hospital General Universitario de Elche

Resumen

El presente trabajo es un estudio de caso único donde se evalúa una intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de las obsesiones y compulsiones de limpieza en una niña de 10 años con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Se realiza una evaluación continua mediante registros de observación cumplimentados por los padres y la niña y una evaluación pretest-postest con la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown para Niños (CY-BOCS). Para la intervención se utilizaron técnicas conductuales complementadas con técnicas cognitivas, adaptadas con imágenes y pictogramas para facilitar la comprensión y el aprendizaje por parte de la niña. La técnica principal fue la exposición con prevención de respuesta (EPR) complementada con terapia cognitiva (discusión cognitiva y técnica de autoinstrucciones) y un programa de reforzamiento. Los resultados fueron positivos, observándose una reducción notable en las obsesiones y compulsiones de lavado. Este estudio subraya la importancia de un modelo de tratamiento con énfasis en el entrenamiento cognitivo y la participación de los padres, además de la técnica EPR como aspecto vertebral de la intervención para niños con TOC de inicio en la infancia.

Palabras clave: *Terapia de conducta infantil, trastorno obsesivo-compulsivo, estudio de caso único, exposición con prevención de respuesta.*

Abstract

Behavioral-cognitive therapy for cleaning obsessions and compulsions in a girl with obsessive-compulsive disorder. A single-case study of a 10-years old girl diagnosed with obsessive-compulsive disorder (OCD) is presented. Cognitive-behavioral techniques were used for cleaning obsessions and compulsions. We carried out continuous assessment by means of observational records filled out by the parents and their child. Furthermore we conducted a pre-test-posttest assessment based on the Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS). We used behavioral as well as cognitive techniques, illustrated with pictures and pictograms in order to ease the child understanding and her learning. Exposure and response prevention (ERP) was the main technique used in the treatment, complemented by cognitive techniques (cognitive restructuring and self-instructional training) and a reinforcement program. The results were successful, with a great decrease in the cleaning obsessions and compulsions. This study highlights the importance of a treatment model with emphasis on cognitive training and parental involvement in addition to the EPR technique as vertebral aspect of intervention for children with OCD onset in childhood.

Keywords: *Behavioral child therapy, obsessive-compulsive disorder, single-case study, exposure and response prevention.*

Según la cuarta edición del texto revisado del Manual Diagnóstico y Estadístico para las Enfermedades Mentales (DSM-IV-TR; APA, 2000), el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad caracterizado por pensamientos no deseados, ideas e imágenes que evocan ansiedad ante las que el sujeto presenta resistencia, y cuya ansiedad urge reducir a través de algún tipo de conducta ritual.

En cuanto a la sintomatología, habitualmente la expresión clínica

del TOC en los niños es similar a la de los adultos, si bien existen algunas particularidades. Por ejemplo, aunque los niños y adolescentes con TOC representan un grupo heterogéneo con una amplia gama de manifestaciones clínicas tanto en el inicio como en el curso de la enfermedad, éstos puede que no perciban subjetivamente los síntomas como excesivos, irracionales o extraños, pudiendo resultar egosintónicos, ya que su nivel de desarrollo cognitivo no les permite

Correspondencia:

Rosa Del Arco Jódar. Hospital General Universitario de Elche.
Cami de l'Almassera, 11, CP: 03203, Elche (Alicante) - España.
E.mail: rsdelarco@gmail.com

reconocerlas como ideas absurdas y molestas, exageradas o irracionales (March, Leonard y Swedo, 1995). Si no se tiene en cuenta esta característica, parte de la población infantil afectada puede quedar sin diagnosticar al considerar únicamente la característica egodistónica. Por ello, el diagnóstico en niños y adolescentes requiere de una flexibilidad, tanto mayor cuanto menor es la edad del sujeto.

Según Bragado (1994), los rituales son bastante habituales en distintas etapas evolutivas. Las diferencias estriban en que son menos frecuentes, intensos, duraderos, vívidos, molestos, fáciles de rechazar e interfieren menos en la vida. Para poder hablar de TOC, las obsesiones o compulsiones deben causar fuerte malestar, consumir tiempo (más de una hora diaria) o interferir significativamente con la rutina normal de la persona, con su funcionamiento laboral (o académico) o con sus actividades o relaciones sociales acostumbradas.

Las obsesiones principales en niños/as con TOC son la preocupación por gérmenes o suciedad (40%), el miedo a que pase una catástrofe (24%), poner todo en perfecto orden (17%) y obsesiones de tipo religioso (13%). Las compulsiones más comunes son el lavado excesivo (85%), repetir acciones (51%), verificar acciones (46%), tocar repetidamente objetos (20%), ordenar pertenencias (17%) y acumular objetos inservibles (11%) (Rodríguez-Sacristán, Baras-Valenzuela y Baras-Pastor, 2001).

La prevalencia del TOC en población pediátrica oscila del 2% al 4% (Geller, 2006). En lo que se refiere al sexo la mayoría de los estudios señalan una mayor prevalencia de TOC infantil en varones (3:2) que tiende a igualarse en la adolescencia (Hanna, Veenstra-Vanderweele y Cox, 2002). Respecto a la edad de comienzo, Lewin, Storch, Adkins y Merlo (2005) indican que el 80% de los casos comienza en la niñez. Se ha descrito que el promedio de edad de inicio se presenta entre los 7 y 12 años con una media de 13 años (Stewart, Geller, Jenike, 2004).

