

INTERVENCIÓN EN UNA ADOLESCENTE CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

M^a del Sol Fortea^{1*}, Irene Arnás^{**} y M^a Olga Escandell Bermúdez^{***}

**Profesora Asociada de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

***Psicóloga del Centro de Psicología Infantil FOR.TE.A.*

****Profesora Titular de Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

Introducción

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es una patología que se encuentra dentro de los trastornos de ansiedad y que según el DSM-IV (APA, 1994) consiste en la presencia de obsesiones o compulsiones repetidas, suficientemente graves como para acusar un intenso malestar, gran pérdida de tiempo, o una interferencia significativa con la rutina habitual del individuo, con su funcionamiento profesional, con sus actividades sociales habituales, o con sus relaciones con los demás. Es relevante el deterioro funcional y sufrimiento considerable que padecen los individuos expuestos a este trastorno, Hollander (2004).

Método

Materiales

Los instrumentos utilizados son los siguientes: 1) Cuestionario Familiar y Evolutivo (García, 2001); 2) Inventario de características personales (García, 2001); 3) Inventario de miedos escolares (Méndez, Beléndez y López, 1996); 4) Test de autoestima para niños y adolescentes (Pope, McHale y Craighead, 1996); 5) Batería de socialización (Silva y Martorell, 1995, 2001); 6) Escala de ansiedad de Hamilton (Ramos, 1986); 7) Test de personalidad 16 PF Forma C (Seisdedos, 1993); 8) BFQ-NA (Del Barrio, Carrasco y Holgado, 2006); y 8) Listado de síntomas de TOC (uso interno, no publicados).

Participantes

Adolescente de 17 años de edad, mujer, que solicita diagnóstico porque sus padres creen que es temerosa, excesivamente tímida, muestra ansiedad elevada ante situaciones desconocidas, además es muy miedosa y prefiere jugar sola que con amigas. Posteriormente recibe tratamiento en el Centro de Psicología Infantil FOR.TE.A. Su problema comenzó hace bastante tiempo, pero se había normalizado la situación en casa; presentaba un miedo extremo a ensuciarse o a que alguien de su familia muriera si ella no cumplía una secuencia específica de actividades. No había recibido nunca tratamiento psicológico ni farmacológico. En el momento en que asiste a consulta, se encontraba totalmente recluida en casa, sólo iba por las mañanas al colegio, no salía para nada a la calle, pues pasaba gran parte del tiempo (sobre todo por la noche) con sus rituales. Diagnosticada a los 14 años de TOC, se ha llevado a cabo un tratamiento con interrupciones en los meses de verano y seguimiento durante dos años. En las entrevistas se observan antecedentes de trastornos psicopatológicos a nivel familiar (hermanos). La intervención está centrada en la terapia cognitivo-conductual.

Procedimiento

¹ M^a del Sol Fortea. E-mail: mfortea@dps.ulpgc.es

Las fases del proceso son las siguientes: 1ª recogida de información previa a la primera consulta; 2ª análisis, discusión y toma de decisiones acerca de dicha información; 3ª primera entrevista con la familia; 4ª evaluación de las diferentes conductas problema; 5ª redacción del informe escrito con el diagnóstico y orientaciones; y 6ª explicación del informe a la familia, recomendaciones de intervención y resolución de dudas.

Aunque se trata de una menor, es imprescindible una entrevista individual para conocer su percepción del problema, acompañados de registros diarios de las obsesiones y rituales que presenta. Incluimos algunos ejemplos que habían observado los padres en casa, corroborados y ampliados después por la adolescente: no le gusta que la toquen ni ensuciarse, se limpia al momento si roza la mesa o algo por la calle, quiere tener siempre el mismo sitio en la mesa y la habitación ordenada de la misma forma, preocupación excesiva por lo que piensen los demás de ella ante cualquier cosa que haga, miedo a no terminar o cumplir determinadas cosas y que le ocurra algo malo a alguien de su familia, etc. Los padres informan que en estas situaciones la niña presenta mucha ansiedad, sufre, se irrita si no puede completar su obsesión. Algunas noches la han visto llorando, sin poder dormir si no ha llevado a cabo alguno de estos rituales. Después de proceder a la entrega del informe con el diagnóstico, se dan orientaciones a la familia (por ejemplo: hacer autorregistros de cada momento del día durante varias semanas, lecturas para un mayor conocimiento del problema como no presionar a la niña en caso de que algunas conductas las repita mucho, comprensión y apoyo por parte de la familia) y se comunica la necesidad de intervenir y mantener un seguimiento (Gavino, 2005).

El programa de intervención se inicia con el planteamiento de objetivos, algunos extraídos de Jenike, Baer y Minichiello (2001). Son los siguientes: 1) Reconocimiento del problema, comprensión y aceptación por parte de la adolescente; 2) Análisis funcional de las conductas problema a través de un registro de las situaciones en las que se dan las conductas (antecedentes y consecuencias) y momentos del día; 3) Registrar los pensamientos intrusivos e incapacitantes; 4) Comenzamos a intervenir sobre las obsesiones y compulsiones, empezando por las más fáciles de eliminar, debido a que presenta un registro amplio de rituales; 5) Entrenamiento en técnicas de imaginación, relajación y respiración; 6) Mejorar sus relaciones sociales, así como superar la timidez excesiva que presenta; 7) Para lograr el éxito, es necesario e imprescindible la colaboración entre las personas que rodean a la niña, véase: familia, escuela y otros profesionales implicados (psiquiatra); y 8) Que sea capaz de tener un desarrollo normal tanto en casa como en el colegio, logrando participación plena y adecuada en el contexto social en el que se desenvuelve.

