

Intervención en un Caso Clínico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo Y De Ansiedad Generalizada desde la Terapia Racional Emotiva Conductual

Amanda Guadalupe Díaz Contreras⁸⁴

Karla Patricia Valdés García⁸⁵

Resumen

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), este es una condición clínica que se caracteriza por pensamientos, impulsos o imágenes (obsesiones) recurrentes, persistentes, no deseados e intrusivos y/o conductas o acciones mentales repetitivas que el paciente se siente obligado a realizar (compulsiones) para reducir o evitar el pensamiento obsesivo. El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se centra en la ansiedad y preocupación excesiva que es difícil de controlar en muchas situaciones o actividades. La comorbilidad de ambos trastornos conduce al deterioro social, ocupacional y de otras áreas importantes de funcionamiento. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de la Terapia Racional Emotiva Conductual en la mejoría de síntomas y habilidades de afrontamiento en una paciente de 22 años con TOC comóvil a un TAG. Se utilizó un diseño de caso único, que incluyó un programa de intervención adaptado a 21 sesiones que contemplan técnicas como la psicoeducación, respiración, relajación y exposición con prevención de respuesta. Para la evaluación se utilizó entrevista semiestructurada, Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad, Inventario de Depresión de Beck, Test de Creencias de Ellis, Inventario de Síntomas, el Inventario Obsesivo Compulsivo de Maudsley y la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown. Los resultados hasta la fecha son congruentes con la hipótesis establecida en cuestión de mejoría de la sintomatología de la paciente. Actualmente el tratamiento se encuentra en una fase intermedia y sigue su curso.

Palabras clave: *Terapia Racional Emotiva Conductual, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, estudio de caso.*

⁸⁴ Universidad Autónoma de Coahuila. amandadiazcontreras@uadec.edu.mx

⁸⁵ Universidad Autónoma de Coahuila. karlavaldes@uadec.edu.mx

Introducción

El TOC es un trastorno multifactorial crónico complejo que afecta a todo tipo de personas; sin embargo, en niños y jóvenes los síntomas son ocultos y difíciles de expresar, por lo que muchas veces no son diagnosticados. Los criterios del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM 5) para los trastornos obsesivo-compulsivos, mencionan que hay presencia de obsesiones y/o compulsiones en las que se pierde tiempo y se produce una angustia significativa en varias áreas funcionales.

Las obsesiones son pensamientos o imágenes persistentes, no deseadas, que provocan ansiedad y una tendencia a tratar de ignorarlas, suprimirlas o neutralizarlas con otro tipo de pensamiento o comportamiento; las compulsiones son conductas o actos mentales que se realizan repetidamente en respuesta a una obsesión, que son irreales o son excesivas, y que se realizan para prevenir/reducir la ansiedad o evitar situaciones de miedo (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

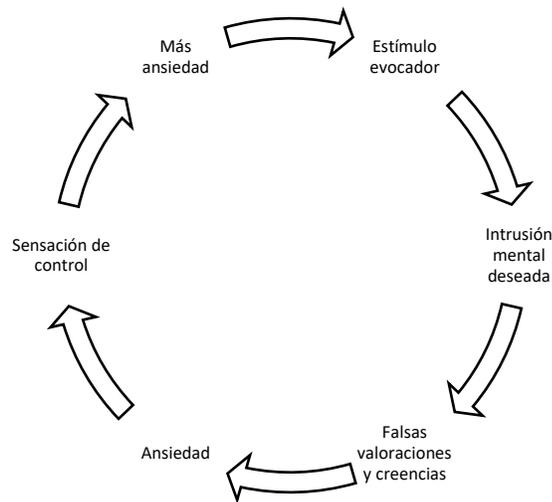
[Las obsesiones pueden estar relacionadas con diferente contenido, encontrando como los más frecuentes, la preocupación por la suciedad o contaminación, la enfermedad, dolencias, dudas sobre la seguridad, violencia, actos sexuales repulsivos y temas misceláneos relativos al orden, rutina, exactitud, simetría, números, comprobación, etc. (Beck y Clark, 2012).

El TAG se caracteriza por la preocupación sobre muchos temas y situaciones que provocan un malestar significativo; Según el DSM-5 (APA, 2014) se deben cumplir criterios diagnósticos, como la presencia de ansiedad y preocupaciones persistentes relacionadas con acontecimientos o actividades tales como el rendimiento escolar y/o laboral, durante al menos 6 meses. Esta ansiedad y preocupación deben ser incontrolables y estar asociadas con síntomas de inquietud, cansancio, dificultad para concentrarse o mantenerse enfocado, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño, causando molestias significativas o deterioro social, laboral u otras áreas del funcionamiento.

Para dar explicación al origen y mantenimiento de los trastorno se han creado modelos explicativos, como el de Clark y Beck (2012) que explica que cuando hay un estímulo evocador asociado a una intrusión mental indeseada se generan valoraciones y creencias falsas, y estos pensamientos elevan la ansiedad; por ende se busca neutralizar dichos

pensamientos desarrollando conductas evitativas y/o compulsivas que provocan una sensación de control percibido, pero se promueve un ciclo que genera mayor ansiedad. (Figura 1).

Figura 1 Modelo explicativo



Fuente. Retomado de Sainz et al. (2018).

Los trastornos de ansiedad, incluido el TAG, representan uno de los trastornos psiquiátricos que puede estar asociado con el TOC (Fontenelle y Hasler, 2008). A pesar de que el TAG es una de las comorbilidades más prevalentes en el TOC, pocos estudios se han enfocado en investigarlo.