Uno de los componentes principales del modelo cognitivo-conductual en la intervención en el TOC es la exposición y prevención de respuesta (EPR), procedimiento que proporciona beneficios utilizado bien sólo o en combinación con otras técnicas (Rosa-Alcázar, Sánchez-Meca, Gómez-Conesa y Marín-Martínez, 2008). Específicamente, la terapia psicológica basada en prevención de respuesta y exposición in vivo ha probado ser muy eficaz, tanto en personas adultas (Foa, Liebowitz, Kozak, Davies, Campeas y Franklin, 2005) como en niños (Pediatric OCD Treatment Study, 2004).

Con relación al tratamiento cognitivo del TOC, no puede hablarse de un tratamiento específico, sino de aportaciones cognitivas dentro de la EPR. Generalmente se incluye el entrenamiento en autoinstrucciones y terapia cognitiva (Emmelkamp, van der Helm, van Zanten y Plochg, 1980). Geller (2006) defiende la efectividad de la prevención de respuesta junto con otros componentes, tales como el entrenamiento cognitivo y el manejo de la ansiedad (que involucra a padres y familiares). Se enfoca fundamentalmente en modificar emociones y conductas a través de cambios en la forma de pensar, la exposición al estímulo y la respuesta preventiva (Vásquez, Rodríguez y Martín Cardinal, 2003). Según Grunes, Neziroglu y McKay (2001) la colaboración de la familia y el empleo del reforzamiento positivo son especialmente importantes en el caso de los niños.

Las consecuencias de este trastorno en la vida de los niños/adolescentes son enormemente graves, interfiriendo en su actividad diaria (en los juegos, en el rendimiento escolar, en la relación con los amigos y en casa). Pueden presentar dificultades escolares en el aprendizaje o en la relación social, trastornos del humor, seguido de mayor obstinación en los rituales, incidiendo en el sueño y en la alimentación, presentando secuelas físicas derivadas de los rituales tales como dermatitis, y pudiendo llegar a tentativas de suicidio (Toro, 2006).

La importancia de una detección e intervención temprana en el diagnóstico y tratamiento del TOC es fundamental para evitar un deterioro en el funcionamiento normativo de los niños. Por tanto, el objetivo del presente trabajo es ofrecer los resultados de una intervención conductual-cognitiva basada en la evidencia en una niña con TOC en el tratamiento de sus obsesiones y compulsiones de limpieza, la cual no presenta, por el momento, un deterioro significativo en los diferentes dominios de su vida, tratando de prevenir de este modo una mayor interferencia en todos los niveles (familiar, social y laboral). Se presenta un programa de tratamiento complementado y adaptado con pictogramas e imágenes para una mejor comprensión y eficacia de las técnicas cognitivas y conductuales en las personas con TOC.

Descripción del caso

Identificación del paciente

La paciente era una niña de 10 años a la que llamaremos Laura. Cursaba 4º de educación primaria en un colegio público. Vivía en casa con sus padres y una hermana de 9 meses con la que mantenía una excelente relación. Nunca antes había recibido tratamiento psicológico ni psiquiátrico, ni tenía antecedentes familiares de trastorno mental en su familia cercana. El embarazo, parto y desarrollo psicomotor fueron normales. Presentaba un buen funcionamiento escolar y social. Sus calificaciones escolares eran altas y dedicaba su tiempo libre a jugar con sus muñecas en compañía de otras niñas, cuidar de su hermana y escuchar música.

Motivo de consulta

Los padres acuden a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil derivados por su pediatra de atención primaria, por presentar conductas compulsivas de lavado, provocando eccemas cutáneos en manos y antebrazos. Estas compulsiones se iniciaron hacía un año. Relatan que su problema solían manifestarse de forma más acusada en el ambiente familiar. Según sus padres *"Es una niña muy responsable y obediente, pero desde hace un año aproximadamente le entran unas manías que hace que se ponga muy nerviosa cuando se les prohíben hacerlas, chilla, llora y no obedece"*. El problema de las obsesiones y compulsiones afectaban acusadamente en el ánimo de Laura, ya que ella reconocía que eran exageradas y "sin sentido", mostrando una gran motivación para el cambio.

Historia del problema

Aunque las dificultades por las que es derivada a consulta empezaron tempranamente, se agravaron aproximadamente un año antes cuando tuvo que acudir dos veces a su pediatra debido a que el lavado compulsivo de sus manos le habían provocado eccemas en la piel desde los antebrazos hasta las manos, y con el frío estas heridas se agravaron más. Dichas dificultades se mantuvieron durante aproximadamente un año sin solicitar ayuda psicológica, de manera que cuando acudieron a consulta, había aumentado su frecuencia de lavado de manos y generalizado ante cualquier objeto que tocaba. En este momento, Laura refería ducharse hasta tres veces al día y en horarios que a los padres no les parecían adecuados, teniendo éstos muchas dificultades para manejar la situación. Describen que se había dado un aumento de la atención hacia la conducta de Laura, y además los padres refieren un empeoramiento en el clima fami-

liar debido a los problemas de conducta que presenta Laura ante la negativa de sus padres a que se lave con tanta frecuencia las manos.

Al explorar otras áreas de dificultad a lo largo del proceso evolutivo, indican que Laura siempre ha sido una niña sin problemas relevantes, solo destacan de ella y en comparación con otros niños de su edad, la tendencia a preocuparse en exceso por eventos que suceden a su alrededor. Si tiene exámenes o muchas tareas escolares presenta ansiedad, aunque no lo valoran como algo excesivo ni como algo problemático.

Evaluación del caso

En una primera fase de evaluación, se entrevistó a los padres y a la niña por separado (Entrevista para los Trastornos de Ansiedad en niños según el DSM-IV; ADIS-IV:C, Silverman, Albano y Sandín, 2009). Se recogió de forma detallada toda la información de la paciente, permitiéndonos iniciar el análisis funcional de la conducta problema.

