









Psicoterapia basada en la evidencia

en caso de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo

Evidence-based psychotherapy in generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder

 Johana Cotrino¹, johacotrino@gmail.com.  Inés Alicia Gómez-Mejía², inesgomejia@gmail.com  Beatriz Milagros Mendoza-Rincón³, b.mendoza@unisimonbolivar.edu.co.  Vivian Vanessa Arenas-Villamizar³, v.arenas@unisimonbolivar.edu.co  Franlet Araque-Castellanos³, f.araque@unisimonbolivar.edu.co.  Gerson Yesith Jaimes-Parada³, g.jaimes@unisimonbolivar.edu.co  Ruth Jimena López-Jaimes³, r.lopez@unisimonbolivar.edu.co.  Yahir Enrique Julio-Hoyos³, yhoyos10@unisimonbolivar.edu.co.

¹Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica de Niñez y Adolescencia de la Universidad de la Sabana de Bogotá, Magíster en Psicoterapia de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

²Psicóloga, Especialista en Terapia Cognitiva Universidad San Buenaventura, Magister en Psicología Clínica, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

³Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Cúcuta, Colombia.

*Autor de correspondencia: Beatriz-Milagros Mendoza-Rincón, E-mail: b.mendoza@unisimonbolivar.edu.co

Received/Recibido: 09/28/2020 Accepted/Aceptado: 10/15/2020 Published/Publicado: 12/09/2020 DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4545855>

Resumen

Antecedentes: El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se determina por una variedad de preocupaciones generando un malestar clínicamente significativo para la persona y en consecuencia, su deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento.

Objetivo: Describir los resultados obtenidos a partir, de la psicoterapia basada en la evidencia como intervención en el caso de una adolescente diagnosticada con trastorno obsesivo compulsivo, comórbil a un trastorno de ansiedad generalizada.

Métodos: Estudio descriptivo-longitudinal durante 15 meses de intervención (febrero 2019 a mayo 2020). Para la evaluación se empleó la entrevista clínica, los cuestionarios de Creencias Irracionales, Pensamientos Automáticos y de Esquemas YSQ-L; además de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence. A partir de los resultados se plantearon objetivos desarrollados en un plan de tratamiento soportado por técnicas con evidencia empírica como la reestructuración cognitiva, solución de problemas, respiración, relajación y exposición con prevención de respuesta.

Resultados: Se realizaron 30 sesiones de intervención durante 15 meses de estudio. Se identificó la reducción en la sintomatología en los canales de respuesta y mejoría en el funcionamiento a nivel escolar, familiar y social. Los resultados del Inventario de Pensamiento Automáticos de Ruiz y Luján (1991), presentan una reducción del filtraje, visión catastrófica, falacia de control, falacia de justicia, razonamiento emocional y falacia de recompensa divina.

Conclusión: Los avances obtenidos a partir del proceso psicoterapéutico son congruentes con la evidencia de eficacia de las técnicas empleadas para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, por medio del desarrollo de habilidades en la paciente, que le permitieron nuevas vías en el desarrollo de sus áreas de funcionamiento y una reducción del malestar emocional propio de quienes presentan trastornos de ansiedad.

Palabras clave: Adolescente, Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Estudio de caso único, Psicología basada en la evidencia.

Abstract

Background: Generalized anxiety disorder (GAD) is determined by a variety of concerns generating clinically significant discomfort for the person and consequently, their social, work or other important areas of functioning deterioration.

Objective: To describe the results obtained from evidence-based psychotherapy as an intervention in the case of an adolescent diagnosed with obsessive compulsive disorder,

comorbid to a generalized anxiety disorder.

Methods: Descriptive-longitudinal study during 15 months of intervention (February 2019 to May 2020). For the evaluation, the clinical interview, the Irrational Beliefs, Automatic Thoughts and YSQ-L Schemes questionnaires were used; in addition to the Spence Child Anxiety Scale. Based on the results, objectives developed in a treatment plan supported by

techniques with empirical evidence such as cognitive restructuring, problem solving, breathing, relaxation and exposure with response prevention were raised.