Al respecto Sharma et al. (2021) encontraron que existe mayor número de conductas de evitación y mayor gravedad de la ansiedad; también se ha encontrado mayor tendencia al suicidio (Sommer et al., 2019) y mayores tasas de comorbilidad con trastornos del estado de ánimo (Kishita y Laidlaw, 2017). Ello ilustra la gravedad clínica asociada y la relevancia de la demostración de la eficacia de tratamientos psicoterapéuticos.

Los enfoques de terapia cognitiva conductual (TCC) son tratamientos validados empíricamente, para trastornos depresivos y de ansiedad (Beck, 1976). La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), desarrollada por Ellis fue la primera de las teorías cognitivas conductuales que considera que las creencias racionales de una persona tienen una importancia significativa en el desarrollo y mantenimiento de la salud mental (Ellis, 1962).

La teoría central de la TREC es el modelo ABC, que establece que un evento de activación (A) determina consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas (C), un proceso mediado por las creencias racionales o irracionales de una persona (B). Las creencias racionales difieren de las creencias irracionales en que conducen a emociones y conductas funcionales, mientras que las irracionales son rígidas, inconsistentes con la realidad y causan trastornos emocionales (DiLorenzo et al., 2007).

Ellis (1962) destaca cuatro tipos de creencias irracionales principales: demandas rígidas, creencias aterradoras, de baja tolerancia a la frustración y creencias de desvalorización. De acuerdo con esta teoría, la exigencia conduce a creencias irracionales de segundo nivel que son de naturaleza evaluativa como mediadores entre la exigencia y la angustia (Buschmann et al., 2018; Dryden y Bond, 1994).

La TREC puede ser adaptada de manera efectiva para el tratamiento de la comorbilidad entre TOC y TAG. Las adaptaciones se centran en abordar las creencias irracionales y los patrones de pensamiento asociados con cada trastorno específico (Ellis, 2004). Estas adaptaciones incluyen la identificación y cuestionamiento de creencias, desactivación fisiológica (Pintado et al., 2022), la reestructuración cognitiva, técnicas de solución de problemas (Seekles et al., 2011), y el uso de técnicas de exposición y prevención de respuesta, esta última es una técnica fundamental en el tratamiento del TOC y puede adaptarse para abordar TAG; el paciente se expone gradualmente a situaciones o pensamientos temidos y se le enseña a resistir la realización de compulsiones, permitiendo que el paciente se enfrente y supere sus temores de manera controlada (Van Oppen et al., 2005).

La TREC para el TAG y TOC reporta resultados eficaces en la disminución de síntomas, aumento de habilidades de afrontamiento y mejor estabilidad posterior (Brown et al., 1993; Cotrino et al., 2020). La terapia incluye la identificación y cuestionamiento de creencias irracionales, reestructuración cognitiva, exposición y prevención de respuesta, así como estrategias de manejo del estrés y la ansiedad (Bentley et al., 2021). Así mismo, la incorporación de técnicas de terapias de tercera generación como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), también ha mostrado beneficio en la mejoría de pacientes con TOC (León-Quismondo et al., 2014).

En cuanto a los resultados obtenidos, varios estudios han demostrado la eficacia de la TREC en el tratamiento de la comorbilidad entre el TOC y el TAG. Por ejemplo, Hofmann y Smits (2008) llevaron a cabo un ensayo clínico controlado en el que compararon la efectividad de la TREC con un enfoque de TCC estándar en pacientes con comorbilidad TOC-TAG. Los resultados mostraron que la TREC era superior en la reducción de los síntomas, así como en la mejora de la calidad de vida de los participantes.

Se considera que el estado de ánimo juega un papel modulador en el TOC. De modo específico, se postula que los estados de ánimo negativos, 1) aumentan la frecuencia y duración de las obsesiones, 2) aumentan la posibilidad de valoraciones inadecuadas, probabilidades subjetivas infladas, consecuencias extremas, etc., mientras disminuyen la posibilidad de valoraciones adecuadas, 3) disminuyen la eficacia de la neutralización, 4) aumentan la hipervigilancia ante estímulos desencadenantes (Mathews, 1990), y 5) disminuyen la motivación o la capacidad para llevar a cabo las estrategias aprendidas durante la terapia (Freeston et al., 1995). Lo anterior marca una pauta importante en el tratamiento, puesto que se hipotetiza que la mejoría en el estado emocional derivada de la intervención inicial del TAG modularía la frecuencia y duración de obsesiones y compulsiones (Caballo, 2007).

Partiendo de esta revisión, el presente estudio tiene como objetivo probar la efectividad de TREC en la reducción de los síntomas obsesivos-compulsivos y de ansiedad generalizada en un caso de trastorno comórbil; realizando intervención con diferentes técnicas basadas en evidencia.

Método

Diseño del estudio

El presente es un estudio de tipo cualitativo, emplea un diseño metodológico de estudio de caso único según la clasificación de Montero y León (2002), el cual permite analizar la naturaleza de los fenómenos, estudiarlos y reaccionar ante ellos; la visualización de procesos de cambio longitudinales durante la intervención psicoterapéutica; además, brindan la oportunidad de desarrollar y fortalecer teorías existentes siguiendo métodos rigurosos (Martínez, 2006). En este estudio, se realizó una medición inicial sin intervención

de tratamiento, y al finalizar la intervención basada en la Terapia Racional Emotiva se realizará una segunda medición sin interrupción del tratamiento.

Participante

La participante, nombrada como RE, es una mujer de 22 años, residente de Coahuila, se encuentra cursando el séptimo semestre universidad. Ambos padres viven, es la hija menor de 3 hermanos, vive sola y refiere tener una relación sentimental actualmente.