En una segunda fase de evaluación, se utilizaron las siguientes técnicas:

Registros de observación y autorregistros antes, durante y después de la intervención, en el que se registraron la frecuencia de las compulsiones de lavado y el grado de ansiedad que le generaba antes de realizar el ritual. Con éstos, a su vez, se pretende realizar una evaluación continua de todo el proceso de evaluación. Estos registros de observación fueron cumplimentados tanto por los padres de la niña como por ella misma en su ambiente natural.

Escala Obsesivo-Compulsiva para Niños de Yale-Brown (CY-BOCS; Goodman, 1989). Constituye un instrumento adecuado para evaluar la severidad del TOC mediante una entrevista clínica semiestructurada aplicada al paciente (y a sus padres) que estudia, en obsesiones y compulsiones, el tiempo empleado, la interferencia, el malestar, la resistencia y el control. Es muy útil para evaluar los resultados de los tratamientos, ya que es sensible al tratamiento cognitivo-conductual. En esta escala se pueden obtener cinco índices de gravedad del trastorno (Subclínico, Leve, Moderado, Severo y Extremo). Laura obtuvo una puntuación que la situaba entre el límite superior de moderado y el límite inferior de severo. Las propiedades psicométricas de esta prueba son satisfactorias para evaluar la gravedad de los síntomas de niños con TOC, mostrando consistencia interna de 0.81-0.87 y una validez concurrente de 0.62 (Ulloa, 2004).

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños (STAI-C; Spielberger et al., 1973; adaptación española de Seisdedos, 1990). Este inventario evalúa dos dimensiones, ansiedad estado y ansiedad rasgo y tiene una consistencia interna (Alfa de Cronbach) de 0.85 en ansiedad rasgo y de 0.76 en ansiedad estado. Laura obtuvo en Ansiedad-Estado un percentil de 40, y en Ansiedad-Rasgo un percentil de 50.

La escala que se aplicó antes y después de la intervención (pretest y postest) fue la CY-BOCS, ya que es sensible al cambio sintomático y resulta muy útil para cuantificar la respuesta al tratamiento, ya que hipotéticamente esta es la variable que debe cambiar después de la fase de tratamiento.

Análisis topográfico y funcional

El diagnóstico clínico de Laura es de TOC. Entre los antecedentes remotos encontramos que el inicio de su sintomatología coincide con el octavo mes de embarazo de su madre y según relata Laura *“poco antes de nacer mi hermana empecé a tener estas manías”*. Otra variable precipitante la encontramos meses antes de la celebración de

su comunión (cinco meses después del nacimiento de la hermana), agravando este hecho su sintomatología. Estos dos sucesos vitales estresantes supusieron un cambio en el estado de ánimo de Laura, y aunque siempre había sido una niña muy responsable, ella misma empezó a exigirse más, *“me gusta que las cosas salgan exactamente como yo quiero”*.

A lo largo de todo este tiempo, Laura había ido aumentando la frecuencia de sus compulsiones de limpieza, llegando a gastar medio bote de jabón líquido al día, en el momento que vino a consulta.

Los antecedentes externos actuales para Laura eran todas aquellas situaciones en las que ella percibía polvo (aunque los de su alrededor no lo vean) y los objetos que habían caído al suelo o que consideraba que no estaban limpios. Cuando Laura, se encontraba es una de estas circunstancias, en su mente y de forma involuntaria, aparecían pensamientos obsesivos (antecedentes internos actuales) del tipo, *“me voy a ensuciar si toco cualquier cosa que no haya lavado yo antes”* o *“si veo que algo tiene un poco de polvo, no lo puedo tocar porque me da asco”*, y este tipo de pensamientos provocaban en Laura un gran malestar manifestado por taquicardias, sudoración y tensión muscular. Y a pesar de que Laura había conseguido tener conciencia de enfermedad y de que sus pensamientos eran exagerados, la única forma que había aprendido para reducir este malestar y sentirse mejor era ritualizando. De modo que cada vez que Laura realizaba la compulsión de lavarse las manos, aparecía en ella una gran sensación de alivio (reforzamiento negativo) que le llevaba a realizarla cada vez que se encontraba en esta situación, necesitando escapar, perpetuando así el trastorno.

La explicación teórica de la génesis y el mantenimiento del trastorno está fundamentada en la base teórica de la EPR explicada por Mowrer (1939 y 1960) en su teoría de los dos factores, según la cual en la primera fase existe un condicionamiento clásico de los miedos obsesivos, en los que objetos neutrales adquieren la habilidad de producir malestar, debido a que se asocian con una experiencia de miedo y/o ansiedad, a través de su relación con un estímulo de aversión que produce malestar. En la segunda fase, o de mantenimiento, se produce un reforzamiento negativo de las conductas que reducen la ansiedad provocada por los miedos obsesivos, y por lo tanto se incrementa la probabilidad de volverse a repetir en un futuro. Esto explica la dificultad de extinguir las respuestas de ansiedad condicionadas clásicamente, ya que la propia conducta de escape/evitación (al reducir la ansiedad) se refuerza e impide la exposición a las situaciones temidas, dificultando el proceso normal de extinción quedando condicionadas a los estímulos evocadores de ansiedad.

Nuestra hipótesis inicial es que cada vez que Laura realiza la compulsión, disminuía su ansiedad y se reforzaba negativamente la conducta de escape y/o evitación, aumentando la probabilidad de que se volviera a repetir en un futuro.