Results: 30 intervention sessions were held during the 15-month study period. The reduction in symptoms was identified in the response channels and improvement in functioning at school, family and social levels. The results of the Automatic Thought Inventory by Ruiz and Luján (1991) show a reduction in filtering, catastrophic vision, control fallacy, justice fallacy, emotional reasoning and divine reward fallacy.

Conclusion: The advances obtained from the psychotherapeutic process are congruent with the evidence of efficacy of the techniques used for the treatment of anxiety disorders, through the development of skills in the patient, which allowed new ways in the development of their areas of functioning and a reduction in emotional distress typical of those with anxiety disorders.

Keywords: Adolescent, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, single case study, evidence-based psychology.

Introducción

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por la presencia de preocupaciones de una amplia gama de temas y situaciones, las cuales generan un malestar significativo para la persona; según la American Psychiatric Association (APA)¹, se deben tener en cuenta seis criterios diagnósticos, como la presencia de ansiedad y preocupaciones persistentes relacionadas con acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar, durante al menos 6 meses. Dicha ansiedad y preocupación debe resultar difícil de controlar, además de estar asociada con tres o más los siguientes síntomas: inquietud, cansarse o fatigarse con facilidad, dificultades de concentración o quedarse en blanco, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño. Todo esto generando malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento; lo cual no puede ser atribuido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad y no se explica mejor por la ocurrencia de otro trastorno mental.

El TAG, ha sido descrito como un trastorno básico, debido a su inicio temprano, resistencia al cambio y curso crónico, del cual puede desprenderse otros trastornos emocionales tanto en la adolescencia como en la adultez^{2,3}. Por lo que tiende a preceder la aparición de otros trastornos de ansiedad, y aunque debe ser diferenciado de patologías como la fobia social, hipocondría y trastorno obsesivo compulsivo, pueden presentarse de manera comórbil⁴. Además, es un factor de riesgo para el consumo de alcohol, tabaco, presencia de dificultades familiares, escolares y mayor probabilidad de autolesiones y suicidio⁵.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), es una enfermedad crónica y multifactorial de gran complejidad que afecta a todo tipo de población; sin embargo, en los niños y jóvenes,

la sintomatología se oculta y se articula pobremente; por lo que a menudo es subdiagnosticado⁶.

Los criterios del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM 5), hacen referencia a la presencia de obsesiones y/o compulsiones, en las cuales hay gran inversión de tiempo y causan malestar clínicamente significativo en las diferentes áreas del funcionamiento. Lo anterior, no hace referencia a los efectos fisiológicos causados por una sustancia o afeción médica y no se explica mejor por otro trastorno mental como la tricotilomanía, acumulación, ansiedad generalizada, entre otras. En este orden de ideas, las obsesiones son pensamientos o imágenes persistentes, no deseadas que causan ansiedad y tendencia a intentar ignorarlas, suprimirlas o neutralizarlas con otro tipo de pensamiento o acto; por otra parte, las compulsiones son comportamientos o actos mentales que se realizan repetitivamente como respuesta a una obsesión y no están conectados de una forma realista o son claramente excesivos, y se realizan con el fin de prevenir/disminuir la ansiedad o evitar una situación temida¹.

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 y números; las compulsiones pueden presentarse abiertamente a través de comportamientos como el lavado de manos o la comprobación repetitiva; o de forma encubierta como ensayos subvocales de palabras o frases⁷.

Con respecto al TAG y al TOC, la dificultad para hacer un diagnóstico diferencial entre estos, está dada por la sobreposición entre las preocupaciones del TAG y las obsesiones en el TOC, encontrando una prevalencia de vida de comorbilidad del 30%, la cual se presenta de forma más frecuente en la población adulta⁸.