Acudió a consulta a principios del 2023 manifestando requerir apoyo psicológico a partir del regreso a clases presenciales, relata que al estar sola los síntomas de ansiedad han aumentado, presentado problemas para regularlos y generando malestar que provoca los pensamientos repetitivos acerca de dañar emocionalmente a su familia o novio, que algo malo les suceda y de cometer errores, refiere conductas comprobatorias que han aumentado en número y tiempo, lo que le ha llevado a demorar más en la realización de sus actividades cotidianas, se ha distanciado de su familia y lo que le mantiene motivada es la relación con su novio, a quien ve de forma más frecuente.

Manifiesta un gran sentido de culpa y de incapacidad para concentrarse. También refiere que todo el tiempo está angustiada y tiene dificultad para manejar sus emociones ante situaciones que representen un problema.

En cuanto a la historia de su problemática refiere que los síntomas comenzaron al inicio del período escolar, menciona que estaba demasiado ansiosa y necesitaba complacer a los maestros y padres y ser reconocida por los maestros y padres como una buena estudiante. A lo largo de su historia escolar, su rendimiento académico fue consistentemente alto, lo que exacerbó sus síntomas de ansiedad, preocupación e inquietud. Desde pequeña ha tenido miedo de que su familia le haga daño físico a ella o a los miembros de su círculo más cercano, y ha mostrado angustia, llanto y conductas de búsqueda en ausencia de sus padres.

Desde los 12 años identifica compulsiones mentales relacionadas con el conteo de números, lo cual repetía constantemente, para evitar que algo malo le sucediera a su familia; además de la presencia de tricotilomanía de vellos de la mano y cara. Tiempo después, a los 15 años, menciona que los síntomas se acentuaron durante la relación violenta con su primer novio, quien le hacía comentarios sobre los errores que cometía y culpabilizándola por su estado emocional de enojo y tristeza.

Consideraciones éticas

En cuanto a las consideraciones éticas el presente estudio siguió los lineamientos éticos establecidos desde la práctica profesional y de la investigación en psicología. Se obtuvo el consentimiento informado de la participante, este incluía las reglas generales y el curso del tratamiento; informar y participar en las metas y ejecución de las actividades y estrategias utilizadas a lo largo del proceso. Se garantizó la confidencialidad de la paciente en términos de respeto, dignidad y autonomía, la no manipulación ni coerción de la participante, de conformidad con el artículo 2 y 3 incisos A, y artículo 2 inciso D, según el Código Ético de la Sociedad Mexicana de Psicología A.C. (2010).

Resultados

Análisis y descripción de las conductas problema

En las primeras sesiones de evaluación se realizaron dos análisis funcionales de su conducta debido a que presentó sintomatología comórbida de TAG y TOC. Para ambos trastornos se identifican algunos antecedentes familiares de importancia en el desarrollo de la sintomatología como conductas aprensivas y sobreprotectoras en la madre, así como conductas controladoras e impulsivas en el padre, lo que generaba alta demanda académica y comportamiento pulcro, lo que dificultaba la comunicación abierta con los integrantes de la familia nuclear.

Así mismo, en su primera relación amorosa que consideraba violenta, desarrolló pensamientos culpabilizadores sobre herir a su pareja, ser mala persona, lo que aumentó los síntomas. El ser foránea y vivir sola, representa para ella un ambiente detonante de estos pensamientos culpabilizadores lo que acentúa los síntomas.

El primer análisis referido a la obsesión-compulsión, menciona el recuerdo de un juego donde contaban y aparentemente se salvaban de ser eliminados, a partir de ello se da el inicio de compulsiones internas sobre el conteo, posteriormente incorporó también conductas comprobatorias. Actualmente la sintomatología que manifestó la consultante se deriva principalmente cuando piensa en realizar actividades de limpieza y cocina en el hogar, cuando habla por teléfono con sus familiares y éstos le preguntan sobre cuando irá, también cuando le hacen comentarios sobre su comportamiento como hija, nieta, novia, etc. y cuando tiene discusiones con su novio; el sólo recuerdo de las discusiones antes descritas.

Las respuestas derivadas ante este tipo de situaciones aparecen de manera cognitiva a través de pensamientos como: Lo hago todo mal, Es insoportable herir a los demás con mis comentarios, Siempre el riesgo, No debería de ser así, Soy mala persona, Algo malo le pasará a mi familia por mi culpa, Soy un fracaso, No soy suficiente. Lo que desencadena a nivel emocional una respuesta de miedo, incomodidad, enojo y culpa.

A nivel fisiológico la respuesta que presenta es tensión muscular, rubor y dormir en ocasiones durante el día. A nivel conductual presenta rumiación, movimientos repetitivos de pies, repite conversaciones y cuenta números pares hasta llegar al 10, comprobar varias veces al realizar limpieza, verificación en el hogar como abrir y cerrar perillas de puertas y el grifo, prender y apagar luz, levantar y bajar cosas, verificación en la escuela: abrir y cerrar cierre de la mochila, meter y sacar monedero, acomodar lápices, perfeccionismo y orden en las tareas. En otras ocasiones intenta evita la compulsión distrayéndose, viendo videos de corta duración o hablando sobre temas agradables con su familia y novio.

La ejecución de las conductas compulsivas reduce temporalmente el malestar sin embargo reconoce que cada vez es más el tiempo que tarda en realizar los rituales lo que le hace desorganizar las actividades planeadas y ha ocasionado también que se distancie de familiares, amigos y de su pareja, discusiones con su novio y familia, que no disfrute de su vida en general, padecer malestares físicos constantes, problemas dermatológicos, inseguridad y baja autoestima. A largo plazo podría ocasionar problemas académicos, laborales, de relaciones interpersonales, aislamiento y desarrollo de depresión mayor.