Por tanto, la técnica de exposición y prevención de respuesta permitiría reducir la ansiedad y el malestar que se asocian con los estímulos que evocan miedo o ansiedad mediante el proceso de habituación, de extinción o cambio de expectativas. La habituación es un proceso psicofisiológico natural mediante el cual el sistema nervioso “se acostumbra” a los estímulos temidos a través del contacto repetido y prolongado, mientras que la extinción se produciría por la exposición no reforzada al estímulo aversivo. Además, el hecho de no poseer unas adecuadas estrategias para evitar no neutralizar, puede dificultar el proceso de esta técnica principal. Por tanto, complementaremos la EPR con el aprendizaje de aportaciones cognitivas dentro de la EPR, que faciliten su autorregulación emocional, y corrijan sus pensamientos acerca de estar sucia, y dotar a Laura de un repertorio conductual apropiado para poder disminuir sus obsesiones y elimi-

nar sus compulsiones. Todo esto, acompañado un refuerzo adecuado de sus logros, instaurará en Laura una sensación de control que permita recuperar un estilo de vida más normalizado y emplear el nuevo tiempo libre para actividades personales gratificantes.

Aplicación del tratamiento

Objetivos del tratamiento

Después de analizar los resultados en el proceso de evaluación y la formulación clínica, se plantearon los siguientes objetivos:

1. Ayudar a la niña a que comprenda su problema, cómo se adquiere y cómo se mantiene.
2. Reducir la intensidad de la activación.
3. Reducir la frecuencia, a un número razonable al día, de respuestas de lavado.
4. Desarrollar habilidades cognitivo-conductuales para que afronte sus obsesiones y compulsiones, y el malestar asociados a ellos.
5. Modificar o flexibilizar las reglas rígidas sobre las creencias subyacentes, que hacen vulnerables a la niña a este trastorno.

Técnicas de tratamiento

Se utilizó como técnica principal la exposición con prevención de respuesta (EPR), complementada con terapia cognitiva y un programa de reforzamiento. La EPR es la técnica de primera elección para tratar el TOC (Foa, et al., 2005; Pediatric OCD Treatment Study, 2004). Se expuso a la niña a situaciones que le producían los pensamientos obsesivos y debía evitar dar la respuesta compulsiva.

También se utilizaron técnicas cognitivas con el objetivo de examinar la validez de ciertas creencias mediante la discusión, sometiendo a un interrogatorio a sus propias ideas, llegando así a una conclusión acerca de la veracidad o no de esa idea. Ésta técnica es fundamental para descubrir los significados que el paciente otorga a sus obsesiones, las consecuencias que teme y las creencias subyacentes (Sevillá y Pastor, 2004). Por otro lado se empleó la técnica de entrenamiento en autoinstrucciones (Meichenbaum, 1977), que permite la sustitución de autoverbalizaciones internas (pensamientos) negativas por otras positivas que el sujeto utiliza antes, durante y después de una situación de exposición y prevención de la respuesta. Todas éstas son estrategias fundamentales que se utilizaron a la hora de exponerse a las situaciones temidas para enfrentarse a la prevención de la respuesta.

Por último, se aplicó un programa de reforzamiento para completar las tareas de exposición y abstenerse de los rituales y así disminuir la conducta problemática. La técnica consiste en establecer un sistema de refuerzo mediante la utilización de unas pequeñas fichas (pegatinas) para premiar las respuestas de no realización de la compulsión. Estas fichas son posteriormente intercambiadas por reforzadores materiales y/o sociales que, en un principio se han acordado con la niña. Por lo tanto, se utiliza el refuerzo positivo (fichas que gana cada vez que se retarde la respuesta de lavado tras un tiempo previamente fijado) y la extinción (no consecución de fichas cuando no consiga retrasar la respuesta).

La utilización de estas técnicas fue siempre acompañada de pictogramas e imágenes para facilitar su comprensión. En concreto, durante la explicación de la técnica de autoinstrucciones se trabajó con viñetas en las que aparecían dibujos animados con ejemplos de verbalizaciones que se decían en cada una de las fases de esta técnica. Asimismo, para la estrategia de "externalización del TOC" se utilizaron imágenes que diferenciaban la figura de los padres, la figura de la niña y el TOC. Este último era representado como una gran bola negra que iba haciéndose mas pequeña a medida que la niña iba

"luchando" contras sus compulsiones y acercándose mas a las figuras de los padres.

Diseño del estudio

El diseño utilizado en el tratamiento es A-B. Se realizó una evaluación inicial y posteriormente se introdujo el tratamiento; posteriormente se llevó a cabo una nueva evaluación al final de la aplicación del tratamiento para cuantificar los cambios y la eficacia de la intervención así como una evaluación continua con los registros recogidos de los padres y la niña.

Desarrollo del tratamiento

El tratamiento se aplicó en 12 sesiones de frecuencia semanal de una hora aproximada de duración. El esquema seguido para la intervención fue el siguiente:

Evaluación: Sesiones 1 y 2. Se realizaron entrevistas a padres y paciente orientada a estimar la magnitud del deterioro, el nivel de desarrollo, los síntomas y evolución, así como los síntomas que puedan apuntar la presencia de patología asociada. También se incluyó una evaluación global del desarrollo de Laura y de su funcionamiento psicosocial incluyendo una revisión detallada de su historia médica y de su familia. Se aplicaron los autoinformes y autorregistros sencillos dónde tenía que anotar sus obsesiones y compulsiones. Paralelamente en estas primeras sesiones, se consideró crucial establecer una buena alianza terapéutica con Laura y que percibiera una actitud de aceptación por parte de los terapeutas favoreciendo además la motivación para participar e implicarse en el tratamiento.