Estos trastornos, tienen como base y factor común un componente, cuya comprensión parte de la conceptualización de las emociones básicas: miedo, alegría, tristeza, sorpresa y asco, las cuales pueden ser definidas como patrones individuales de conducta expresiva asociadas a una activación fisiológica específica, con una función adaptativa para la supervivencia del individuo y la especie; ya que están relacionadas con estados biológicos de gran importancia como la procreación, crianza y amenaza al individuo y son producto de la evolución filogenética⁹.

El miedo como emoción nuclear que provoca la ansiedad, se define como una alarma primitiva que se da como respuesta a un peligro inmediato, genera alta activación fisiológica y tendencia a la acción. Por otra parte, la ansiedad es una respuesta emocional orientada hacia el futuro que se caracteriza por ser percibida como incontrolable e impredecible, generando cambios en el foco de atención hacia acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante dichos sucesos¹⁰.

La presencia de estas emociones son funcionales en el ser humano; sin embargo, cuando se comienzan a dar bajo

unas características particulares, pueden llevar al desarrollo de estados patológicos debido a la interpretación errada de amenaza de las situaciones, la interferencia que producen en el adecuado funcionamiento del individuo, su presencia durante un tiempo prolongado, las falsas alarmas que las detonan y la activación en situaciones variadas con un bajo potencial de amenaza; resultando la ansiedad en términos clínicos como un sistema complejo de respuestas comportamentales, fisiológicas, afectivas y cognitivas que se activan ante la anticipación de una situación aversiva que podría amenazar la integridad del individuo⁷.

Hay que tener en cuenta que, para llegar al desarrollo de un trastorno de ansiedad, y como lo sugieren los modelos de diátesis-estrés, deben estar presentes diferentes factores de predisposición como las características biológicas, psicológicas y ambientales estresantes en el individuo que, en su interacción, expliquen las diferencias individuales de riesgo a generar ansiedad⁷. Por lo anterior, se hace relevante, el abordaje de los diferentes factores de vulnerabilidad para la ansiedad, específicamente del TAG y el TOC.

Los factores biológicos para el desarrollo de la ansiedad, sugieren una probable disfunción de diferentes sistemas de neurotransmisores, especialmente de la dopamina y serotonina¹¹, especialmente en los receptores de serotonina (5HT) ubicados en regiones cerebrales como el tálamo, amígdala, hipocampo, locus ceruleus y la neocorteza, los cuales intervienen en la regulación de la ansiedad¹².

Se ha encontrado como factor de riesgo para el desarrollo de ansiedad, los estilos de crianza de sobreprotección y/o padres hipercontroladores y muy exigentes, puesto que favorecen el desarrollo de apego inseguro, pobres habilidades interpersonales y poca autonomía. Lo cual, sumado a un progenitor con trastornos de ansiedad o depresión, puede favorecer el desarrollo de características de personalidad de perfeccionismo, dependencia, falta de asertividad y conductas de ansiedad¹³.

Entre los factores cognitivos de vulnerabilidad para el TAG, se encuentra la orientación negativa a los problemas, la percepción de amenaza ante estímulos ambiguos, e indecisión¹⁴; además de esquemas maladaptativos tempranos de desconfianza/abuso, inhibición emocional, entrapamiento y estándares inflexibles de autoexigencia; así como baja autoeficacia, la cual es mantenida por el poco uso de estrategias de afrontamiento y solución de problemas¹⁵.

Por otra parte, los estudios sobre el perfil cognitivo de ansiedad realizados en población adulta en la ciudad de Medellín (Colombia), muestran la presencia característica de distorsiones como los deberías, visión catastrófica, falacia de control, falacia de justicia, tener la razón, y la abstracción selectiva¹⁶.

Adicionalmente, las preocupaciones son un componente cognitivo que a pesar de estar presente en la población general, en quienes presentan un trastornos de ansiedad, especialmente el TAG, están caracterizadas por su naturaleza excesiva e incontrolable; que comparadas con las de la población

no clínica, se asocian a una amplia gama de estímulos y/o situaciones que mantienen un círculo de perpetuación de la preocupación, en la medida en que vuelven a experimentar las preocupaciones después de haber finalizado de forma exitosa un episodio de preocupación, ya que hay un refuerzo negativo por evitación de consecuencias aversivas^{10,17}.