En el segundo análisis referido al TAG, se observó como la sintomatología se deriva principalmente de situaciones relacionadas con el desempeño académico, profesional y laboral: ante evaluaciones, exposiciones o trabajos de alta complejidad; la realización de compulsiones se ha identificado genera también angustia respecto al rendimiento. Las respuestas derivadas ante este tipo de situaciones aparecen de manera cognitiva a través de pensamientos preocupantes sobre cometer errores, perder tiempo, perfeccionismo y no ser lo suficiente. Lo que desencadena a nivel emocional una respuesta principalmente de miedo y culpa, generando malestar fisiológico como dolor de cabeza, opresión en el pecho y tensión muscular.

Conductualmente es evidente que está bajo crisis de ansiedad cuando realiza movimientos repetitivos de pies, llora incontrolablemente, tiende a hablar muy rápido, y evita mantener contacto con las personas, posterga sus trabajos que luego acumula la carga académica o laboral, lo que retroalimenta a los pensamientos sobre el fracaso y por tanto entra en un círculo de ansiedad.

Lo anterior le ha ocasionado dificultades académicas y laborales, inseguridad y baja autoestima. A largo plazo podría aumentar las problemáticas académicas, laborales, de relaciones interpersonales, aislamiento y desarrollo de depresión mayor

Evaluación, resultados y diagnóstico

El proceso de evaluación se llevó a cabo utilizando entrevistas clínicas semiestructuradas, listas de verificación basadas en los criterios diagnósticos del DSM V, cuestionarios de autoinforme y escalas:

- Entrevista clínica semiestructurada de Muñoz (2003) para la identificación de características actuales del problema.
- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) que se compone por 66 reactivos tipo Likert repartidos en tres escalas de ansiedad: cognitiva, fisiológica y motora (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994).
- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad (SCID-II) validada en población colombiana por (Campo-Arias et al., 2008), es una prueba que evalúa rasgos de personalidad, se compone de 119 ítems, con 12 subescalas que representan rasgos para cada trastorno de la personalidad.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en su adaptación en población mexicana es un autoinforme que evalúa sintomatología depresiva, compuesto por 21 ítems de escala tipo Likert (Rosas-Santiago et al., 2021).
- Test de Creencias de Ellis es un autoinforme de 100 ítems divididos en diez subescalas que representan cada creencia propuesta por Ellis (Calvete y Cardeñoso, 1999).
- Inventario de Síntomas SCL-90, éste evalúa el grado de malestar psicológico actual, mediante 90 ítems, con nueve dimensiones de evaluación sintomatológica (Cruz et al., 2005).

- Inventario Obsesivo Compulsivo de Maudsley (MOCQ), adaptación al castellano de Avila (1986), permite investigar síntomas en pacientes con rituales. Es un cuestionario auto aplicado de 30 ítems obtiene información de cuatro áreas: comprobación, limpieza, enlentecimiento y duda, así como una puntuación global.

- Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS), adaptado al castellano por Steketee et al. (1996), está compuesto por 10 ítems con un alfa de Cronbach de 0.78 para personas con TOC y de 0.89 para personas sin manifestaciones clínicas.

La paciente tuvo puntajes elevados en los síntomas de TOC, principalmente en conductas de comprobación y limpieza, conductas sostenidas por síntomas depresivos, autoestima y autoconcepto empobrecidos, ocasionando un elevado malestar a la paciente. Así mismo en el BDI la paciente obtuvo un puntaje de depresión moderada.

Los resultados también mostraron nivel extremo de ansiedad por evaluación y cotidiana y un nivel severo de ansiedad interpersonal y fóbica, detonados por situaciones donde se sienta evaluada o juzgada lo que eleva el temor de las relaciones interpersonales. Lo anterior se manifiesta principalmente de forma cognitiva al tener pensamientos intrusivos negativos y rumiantes sobre la crítica, el perfeccionismo y valoración de los demás, sobre tareas diarias o actividades a realizar (ansiedad generalizada).

Existen también manifestaciones de ansiedad motora expresada en forma de compulsiones / rituales o reacciones de evitación; y de ansiedad fisiológica que indica una sensación de descompensación física o un estado de ánimo en el que se altera tanto el confort como la tranquilidad.

Se observó un buen conocimiento de los síntomas de evitación e indecisión, un alto sentido de responsabilidad, lentitud leve y duda patológica. La paciente presentó una alta comprobación y enlentecimiento, y una duda y limpieza intermedias. Ambos resultados confirman la presencia de síntomas concordantes con TOC y que los mismos en la actualidad se están presentando moderadamente.

En la entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad la paciente mostró buena capacidad para adaptar su personalidad a las diferentes situaciones de la vida. Sus rasgos de personalidad significativos son la personalidad obsesivo-compulsiva, que

pueden observarse en sus conductas de comprobación y limpieza, el tratar de tener el control en las diferentes situaciones y pensamientos del tipo deber ser.

También tiene rasgos de personalidad narcisista, que es un patrón de grandiosidad caracterizado por una fuerte necesidad de admiración, así como de una falta de empatía; en el caso de la paciente, podemos observar este tipo de patrón en sus fantasías de éxito respecto a sus diferentes áreas de vida. Los rasgos anteriores comparten algunas características con la evitación y perspicacia en las relaciones interpersonales. Siendo rasgos, pueden ser modificados en beneficio de generar conductas más adaptativas y que le permitan beneficiarse de las características propias de la personalidad.