Psicoeducación: Sesión 3. Dirigida a que Laura tuviera conocimiento acerca del trastorno, sus causas y mantenimiento, y las opciones de tratamiento. El objetivo fue que Laura entendiera el TOC y sus implicaciones en su vida diaria y por lo tanto conceptualizarlo de forma diferente a como lo había hecho hasta entonces, desdramatizando y normalizando su problema. En esta sesión también se introdujo la estrategia de "Externalización del TOC" (Jenike, Baer y Minichiello, 2001), que consiste en distinguir de forma clara el TOC, del niño y de la familia. De esta forma el TOC se externaliza y se convierte en un enemigo localizado, contra el cual hay que luchar, y que lo asocie como un enemigo al que hay que vencer, aliándose para ello, familia y niño.

Entrenamiento a padres y programa de reforzamiento: Sesión 4. En primer lugar, se ofrecieron pautas a los padres para que colaboraran en el manejo del TOC, impidiendo la realización de los rituales (generalmente, de modo gradual), dejando de participar en ellos (extinción) y reforzando conductas incompatibles o la no realización de los rituales (Bragado, 1994). Debido al empeoramiento del clima familiar generado por el problema que presentaba Laura, ofrecimos unas pautas para facilitar y promover una interacción y patrones de conducta positivos padres-hija. Por otra parte, fue fundamental que los padres se implicaran en la terapia.

En segundo lugar, seleccionamos con la niña y sus padres un listado de premios que le gustaría conseguir. Cada semana en función de las pegatinas que conseguía podía intercambiarlos por reforzadores materiales y/o sociales que, en un principio se habían acordado con la niña y sus padres (véase la tabla 1).

En cada exposición podía conseguir hasta un máximo de tres pegatinas en función del tiempo que "aguantaba" sin ejecutar la compulsión. Cuando no conseguía llegar al límite de tiempo establecido, no se administraba ninguna ficha.

Exposición y prevención de respuesta: Sesión 5-12. En las primeras sesiones de la introducción de la EPR fue importante que Laura

entendiera el procedimiento de la técnica, así como la base teórica que la sustenta. El primer paso consistió en construir una jerarquía graduada de las situaciones temidas a las que debía ir exponiéndose, con la explicación de que la exposición repetida y prolongada sin dar una respuesta de escape o evitación (la compulsión) se asociaba con una reducción de la ansiedad debido al proceso de habituación y al no producirse el reforzamiento negativo se extinguían de esta forma las compulsiones. Se propusieron 5 tareas de dificultad baja, media y alta (véase la tabla 2).

Las tareas de exposición fueron de 45 minutos dos veces por día con la repetición de la misma situación entre una semana y dos dependiendo de la superación de ese ítem. La calificación de la ansiedad oscilaba de 0-10 empleando un medio gráfico; termómetro del miedo. En la primera tarea de exposición se efectuó modelado por parte del terapeuta, con el objetivo de mejorar el grado de comprensión de la EPR por parte de Laura, y su generalización en el trabajo asignado para casa entre una sesión y otra. Los familiares actuaban como coterapeutas en las tareas de exposición.

Tabla 1. Listado de premios

Darle la merienda a su hermana pequeña	4 fichas
Ir a comer un helado	7 fichas
Jugar a las cartas con los papas	10 fichas
Comprar pegatinas de "las monsters"	13 fichas
Ir a correr con el papa	15 fichas
Bañarse con los dos papas durante 30 minutos en la piscina de su tío	17 fichas
Ir a un restaurante chino	20 fichas
Ir al cine	24 fichas

Tabla 2. Jerarquía graduada de las situaciones temidas

Ítem 1	Exponerse a la situación de no lavarse las manos después de comer.
Ítem 2	Coger un cenicero firmemente, durante un minuto y después tocar diferentes partes de su cuerpo (cara, piernas, brazos...), evitando dar la respuesta de lavado.
Ítem 3	Tocar objetos que tuvieran polvo (por ejemplo; por encima el mueble o el suelo de casa), y prevenir la respuesta de lavarse las manos.
Ítem 4	Ir a orinar y no lavarse las manos después.
Ítem 5	Tocar algo pegajoso (helado, frutas...) y no dar la respuesta de lavado de manos.

Técnicas cognitivas: Sesión: 5-12. Paralelamente a la aplicación de la técnica principal, se complementó la EPR con estrategias cognitivas para un mejor afrontamiento. Entre ellas se empleó la discusión cognitiva (Sevillá y Pastor, 2004), con el objetivo de que Laura aprendiera a valorar correctamente la importancia de su pensamiento y hacer estimaciones realistas sobre la probabilidad y la gravedad de las consecuencias de tener las manos sucias. Para ello, se seleccionaba una idea en cuestión como una hipótesis y era sometida a un interrogatorio, "si toco el cenicero y no me lavo las manos me voy a contaminar". Para realizar este interrogatorio se siguieron cuatro parámetros o criterios de racionalidad de los pensamientos: la objetividad de ese pensamiento, con preguntas del tipo; *¿qué pruebas tienes a favor de este pensamiento?*; el grado de emoción que le provoca ese pensamiento, en el que la preguntar a formular podría ser, *¿qué grado de malestar te produce pensar esto?*; la utilidad de las creencias, es decir *¿para qué te sirve pensar esto?*, y por último el tipo de palabras que utiliza para expresar sus ideas en términos de credibilidad dada *¿creo realmente que vaya a suceder lo que estoy pensando?*.