La ansiedad es uno de los trastornos que además de generar gran malestar y disfuncionalidad en quienes lo padecen, presenta alta prevalencia entre la población mundial y nacional; en Colombia, según el estudio Nacional de salud mental¹⁸, es el trastorno más frecuente, con una prevalencia de vida que ha ido aumentando con el paso de los años: en 1993 (9,6%), 1997 (15,1%) y 2003 (19,3%). Las cifras relacionadas con estos trastornos en población adolescente, mostraron la mayor prevalencia de vida en Bogotá (7%), seguida por la región central en donde se encuentra Antioquia con un 6,4%. La prevalencia del TAG en niños y adolescentes colombianos es de 0,4%; siendo el tercer trastorno más frecuente en la adolescencia en este país. La prevalencia de vida en adultos aumenta llegando a 1,3% y en el último año al 0,5%.

En cuanto a la prevalencia del TOC en la población infanto-juvenil, el estudio realizado por Navarro-Mancilla et al.¹⁹, con niños y jóvenes menores de edad escolarizados de la ciudad de Bucaramanga (Colombia), encontró una prevalencia del 7,4%; en la ciudad de Medellín en población adulta, encontraron una prevalencia de vida del 4,6 % y en adolescentes de 1,75%²⁰; estas cifras podrían ser superiores, teniendo en cuenta que este trastorno es una entidad subdiagnosticada debido a que los síntomas son ocultados o pobremente articulados a temprana edad²¹.

Las altas cifras de prevalencia, se relacionan con los datos encontrados por la Secretaría de Salud de Medellín²⁰, en cuanto a las causas de consulta externa por trastornos mentales y del comportamiento, en la ciudad de Medellín, en donde el TAG es el cuarto con mayor porcentaje con un 5,6 %; y ocupa el tercer puesto en cuanto a las causas de urgencia con un 7,8%.

Los datos con respecto a la edad de inicio del TAG y el TOC son variables, en el TOC, es probable que, en su mayoría, ocurra en la adultez; sin embargo, puede tener un inicio temprano (niñez y adolescencia), presentando un deterioro progresivo a nivel relacional y ocupacional^{11,22}.

Con respecto al TAG, algunos sugieren que, en muestras clínicas con adultos, la edad de inicio es a los 20,6 años¹⁰; en estudios epidemiológicos, los resultados de Kessler et al.²³, muestran un inicio a los 31 años en promedio. El inicio en niños y adolescentes oscila entre los 11 y 13,5 años; por lo que se puede concluir que las preocupaciones excesivas pueden aparecer en la infancia y adolescencia, sin alcanzar en la mayoría de ocasiones a ser considerado un trastorno hasta la edad adulta, debido a los sucesos vitales y responsabilidades propias de esta etapa del desarrollo²⁴. Independientemente de la edad de inicio, se debe tener presente que cuanto más temprano se dé el inicio a un TAG, mayor tiende a ser el deterioro asociado, aumentando las probabilidades de presentar comorbilidad con otros trastornos⁴.

Teniendo en cuenta los diferentes factores asociados a la ansiedad y su complejidad, específicamente para el TAG y el TOC, se hace necesario emplear para el tratamiento, técnicas de intervención que hayan mostrado ser eficaces en cuanto a la remisión y prevención de síntomas a futuro. Es importante resaltar que la psicología basada en la evidencia, aporta resultados de las investigaciones sistemáticas concernientes a las técnicas y/o tratamientos que han mostrado ser eficaces en la intervención de patologías específicas, bajo determinadas condiciones: características de una población específica: diferencias individuales y socioculturales¹; esta práctica abarca tanto el proceso de evaluación, como de intervención y relación terapéutica, cuyo objetivo es garantizar el éxito del proceso con los pacientes²⁵.