De acuerdo con lo visto en el Test de Creencias de Ellis, se encontró que es una persona con arraigadas creencias, que pueden afectar su funcionamiento. En primer lugar, creencias de perfección en lo que haga y que esta es una forma en que puede recibir aprobación y amor de los demás, de que no tiene el control sobre las diferentes circunstancias de la vida y que ella simplemente puede reaccionar, pensamientos del tipo no soy suficiente no soy capaz, no soy productiva, temo lastimarlos lo que le genera sentimientos de tristeza que la lleva a conductas como dormir mucho y no realizar otra actividad. Esto se complementa con creencias sobre que le es más fácil evitar situaciones debido a su estado emocional y sobre sentir miedo y ansiedad cuando se presenta alguna situación desconocida.

De acuerdo con los resultados de los diferentes instrumentos de evaluación, y según el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014) se encuentra cumplimiento de criterios para el diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo con introspección buena o aceptable, en comorbilidad con Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Intervención y plan de tratamiento

Teniendo en cuenta el proceso de evaluación del caso, las hipótesis explicativas y las características de la paciente, se propone un plan de tratamiento no estándar, multicomponente, coherente con la práctica basada en la evidencia y orientado al éxito de las intervenciones a lo largo del proceso psicoterapéutico. La evidencia disponible en la literatura científica sobre la eficacia de los tratamientos (Brown et al., 1993; Cotrino et al., 2020; Hoffman y Smits, 2008); retomando la guía de práctica clínica que propone Reddy

colaboradores (Reddy et al., 2020) relacionada a la intervención en TOC y TAG y de la propuesta por Caballo 2007), se especifica el tratamiento con una duración de 30 sesiones aplicadas de forma semanal, llevadas de forma híbrida (presencial y online). Los objetivos, sesiones y técnicas, se pueden observar en la tabla 1.

Tabla 1 Componentes de tratamiento por sesiones

N de sesión	Problema	Objetivo	Estrategias de intervención
1-4	Malestar emocional asociado a las constantes preocupaciones y auto exigencia.	Evaluación, identificación de problemática y psicoeducación.	-Desarrollo del Análisis funcional de la conducta: determinar naturaleza y contenido de la preocupación, especificar obsesiones y compulsiones en frecuencia, intensidad y grado de interferencia con la vida diaria. -Psicoeducar del TOC y TAG: sus síntomas, curso y opciones de tratamiento, la naturaleza de la preocupación y la perspectiva cognitiva de la preocupación, ayudar a distinguir la preocupación productiva de la improductiva. -Autorregistro ABC: para la identificación situaciones activadoras, pensamientos, sentimientos y conductas.
5-7	Alta activación y fisiológica y quejas somáticas por ansiedad.	Disminuir intensidad de activación fisiológica.	Entrenamiento en el manejo de ansiedad (EMA): desactivación fisiológica y estrategias cognitivas de distracción.

8-12	<p>Malestar emocional asociado a la activación de esquemas mal adaptativos (TAG).</p>	<p>Disminuir malestar emocional asociado a la activación de los esquemas.</p>	<p>-Reestructuración cognitiva. Debate de creencias. Técnica flecha descendente para la identificación de creencias irracionales intermedias y centrales. -Psicoeducación en la teoría de esquemas mal adaptativos y su relación con el comportamiento actual.</p>
13-16	<p>Dificultad para la expresión de emociones y para la toma de decisiones.</p>	<p>Aumentar habilidades de afrontamiento.</p>	<p>Exposición con prevención de respuesta: Listado de situaciones generadoras de ansiedad en escala 1 al 10. Exposición imaginaria y real. -Entrenamiento en solución de problemas adaptado (Nezu y D’Zurrilla, 1989). -Entrenamiento en habilidades sociales: psicoeducación en comunicación asertiva, comunicación no verbal.</p>
16-20	<p>Malestar emocional asociado a la activación de esquemas mal adaptativos (TOC). -Baja Autoconfianza, autonomía y</p>	<p>Disminuir el malestar emocional asociado a la activación de los esquemas.</p>	<p>Reestructuración cognitiva: -Psicoeducación en la teoría de esquemas mal adaptativos tempranos y su relación con el comportamiento actual utilizando como técnica flecha descendente para la identificación de creencias irracionales intermedias y centrales. -Debate de creencias irracionales TREC. -Técnicas emocionales y cognitivas.</p>

21-28	pobre autoconcepto.	<p>-Disminuir la frecuencia de duración de las conductas compulsivas de verificación, orden, simetría y lavado de manos.</p> <p>-Aumentar conductas cotidianas de autonomía.</p>	<p>la Prevención de exposición y prevención de rituales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ensayos conductuales. -Uso de tarjetas. - Descubrimiento guiado.
29-30	Recaídas sintomatológicas.	-Prevención de recaídas.	<p>de Repaso de habilidades de afrontamiento adquiridas, plantear escenarios posibles en que la sintomatología podría aumentar y brindar estrategias para el afrontamiento de contingencias.</p>

Fuente. Elaboración propia.

Considerando la complejidad y cronicidad de las problemáticas de la paciente, se realizó un plan de intervención prolongado de 30 sesiones, al momento se encuentra 40% de avance en las sesiones. Se obtuvieron resultados positivos en la respuesta cognitiva, emocional, fisiológica y conductual que se detallan a continuación.

En cuanto a la reducción en la intensidad y duración del malestar emocional asociado a múltiples preocupaciones, la paciente refirió que dedicaba menos tiempo a la preparación de las tareas, la escuela y el trabajo, aunque seguía preocupándose cuando se acumulaban trabajos lo que provoca malestar.