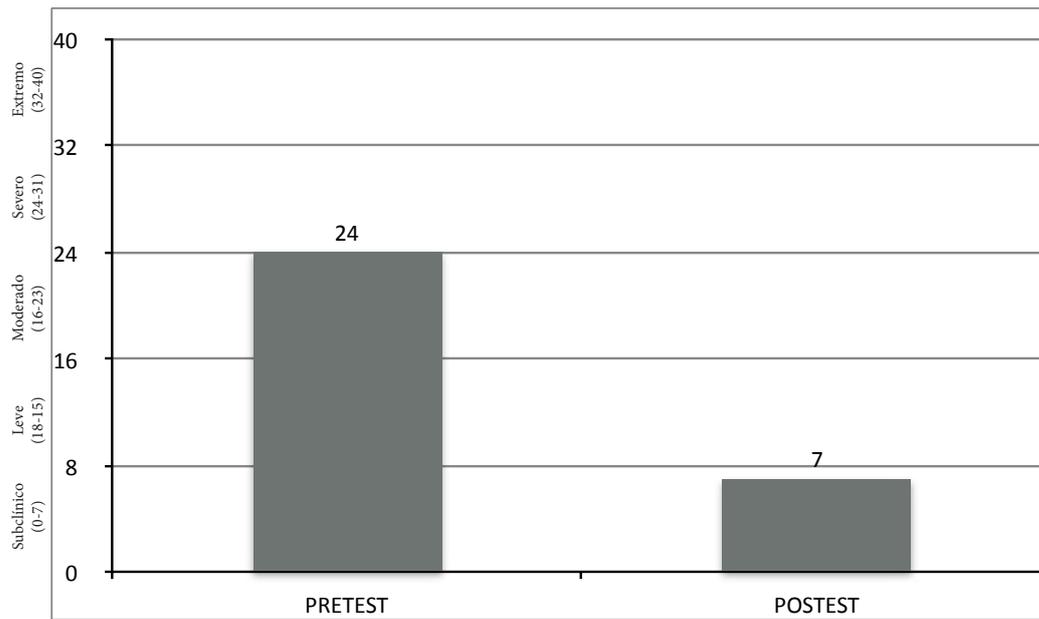
Por último se utilizó la técnica de autoinstrucciones con el objetivo de guiar su diálogo interno y cambiar las emociones perjudiciales que aparecían durante la EPR. Ésta se estructura por pasos a seguir. Cada paso está complementado por una imagen. Por ejemplo: "puedo relajarme", "voy a mantener el control", "la próxima vez no tendré que preocuparme tanto", etc.

Resultados

Como se puede apreciar en las tablas, los resultados de la intervención terapéutica en nuestra paciente han sido positivos. Con respecto a la evolución de Laura en cuanto a la gravedad de los síntomas recogidos en la escala CY-BOCS, se observó que después de la intervención los cambios han sido satisfactorios (Pretest = 24; Posttest = 7), lo cual muestra que hay una disminución de la gravedad general del trastorno (véase figura 1).

En lo que se refiere a los gráficos que explican la frecuencia y la intensidad de las compulsiones dadas cada semana del tratamiento,

Figura 1. Gravedad de los síntomas recogidos en la escala CY-BOCS



se observó que hubo una clara disminución de estos parámetros con respecto a la línea base inicial. Tanto la intensidad como la frecuencia de las compulsiones disminuyeron progresivamente a medida que iba avanzando el tratamiento. La línea base tuvo una frecuencia media de 9 compulsiones de lavado por día a la semana con un nivel de ansiedad de 8 puntos sobre 10. Después del tratamiento, la media de la frecuencia fue de 3 lavados por día a la semana, con un nivel de ansiedad de 1 punto sobre 10. El tratamiento finalizó cuando la frecuencia fue de 2 lavados por día, con el objetivo de que Laura tuviera un margen de seguridad y redujera las posibilidades de recaídas (véase figura 2).

Es de importancia resaltar que en la semana 10 Laura no pudo asistir a consulta por estar fuera de la ciudad. Este hecho coincidió con una reducción considerable con respecto a las demás semanas, tanto de frecuencia de sus compulsiones como en el nivel de ansiedad que le generaban. Esto se debe, según refiere la paciente “*se pasaba el día metida en la piscina*”, con lo cual por un lado no tocaba objetos que ella consideraba “sucios” y por otro permanecían sus manos limpias en el agua. Por tanto no se registró correctamente la conducta.

Los padres de Laura se mostraron satisfechos con la terapia, resaltando que su hija era capaz de ejercer un control voluntario contra sus compulsiones. A su vez, resaltaron también que ellos habían aprendido a manejar situaciones relacionadas con su trastorno, impidiendo la realización de los rituales (generalmente, de modo gradual), dejando de participar en ellos (extinción) y reforzando conductas, mejorando de este modo, los patrones de comunicación establecidos con Laura y la relación paterno-filial.

Discusión

El uso de la exposición con prevención de respuesta complementado con técnicas cognitivas y conductuales ha favorecido la reducción de la ansiedad ante los estímulos que evocaban malestar, así como las conductas compulsivas que presentaba la paciente. Por otra parte, se ha mejorado el aprendizaje de habilidades de afrontamiento y regulación emocional en las diferentes situaciones que le generaban malestar relacionado con su trastorno y como consecuencia, una mejora en su percepción de control ante las compulsiones y un mejor clima familiar.

Los tratamientos que han demostrado una mayor eficacia en el tratamiento específico de los trastornos obsesivo-compulsivos son, la terapia cognitivo-conductuales y tratamientos farmacológicos (Barrett, Farrell, Pina, Peris y Piacentini, 2008).

Tradicionalmente, la exposición y prevención de respuesta constituyó dentro del abordaje cognitivo conductual la intervención de primera elección para el tratamiento del TOC, aunque la perspectiva se ha ampliado en los últimos años favoreciendo la inclusión de las técnicas cognitivas como tratamiento con sólido apoyo empírico (Podea, Suciú, Suciú y Ardelean, 2009; Prazeres, de Souza y Fontenelle, 2007).