La metodología empleada se encuadra dentro del marco teórico cognitivo-conductual, con estrategias de reestructuración cognitiva como elemento principal para un buen abordaje del trastorno. Prestamos especial atención al cambio de pensamientos, reconocimiento del problema y búsqueda de soluciones. Se combina con entrenamiento en relajación con técnicas de visualización, relajación progresiva de Jacobsson y mejora de la respiración (Yaryura, 1997). Por último, utilizamos el modelado y la exposición a las situaciones temidas con posterior prevención de respuesta, que ha resultado muy efectiva en la intervención.

Inicialmente utilizamos una amplia jerarquización de situaciones problema, para ayudar a tomar conciencia de las conductas que presentaba, así como de su gravedad e interferencia en su vida cotidiana. Por otro lado, dotamos de estrategias para distraerse de los pensamientos repetidos (un listado con nuevas formas de ocupar su tiempo, periodos en los que tiene que llevar a cabo las actividades marcadas y practicar algunos

de sus hobbies). Durante todo el proceso, los autorregistros han jugado un papel fundamental, permitiendo llevar a cabo un control de los logros de la adolescente con los correspondientes refuerzos el fin de semana.

Resultados

Al tratarse de una adolescente que quería mejorar su situación y verbalizaba las limitaciones que le provocaba el trastorno, los cambios observados han sido positivos, consiguiendo apartar los rituales y así lograr una buena administración de su tiempo. En la sustitución de pensamientos y el enfrentamiento a los rituales, jugó un papel importante el refuerzo social y el aumento de interacciones sociales, comenzando con una salida al mes hasta llegar a una semanal, salidas que le permitieron dejar de lado sus rutinas, llegando en ocasiones a olvidarse de ellas. Durante la terapia, la paciente recibió apoyo de su familia y de sus profesoras. Finalizada la terapia se llevaron a cabo tres sesiones de seguimiento: la primera, a los tres meses; la segunda, a los seis, y la tercera a los doce meses. En la primera, comenzaban a aparecer pequeños rituales que rápidamente logró controlar y no aparecieron en posteriores seguimientos.

Finalmente, los resultados obtenidos han sido: 1) reducción de las obsesiones y de las compulsiones posteriores; 2) aumento de la capacidad para controlar los pensamientos equivocadas que inundaban su mente; 3) mejora de su autoestima; 4) aumento de sus relaciones sociales; 5) disminución de la ansiedad a la hora de enfrentarse a los estímulos que la agobian; 6) eliminación de los rituales de limpieza, normalizándolos mediante modelado; 7) eliminación de los rituales de comprobación y orden, con incorporación de pautas para un correcto funcionamiento futuro; y 8) mejora en el rendimiento académico.

Discusión/Conclusiones

Resulta de suma importancia la implicación y necesidad de cambio experimentada por la paciente para avanzar en su tratamiento, así como el seguimiento de las pautas propuestas en terapia, incluida la necesidad de realizar prácticas de recuerdo una vez finalizado el tratamiento, con el fin de solventar posibles problemas que pudieran aparecer y mantener los resultados alcanzados. Le recordamos que el terapeuta estará a su disposición si es necesario en un futuro. Por otro lado, es fundamental la colaboración estrecha y frecuente con el equipo educativo del centro escolar. Dicha coordinación se realiza con entrevistas periódicas, conversaciones telefónicas y a través del correo electrónico siempre que fuese necesario. Por último, el apoyo familiar y su implicación en el tratamiento son cruciales.

Referencias

- APA (Asociación Americana de Psiquiatría) (1994). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson Editorial.
- Del Barrio, V., Carrasco, M. A. y Holgado, P. (2006). Adaptación española del Cuestionario “Big Five” de personalidad para niños y adolescentes. Madrid: TEA Ediciones.
- García, M. (2001). IEG. Instrumentos de Evaluación General. Cuestionarios, Inventarios, Escalas y Registros de Observación. Niños y Adolescentes. Madrid: Grupo Alborg-Cohs.
- Gavino, A. (2005). *Tratando trastorno obsesivo compulsivo: técnicas, estrategias generales y habilidades terapéuticas*. Madrid: Pirámide Editorial.
- Hollander, E. (2004). *Guía de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Elsevier Editorial.
- Jenike, M.A., Baer, L. y Minichiello, W.E. (2001). *Trastornos Obsesivo- Compulsivos*. Madrid: Harcourt Editorial.
- Méndez, F.X., Beléndez, M. y López, J.A. (1996). Consistencia interna y validez del Inventario de Miedos Escolares (IME). *Ansiedad y Estrés*, 2, 9-15.

- Pope, A.W., McHale, S.M. y Craighead, W.E. (1996). *Mejora de la autoestima: técnicas para niños y adolescentes*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Ramos, J.C. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Neurología Psiquiátrica*, 14, 324-334.
- Seisdedos, N. (1993). Adaptación española del cuestionario de personalidad 16 PF. Madrid: TEA Ediciones.
- Silva, F. y Martorell, M.C. (1995). Batería de Socialización BAS-3 (autoevaluación). Madrid: TEA Ediciones.
- Silva, F. y Martorell, M.C. (2001). Batería de Socialización BAS-1 (para profesores) y BAS-2 (para padres). Madrid: TEA Ediciones.
- Yaryura, J.A. (1997). Trastornos obsesivo-compulsivos: Patogénesis, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Harcourt Editorial.