Respecto a las creencias irracionales detectadas mostraron una reducción en las puntuaciones de las creencias de perfeccionismo (de 10 a 3) y aprobación (de 10 a 5), así como la evitación de problemas e intolerancia a la frustración. Se continúa trabajando en la reestructuración cognitiva para lograr resultados más estables en el tiempo.

En cuanto a las dificultades en las relaciones interpersonales por dificultades en la comunicación asertiva, se evidencia que el uso de estrategias asertivas para resolver problemas con los compañeros va en aumento: refiere dar respuestas asertivas sobre el trabajo y demandas en las tareas y el trabajo, y da una explicación de lo que es necesario hacer, para comunicar se siente cómoda diciendo que no, y para ayudar a aquellos interesados en aprender; pone límites en cuanto a la cantidad de tiempo y horario en que les responde tanto a sus compañeros como jefe inmediato. En cuanto al cumplimiento de este objetivo con su novio y familia, en las situaciones en las que no ha estado de acuerdo, refiere haberlo expresado de forma asertiva, aunque presenta rumiaciones preocupantes sobre las situaciones en que no ha salido bien.

El objetivo de disminución de la intensidad de la activación fisiológica con el uso de técnicas de respiración y relajación muscular ha mostrado resultados positivos ya que obtiene una reducción de las Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAS), valora el grado de ansiedad de 1 a 10, siendo 1 el menor grado de ansiedad y 10 el mayor grado de ansiedad posible para la paciente.

De un promedio inicial de 9, se reduce a un promedio de 4 en su aplicación en vivo. Respecto a la tensión muscular, valorada en unidades subjetivas, de un puntaje promedio inicial de 8.5, se alcanza una reducción a un puntaje promedio de 3. Menciona que los síntomas como hiperventilación y mareos han sido menos constantes, reportando 1 en el mes bajo situaciones de alto estrés y ansiedad, sin embargo, continúan presentando eventualmente, dolores de cabeza.

Actualmente se está interviniendo en la exposición con prevención de respuesta del TAG, se continuará abordando la sintomatología TOC, importante a resaltar es que a pesar de que aún no se comienza con el abordaje de TOC, la paciente ha reportado disminución en la frecuencia y duración de las conductas compulsivas, por lo que se espera que mejore en

medida que se trabaje en la exposición y prevención de respuesta, además de la reestructuración cognitiva de las obsesiones.

En general, se han obtenido resultados positivos y se refleja en el informe de la paciente sobre una mejor calidad de vida. Durante las sesiones terapéuticas se presentaron algunos obstáculos como que la paciente no quisiera informar a su novio o alguna persona cercana de que se encuentra en proceso terapéutico por lo que limita la red de apoyo. La atención de seguimiento posterior al tratamiento se planificó inicialmente en intervalos mensuales de sesiones presenciales y luego cada 2 meses, finalizando con atención de seguimiento telefónica y/o apoyo en crisis.

Discusión

Con base a nuestros resultados y basándonos en evidencia previa, podemos observar como la sintomatología (ansiosa) presentes en un caso de TOC en comorbilidad con TAG pueden mejorar tras una intervención bajo la Terapia Racional Emotiva Conductual.

La reestructuración cognitiva ha reducido el malestar emocional causado por las experiencias frecuentes del paciente. Esta es una técnica que ha mostrado resultados positivos en el tratamiento de pacientes con TAG y TOC. Los resultados son congruentes con el estudio de Hofmann y Smits (2008) quienes encontraron la superioridad de la Terapia Racional Emotiva Conductual cognitiva de en comparación con la TCC.

En el caso de ER, el malestar por las preocupaciones se ha reducido, y el nivel de creencias irracionales ha perdido credibilidad, aún continúa presentado dificultades en el manejo de éstas en situaciones valoradas como estresantes, por lo cual se emplean técnicas metacognitivas y emocionales puesto que el empleo de estas técnicas ha mostrado ser útil en el tratamiento. En esta misma línea, Cotrino et al. (2020) muestran la eficacia en el tratamiento con TAG, reportan la reducción de síntomas en los canales de respuesta y mejoría en el funcionamiento a nivel escolar, familiar y social.

El objetivo relacionado con el empleo y entrenamiento en estrategias de solución de problemas lleva gran avance, por ahora se han modificado las conductas evitativas con pares, por comportamientos asertivos más adaptativos poniendo límites y expresando su opinión; esto es congruente con los resultados de Seekles et al. (2011) sobre la efectividad de técnicas

de resolución de problemas encontrándolas como una opción terapéutica adicional para pacientes con ansiedad que apoya en la reducción de síntomas.

La reducción en la activación fisiológica en la paciente ha reducido notablemente, mediante técnicas de respiración profunda y relajación muscular progresiva, incentivando el afrontamiento de situaciones valoradas como estresantes, mejorando la percepción de control del propio cuerpo, el desempeño en actividades cotidianas tanto escolares como familiares y reduciendo las crisis de ansiedad. La eficacia encontrada es similar a la reportada por Pintado (2022); respecto a los hallazgos sobre la eficacia de la relajación aplicada (respiración y relajación) con pacientes con ansiedad generalizada, reporta que es efectiva y fundamental en la estructuración del tratamiento con pacientes con ansiedad.

El componente de relajación muscular es parte del programa de Entrenamiento en Manejo de Ansiedad, del cual se han realizado múltiples variaciones en donde se han mostrado su eficacia en el tratamiento de TAG en adultos y las compulsiones propias del TOC (Velázquez et al., 2019).