La terapia cognitivo-conductual individual es el formato más común de terapia, aunque la terapia de este tipo en forma grupal tiene numerosas ventajas especialmente en la población pediátrica (Himle, Van Etten, Fischer, Jeneck y Henna, 2003; McCellan y Werry, 2003).

En concordancia con los citados estudios, podemos observar una notable mejoría en cuanto a la sintomatología obsesiva y compulsiva de Laura, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo. La importancia de la detección e intervención temprana en el diagnóstico y tratamiento del TOC es esencial ya que evitará la aparición de problemas de adaptación futuros. Además la eficacia de terapia de conducta en los trastornos de ansiedad está relacionada con la prontitud en que el paciente acude a consulta, ya que este factor favorecerá que no se cronifique el trastorno y se generalice a más situaciones y en este caso, Laura acudió a consulta en menos de 10 meses desde la aparición de su trastorno.

Una parte esencial en la intervención fue la implicación de los padres en la terapia. Se ajustaron a las pautas dadas en las sesiones y colaboraron en la aplicación del tratamiento, impidiendo la realización de los rituales (generalmente, de forma gradual), ejerciendo de coterapeutas en los momentos de mayor malestar de Laura, señalando como tenía que enfrentarse a las situaciones que le generaban ansiedad y modelando sus tareas de exposición y prevención de respuesta. A medida que iba progresando la intervención, éstos fueron otorgando más responsabilidad a Laura para que finalmente fuera ella sola quien dirigía su propia exposición como la prevención de

Figura 2. Frecuencia de la conducta compulsiva

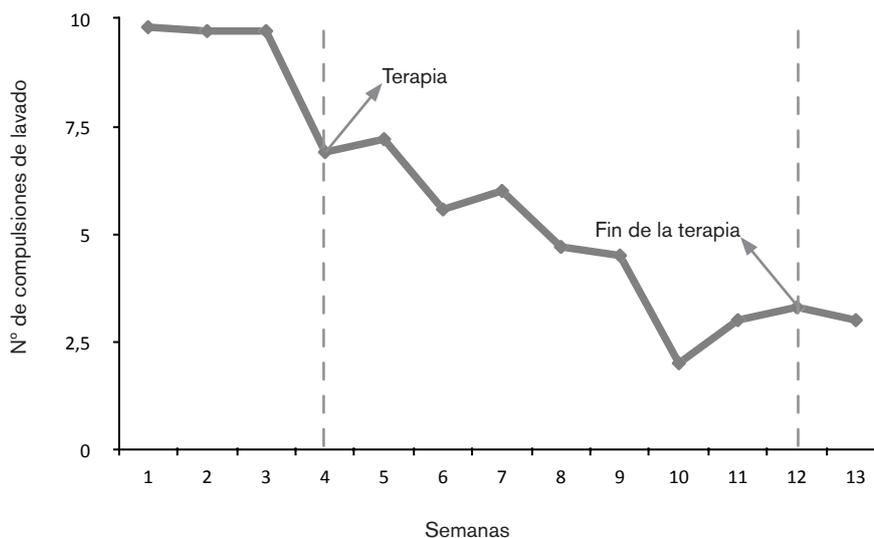
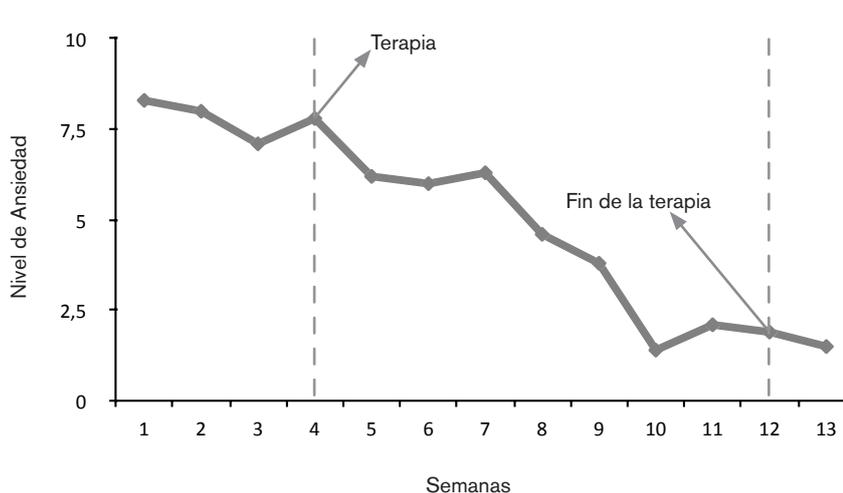


Figura 3. Intensidad de la conducta compulsiva



sus compulsiones. En este sentido, algunos programas de terapia cognitivo- conductual incluyen sesiones también para los padres que indican la conveniencia de los mismos (Barrett et al., 2008; Koran, Hanna, Hollander, Nestadt, et al., 2007; O'Kearney, 2007).

El estudio tiene limitaciones que deben mencionarse. Una de ellas fue que encontramos fue la baja motivación a la aplicación de la técnica de EPR por parte de la niña en las primeras sesiones. Esta dificultad fue solventada introduciendo estrategias motivacionales como la persuasión verbal (ventajas y desventajas de tener compulsiones), el control externo por parte de los padres, el apoyo del terapeuta, el reforzamiento positivo de la cooperación y la apelación a la autoridad paterna. Por otro lado, durante la aplicación del tratamiento nos encontramos con la dificultad de no poder concertar algunas citas a nivel presencial con la paciente como estaba planificado, debido a la imposibilidad de acudir al centro de salud en su periodo vacacional, por lo que se optó, por contactar telefónicamente en dos ocasiones en el periodo de una semana. Como consecuencia se observó un cumplimiento insuficiente de las pautas de tratamiento dadas con anterioridad para la práctica de la EPR y

un retraso en la intervención. En cuanto al seguimiento, Laura acudió a dos citas, una a los tres meses a partir de la fecha de finalización de la intervención y otra a los 6 meses después, manteniéndose los resultados de la intervención. A pesar de estas limitaciones, que finalmente pudieron ser superadas, el tratamiento ha sido efectivo obteniéndose unos resultados muy positivos y lográndose un cambio terapéutico en nuestra paciente.