La evidencia en cuanto al tratamiento del TAG, muestra soporte empírico tanto para la terapia cognitiva, como para la terapia conductual aplicada de forma individual; sin embargo, se ha encontrado mejores resultados cuando se emplean técnicas de ambas terapias combinadas: Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)²⁶. Con respecto a la evidencia sobre la eficacia de esta modalidad de tratamiento en pacientes con TAG, revisiones meta-analíticas sugieren efectos de larga duración aplicando la TCC²⁷. En cuanto a la comparación entre la TCC y el tratamiento farmacológico, no se encontraron diferencias significativas, sin embargo, las tasas de abandono con la TCC fueron menores, indicando una mayor asimilación por parte de los pacientes²⁸.

Con respecto al tratamiento del TOC, la evidencia muestra fuerte soporte empírico para tratamientos de corte comportamental y terapia de corte cognitivo-conductual en donde se emplean técnicas para generar alternativas de pensamiento como la reestructuración cognitiva y patrones comportamentales más funcionales a través de técnicas comportamentales como la exposición con prevención de respuesta²⁹. Los hallazgos encontrados en investigaciones de meta-análisis, muestran la eficacia de la TCC³⁰, junto con el tratamiento farmacológico (SRIs), encontrando efectos positivos en la implementación de ambos y de los efectos moderadores para la TCC³¹; en la revisión de los componentes de la TCC, Alcazar et al.³² encontraron mayor eficacia empleando la exposición in vivo combinada con exposición en la imaginación.

Partiendo de ésta revisión, el objetivo del presente estudio es realizar la descripción del proceso de evaluación, formulación e intervención de un caso clínico con diagnóstico de TAG comórbil con un TOC en una adolescente; realizando la intervención con diferentes técnicas Cognitivo-Conductuales basadas en la evidencia.

Método

Identificación de la paciente

Laura es una adolescente de 15 años, originaria y residente de la ciudad de Medellín, Colombia. Se encuentra cursando grado Décimo de media académica en un colegio privado de la ciudad, es hija mayor, soltera, vive con su familia nuclear y refiere no tener una relación sentimental actualmente.

Llega a consulta por primera vez en febrero de 2019 por sugerencia de su madre, quien solicita cita para su hija vía telefónica; por lo que el primer contacto directo con la paciente se realiza desde la terapeuta. En la entrevista inicial Laura refiere: “yo manejo mucha inseguridad, siento cansancio de siempre ser la mejor, me estoy sintiendo mal últimamente”. Ingres a consulta sola, con adecuada presentación personal, se muestra colaboradora, motivada a proporcionar información, responde con un tono de voz adecuado, emplea constantemente formalismos (agradecimiento, disculparse por tomar la palabra) se frota las manos constantemente, presenta una adecuada fluidez verbal, se evidencia esfuerzo por no presentar llanto, se muestra ansiosa. Se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, memoria y curso del pensamiento conservados.

Laura estuvo al cuidado de un familiar durante los primeros meses de edad, hasta que presenta una enfermedad gástrica y es hospitalizada; situación que lleva a la madre a renunciar a su trabajo y a estar al cuidado de sus hijas hasta la actualidad. Se identifica un estilo de crianza sobre protector de ambos padres, en donde se presentaron restricciones y cuidados excesivos para evitar caídas, golpes o impactos físicos en la paciente. Laura refiere que su padre es un hombre tranquilo, despreocupado, con quien lleva una buena relación, y de quien recibe apoyo en la parte académica; describe a la hermana como una persona muy diferente a ella, tranquila, relajada, poco temerosa y con quien presenta discusiones por la poca obediencia y el orden de la habitación. En cuanto a la madre, tiene una relación muy cercana, de confianza, la describe como una mujer dedicada al hogar y con muchas preocupaciones en su vida cotidiana, varias de éstas similares a las de la paciente.