La reducción de conductas compulsivas en ER y la disminución de sintomatología asociada a este trastorno de ansiedad se ha dado durante la intervención en sintomatología TAG, confirmando entonces lo postulado por Freeston (1995) puesto que la alteración en el estado emocional influye en el aumento de obsesiones y compulsiones que se presentan en el TOC, en ER al disminuir el malestar emocional han reducido las obsesiones y compulsiones sin intervenir aun directamente en las cogniciones y exposición y prevención de respuesta.

En la misma línea del tratamiento del TOC comórbil, se muestran resultados similares a los reportados por Sharma et al. (2021) quienes encontraron mejora significativa en los pacientes que fueron tratados con exposición con prevención de respuesta en la reducción de la severidad de síntomas en los pacientes, empleando en conjunto técnicas cognitivas. Aun así, es importante destacar las diferenciaciones entre un trastorno y otro por lo que se plantea en el plan de tratamiento el trabajar específicamente en las obsesiones y compulsiones resultantes en el TOC, tal y como lo describe Brown et al. (1993).

Teniendo en cuenta que el objetivo de reducción del malestar producido por la activación de creencias irracionales, al momento se han trabajado con las principales

creencias irracionales activadoras de ansiedad generalizada, muestra buenos resultados, sin embargo aún no se puede tomar una postura en cuanto a la eficacia de este tipo de intervención en el caso de ER, teniendo en cuenta que se encuentra a mitad del tratamiento y aún falta intervenir en las obsesiones y compulsiones de forma directa.

El objetivo relacionado con el desarrollo de habilidades sociales se ha cumplido con sus pares, y ha iniciado a emplearse con su novio y familia, se considera que es fundamental para el fortalecimiento de la comunicación asertiva y ampliar la red de apoyo, se emplearon técnicas conductuales de afrontamiento y experimentos conductuales, los cuales han sido empleados como parte de intervenciones del TAG en adultos, mostrando buenos resultados como parte del tratamiento, según la guía clínica desarrollada por Seekles (2011).

Las limitaciones de este estudio están relacionadas con la naturaleza del diseño del estudio ya que, como caso único, no permite la generalización de los resultados, la variabilidad en la personalidad y las características socioculturales que no se controlan, y problemas de validez debido a la falta de control sobre las variables.

Se sugiere para futuras investigaciones contemplar una muestra mayor de sujetos a intervención con la posibilidad de contraste de resultados.

Conclusión

Una intervención multicomponente que utiliza técnicas cognitivas, conductuales, experienciales y de regulación emocional para el trabajo psicológico con adultos que cumplen los criterios de TAG en comorbilidad del TOC es eficaz para reducir los síntomas de ansiedad a través de múltiples canales de respuesta.

Sin embargo, a pesar de que los resultados previos han mostrado una reducción de los síntomas, el pronóstico a medio-largo plazo asume una reducción de los síntomas a niveles leves-moderados. El fin último de la psicoterapia, por tanto, es el desarrollo de habilidades que mejoren el malestar emocional propio de las personas con trastornos de ansiedad, al tiempo que abre a ER nuevos caminos en su desarrollo personal, académico, social y familiar.

El estudio aporta evidencia científica de la efectividad en el tratamiento desde la Terapia Racional Emotiva Conductual en los trastornos de ansiedad, específicamente del TAG y TOC, representa una línea de investigación posterior para estos casos de



comorbilidad, así como suma al conocimiento en herramientas de intervención psicoterapéutica en el ejercer profesional.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ª ed.)*. Masson, Ed.
- Avila, A. (1986). Una contribución a la evaluación de las obsesiones y compulsiones: revisión del inventario de Obsesión de Leyton (LOI) y del Cuestionario Obsesivo-Compulsivo del Maudsley (MOCQ). *Psiquis*, 7, 9–93. <https://www.semanticscholar.org/paper/Una-contribuci%C3%B3n-a-la-evaluaci%C3%B3n-de-las-obsesiones-Espada/9c41e1ff4ed5452efd5e708fae4c30d6cb2bc092>
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders* (International Universities Press, Ed.).
- Beck, A., y Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad* (Desclée de Brouwer, Ed.).
- Bentley, K. H., Bernstein, E. E., Wallace, B., & Mischoulon, D. (2021). Treatment for anxiety and comorbid depressive disorders: Transdiagnostic cognitive-behavioral strategies. *Psychiatric Annals*, 51(5), 226–230. <https://doi.org/10.3928/00485713-20210414-01>
- Brown, T., Moras, K., Zinbarg, R., & Barlow, D. (1993). Diagnostic and Symptom Distinguishability of Generalized Anxiety Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Therapy*, 24(2), 227–240. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80265-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80265-5)
- Buschmann, T., Horn, R., Blankenship, V., Garcia, Y. E., & Bohan, K. (2018). The Relationship Between Automatic Thoughts and Irrational Beliefs Predicting Anxiety and Depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 36(2), 137–162. <https://doi.org/10.1007/s10942-017-0278-y>
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo XXI.
- Calvete, E., y Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada [Beliefs and depressive symptoms: Preliminary results in the development of a brief