Basado en estos resultados y en nuestras experiencias durante este estudio, ofrecemos las siguientes consideraciones clínicas. El tratamiento de niños experimentando TOC de inicio en infancia será más eficaz si los padres se implican en todas las fases del tratamiento y si se aplican procedimientos cognitivos. Los clínicos deberían considerar las características únicas del desarrollo del niño y adaptar la psicoeducación, las exposiciones y entrenamiento cognitivo en concordancia con ellas, utilizando por ejemplo, pictogramas e imágenes en la aplicación de algunas de estas técnicas.

Artículo recibido: 5/03/2014

Aceptado: 12/05/2014

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª ed.*, texto revisado. Barcelona: Masson.
- Barrett, P. M., Farrell, L., Pina, A. A., Peris, T. S. y Piacentini, J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*, 131-155.
- Bragado, M. C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Emmelkamp, P. M. G., van der Helm, M., van Zanten, B. L. y Plochg, I. (1980). Treatment of obsessive-compulsive patients: The contribution of self-instructions training to the effectiveness of exposure. *Behaviour Research and Therapy, 18*, 61-66.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S. O., Campeas, R. y Franklin, M. E. (2005). Treatment of obsessive compulsive disorder by exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination: a randomized, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 162*, 151-161.
- Geller, D. A. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America, 29*, 353-70.
- Grunes, M. S., Neziroglu, F. y McKay, D. (2001). Family involvement in the behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: A preliminary investigation. *Behavior Therapy, 32*, 803-820.
- Hanna, G., Veenstra-Vanderweele, J. y Cox, N. (2002). Genome-wide linkage analysis of families with obsessive-compulsive disorder ascertained through pediatric probands. *American Journal of Medical Genetics, 114*, 541-552.
- Himle, J., Van Etten, M., Fischer, D., Jeneck, A y Henna, G. (2003). Brief treatment and crisis intervention. Group cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A review, *3(2)*, 217-229.
- Jenike, M. A., Baer, L. y Minichiello, W. A. (2001). *Trastornos Obsesivos-Compulsivos, 3ª ed., Manejo práctico*. Madrid: Harcourt.
- Koran, L., Hanna, G., Hollander, E., Nestadt, G., et al. (2007) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 164*, 5-53.
- Lewin, A., Storch, E., Adkins, J. y Merlo, L. (2005). Update and review of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals, 35*, 745-753.
- McCellan, J. y Werry, J. (2003). Evidence-based treatment in child and adolescents psychiatry: An inventory. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 42*, 1388-1400.
- March, J., Leonard, H. y Swedo, S. (1995). Obsessive-compulsive disorder. En J. March(Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents*, (pp. 251-277). New York: Guilford.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behaviour Modification*. New York: Plenum.
- Mowrer, O.H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review, 46*, 553-565.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. Nueva York: Wiley.
- O'Kearney, R. (2007). Benefits of cognitive-behavioural therapy for children and youth with obsessive-compulsive disorder: re-examination of the evidence. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry, 41*, 199-212.
- Pediatric OCD Treatment Study Team (2004). Cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 292*, 1969-1976.
- Podea, D., Suci, R., Suci, C. y Ardelean, M. (2009). An update on the cognitive behavior therapy of obsessive compulsive disorder in adults. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 9*, 221-233.
- Prazeres, A. M., De Souza, W. F. y Fontenelle, L. F. (2007). Terapias de base cognitivo comportamental do transtorno obsesivo-compulsivo: Revisão sistemática da última década. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29*, 262-270.
- Rodríguez-Sacristán, S. J., Baras, V. M. y Baras, P. M. (2001). Clínica de los trastornos obsesivo compulsivos en la infancia. *Anales Psiquiatria, 17*, 170-177.
- Rosa-Alcázar, A., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A. y Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 28*, 1310-1325.
- Seisdedos, N. (1990). STAIC, Cuestionario de Autoevaluación. Madrid. TEA Ediciones S.A.
- Sevillá, J. y Pastor, C. (2004). *Tratamiento psicológico del trastorno Obsesivo-Compulsivo (2ª ed.)*. Valencia: Publicaciones del centro de terapia de conducta.
- Silverman, W., Albano, A. y Sandín, B. (2009). *Entrevista para el diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en niños según el DSM-IV (ADIS-IV: C)*. Madrid: Klinik.
- Stewart, S., Geller, D. y Jenike, M. (2004). Long-term outcomes of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinava, 110*, 4-13.
- Toro, J. (2006). Trastornos obsesivos en la infancia y la adolescencia. En J. Vallejo y G. E. Berrios (eds.), *Estados obsesivos* (pp. 433-459). Barcelona: Masson.
- Ulloa, R., De la Peña, F., Higuera, F., Palacios, L., Nicolini, H. y Ávila J. (2004). Estudio de validez y confiabilidad de la versión en español de la escala Yale-Brown del trastorno obsesivo compulsivo para niños y adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatria, 32*, 259-263.
- Vásquez, R., Rodríguez, E. y Martín Cardinal, E. (2003). Factores de pronóstico en trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Revista Colombiana Psiquiatria, 32*, 249-59.