Laura refiere que las preocupaciones comenzaron al inicio de la etapa escolar, en donde presentaba excesiva preocupación y necesidad por agradar y ser reconocida como una excelente estudiante por sus profesores y padres. A lo largo de su historia escolar ha obtenido alto rendimiento académico, especialmente en grado Quinto de primaria, cuando ocupa el primer puesto del salón por primera vez, refiriendo haberse intensificado la sintomatología de ansiedad, preocupaciones y competitividad por ser la mejor.

Desde la infancia reporta ser temerosa, con diversos miedos: a la oscuridad, situaciones desconocidas, al daño físico propio o al de los miembros del núcleo familiar, presentando sentimientos de angustia, llanto y comportamientos de búsqueda ante la ausencia de sus padres. Desde los 11 años se identifican comportamientos compulsivos mentales relacionados con el número 4, el cual repetía constantemente, para evitar que algo malo le sucediera a la familia; además de la presencia de tricotilomanía de cejas y pestañas.

En la entrevista con la madre, se confirma la sintomatología manifestada por la paciente; además de altos niveles de ansiedad y preocupaciones en la cuidadora, los cuales afectan sus diferentes áreas de ajuste, coincidiendo en varios aspectos con la sintomatología actual de la paciente.

La queja inicial está relacionada con altos niveles de angustia y estrés por situaciones relacionadas con el grupo de pa-

res; quienes de forma frecuente le solicitan ayuda, además del préstamo de tareas o trabajos escolares, inclusive por medio de las redes sociales, situación que interfiere con el desarrollo de sus actividades por las múltiples interrupciones que esto acarrea. Dichas situaciones generan en la paciente, emociones de ira y ansiedad, ya que percibe como injusto que le pidan las tareas o trabajos realizados con tanto esfuerzo; sin embargo, informa sentirse responsable por los resultados de ellos y reporta sentirse incapaz de negarse a entregárselos. Adicionalmente, reporta sentirse cansada de las frecuentes preocupaciones acerca del desempeño académico y auto exigencia.

Al abordar el área social, se identifica una relación cordial con los docentes y el grupo de pares, es una joven respetuosa, colaboradora, preocupada por responder a las necesidades del otro; sin embargo, no establece relaciones cercanas las cuales ella pueda considerar como amistades; ya que refiere desconfianza y temor a que otros comenten o revelen detalles de su vida privada, por lo que no comparte abiertamente aspectos personales.

En el área escolar, es una estudiante con muy buen rendimiento académico, reconocida por sus buenas calificaciones, esfuerzo y orientación al logro. Refiere sentir angustia y ansiedad ante evaluaciones, exposiciones o trabajos de alta complejidad, además de frecuentes preocupaciones relacionadas con el cumplimiento y obtención de buenos resultados en los trabajos; se angustia cuando percibe gran cantidad y complejidad en las tareas, presenta llanto, bloqueo, incapacidad para descansar y dificultad para dormir debido a las constantes rumiaciones relacionadas con los deberes pendientes.

Presenta quejas somáticas como fuertes dolores lumbares y de cabeza, asociados a periodos de estrés. Además de hiperventilación y mareos en situaciones que le generan alta ansiedad, como la presentación de exámenes de gran dificultad y exposiciones en público.

En la sintomatología actual de la paciente se identifican obsesiones con relación a la duda, al orden y simetría y a la enfermedad o contagio; las cuales se acompañan de frecuentes conductas de verificación encubiertas, de orden/secuencia, y comportamientos observables como la revisión del contenido, correcciones, perfeccionismo y orden en las tareas, al enviar correos electrónicos y empacar el morral; conductas de verificación en el hogar como el cerrar bien la llave del gas, la puerta, el grifo de la cocina, el baño y haber puesto correctamente la alarma; además de conductas compulsivas de lavado de manos. Lo anterior para evitar incendios, robos, contagio de enfermedades o bacterias y catástrofes en general.

Con respecto al tiempo libre, Laura no se encuentra vinculada a actividades extra curriculares o diferentes a las del ambiente escolar y familiar, comparte con sus padres y hermana, refiere miedos relacionados con la posibilidad de pérdida de alguno de ellos, presenta malestar emocional y llanto al imaginar o hablar de la posibilidad de que algo malo les suceda.