- irrational beliefs scale]. *Anales de Psicología*, 15(2), 179–190. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/30061#:~:text=Finalmente%20se%20estim%20un%20modelo%20de%20ecuaciones%20estructurales,del%20cam%20bio%20se%20asocian%20a%20los%20s%20C%20ADntomas%20depresivos>.
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L., y Barros-Bermúdez, J. (2008). *Consistencia interna del cuestionario autoadministrado de la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje II del DSM-IV**. 37(3), 378–384. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80611205008.pdf>
- Cotrino, J., Gómez-Mejía, I., Mendoza-Rincón, B., Arenas-Villamizar, V., Araque-Castellanos, F., Jaimes-Parada, G., López-Jaimes, R., & Julio-Hoyos, Y. (2020). Evidence-based psychotherapy in generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(8), 1012–1025. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4545855>
- Cruz, C., López, L., Blas, C., González, L., y Chávez, R. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28(1), 72–81. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212808>
- DiLorenzo, T. A., David, D., & Montgomery, G. H. (2007). The interrelations between irrational cognitive processes and distress in stressful academic settings. *Personality and Individual Differences*, 42(4), 765–776. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2006.08.022>
- Dryden, W., & Bond, F. W. (1994). Reason and emotion in psychotherapy: Albert Ellis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 165(1), 131–135. <https://doi.org/10.1192/BJP.165.1.131>
- Ellis, A. (2004). Why rational emotive behavior therapy is the most comprehensive and effective form of behavior therapy. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 22(2), 85–92. <https://doi.org/10.1023/B:JORE.0000025439.78389.52/METRICS>
- Ellis, A. T. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart, Ed.

- Fontenelle, L. F., & Hasler, G. (2008). The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: Risk factors and correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(1), 1–15. <https://doi.org/10.1016/J.PNPBP.2007.06.024>
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Provencher, M., & Blais, F. (1995). Strategies used with intrusive thoughts: Context, appraisal, mood, and efficacy. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(3), 201–215. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(95\)00002-6](https://doi.org/10.1016/0887-6185(95)00002-6)
- Hoffman, S. G., & Smits, J. A. J. (2008a). Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621–632. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0415>
- Kishita, N., & Laidlaw, K. (2017). Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults? *Clinical Psychology Review*, 52, 124–136. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2017.01.003>
- León-Quismondo, L., Lahera, G., y López-Ríos, F. (2014). Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 725–740. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352014000400006>
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, 20, 165–193. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64602005>
- Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 455–468. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90132-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90132-3)
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Videl A. R. (1994). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*. TEA.
- Montero, I., y León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Nº 3 International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503–508. <https://doaj.org/article/098b74fb3e494b3dabfeb4b897dc09ad#:~:text=En%20este%20trabajo%20se%20presenta%20un%20sistema%20de,EI%20sistema%20se%20compone%20de%20nueve%20grandes%20categor%C3%ADas>.

- Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de Evaluación Psicológica Clínica*. Síntesis.
- Nezu, A., & D'Zurrilla, T. (1989). *Social problem solving and negative affective conditions*. Academic.
- Pintado, D., Montaña, A., y Tovar, J. (2022). Trastorno de Ansiedad Generalizada. Estudio de caso desde la Terapia Cognitiva Conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 25(4), 1419–1435. www.revistas.unam.mx/index.php/repwww.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psicclin
- Reddy, Y. C. J., Sudhir, P., Manjula, M., Arumugham, S., & Narayanaswamy, J. (2020). Clinical Practice Guidelines for Cognitive-Behavioral Therapies in Anxiety Disorders and Obsessive-Compulsive and Related Disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(2), 230–250. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_773_19
- Rosas-Santiago, F. J., Rodríguez-Pérez, V., Hernández-Aguilera, R. D., & Lagunes-Córdoba, R. (2021). Factorial Structure of Mexican Version of the Beck Depression Inventory II in General Population of Mexican Southeastern. *Salud Uninorte*, 36(2), 436–449. <https://doi.org/10.14482/sun.36.2.616.85>
- Sainz, C., Valdés, K., y Cázares, M. (2018). Estudio de caso del trastorno de ansiedad generalizada desde una intervención cognitivo-conductual. En Fontamara, *Intervenciones desde el enfoque cognitivo conductual revisión de casos clínicos*. P. 47.
- Seekles, W., Van Straten, A., Beekman, A., Van Marwijk, H., & Cuijpers, P. (2011). Effectiveness of guided self-help for depression and anxiety disorders in primary care: A pragmatic randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 187, 113–120. <https://research.manchester.ac.uk/en/publications/effectiveness-of-guided-self-help-for-depression-and-anxiety-diso#:~:text=Seekles%2C%20W.%2C%20%7BVan%20Straten%7D%2C%20A.%2C%20Beekman%2C%20A.%2C%20Van,pragmatic%20randomized%20controlled%20trial.%20Psychiatry%20Research%2C%20187%2C%20113-120>

- Sharma, P., Rosário, M., Ferrão, Y., Albertella, L., Miguel, E., & Fontenelle, L. (2021). The impact of generalized anxiety disorder in obsessive-compulsive disorder patients. *Psychiatry Research*, *300*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113898>
- Sociedad Mexicana de Psicología A.C. (2010). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Sommer, J. L., Blaney, C., & El-Gabalawy, R. (2019). A population-based examination of suicidality in comorbid generalized anxiety disorder and chronic pain. *Journal of Affective Disorders*, *257*, 562–567. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2019.07.016>
- Steketee, G., Frost, R., & Bogart, K. (1996). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Interview versus self-report. *Behaviour Research and Therapy*, *34*(8), 675–684. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00036-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00036-8)
- Van Oppen, P., Van Balkom, A. J., de Haan, E., & Van Dyck, R. (2005). Cognitive Therapy and Exposure in Vivo Alone and in Combination with Fluvoxamine in Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *66*(11), 1415–1422. <https://doi.org/10.4088/JCP.v66n1111>
- Velázquez, L., Bonilla, M., y Padilla, A. (2019). Efectos de una Intervención Cognitivo Conductual en la ansiedad y depresión en médicos internos de pregrado. *Psicólogos Sin Fronteras*, *2*(3), 5–40. <https://psfmx2017.wixsite.com/revistapsfmx>