Evaluación

El presente trabajo emplea un diseño metodológico de es-

tudio de caso, el cual es pertinente, ya que permite analizar la esencia, estudiar y responder al por qué y el cómo un fenómeno; además de la visualización de procesos de cambio longitudinal dados por el proceso de intervención psicoterapéutica³³; adicionalmente, permiten el crecimiento, fortalecimiento y desarrollo de las teorías ya existentes, a través del seguimiento de una metodología rigurosa que va desde la elección del tema problema de investigación, elección del caso, unidades de análisis, recolección, análisis de datos y reporte final³⁴. Dentro de este estudio, se emplea un diseño AB en donde se realizan mediciones iniciales sin intervención terapéutica, y una vez se haya intervenido, se realiza otra medición, sin suspender el tratamiento³⁵.

El proceso de evaluación se llevó a cabo con la madre y la adolescente, empleando diferentes técnicas como la entrevista clínica semiestructurada, listas de chequeo basadas en los criterios diagnósticos del DSM V, cuestionarios de auto-reporte, y una escala de ansiedad como se describe a continuación.

1. Entrevista clínica semiestructurada: se realizó inicialmente una entrevista clínica semiestructurada tanto a la paciente como a la madre, en donde se identificaron las características actuales de la problemática, factores desencadenantes y de predisposición personales, familiares y ambientales que guiaron el proceso de aplicación de las otras herramientas de evaluación. Obteniendo información sobre frecuentes preocupaciones tanto en el ámbito familiar, académico, social y personal, dificultad en el afrontamiento y solución de problemas bajo presión o alta exigencia del medio, dificultades en la asertividad en los diferentes contextos y alta activación fisiológica asociada. La información de la entrevista, junto con las observaciones en consulta, son empleadas por el terapeuta, para el diligenciamiento de la lista de chequeo para el TAG¹, que muestra el cumplimiento de los criterios A, B, C, D, E y el criterio F, en donde se encuentra la presencia de preocupaciones asociadas al TOC, las cuales son evaluadas a través del MINI, entrevista Neuropsiquiátrica Internacional³⁶ en donde cumple con criterios de obsesiones y compulsiones de verificación, limpieza y orden.

2. Inventario de Pensamiento Automáticos de Ruiz y Luján 1991³⁷: es una escala autoaplicada que consta de 45 preguntas que evalúan la frecuencia de los pensamientos automáticos y 15 distorsiones cognitivas: Filtraje o Abstracción Selectiva, Pensamiento Polarizado, Sobregeneralización, Interpretación del Pensamiento, Visión Catastrófica, Personalización, Falacia de Control, Falacia de Justicia, Razonamiento Emocional, Falacia de Cambio, Etiquetas Globales, Culpabilidad, Deberías, Tener Razón y Falacia de Recompensa Divina¹⁶. Se debe contestar en una escala de frecuencia de 0 a 3 la cual va desde “nunca lo pienso, algunas veces lo pienso, bastantes veces lo pienso y con mucha frecuencia lo pienso”. Los hallazgos relacionados con la validez del cuestionario, muestran buena estructura interna con un coeficiente de Kaiser-Meyer de 0,85³⁸. En la evaluación inicial, Laura obtiene altas puntuaciones en distorsiones como; filtraje, interpretación del pensamiento, los debería, falacia de razón y las dos distorsiones con mayor puntuación⁸: visión

catastrófica y falacia de recompensa divina; para un puntaje total del inventario de 70.

3. *Cuestionario de Creencias Irracionales IBT Modificado de Riso*³⁹, el cual está basado en el Test de Creencias Irracionales IBT (Irrational Belief Test) de Jones⁴⁰. Este cuestionario de auto reporte sobre la actitud frente a determinadas afirmaciones, en donde se presentan 5 opciones de respuesta “muy de acuerdo, moderadamente de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, moderadamente en desacuerdo y muy en desacuerdo”. Puntuando por encima del límite superior en las ideas irracionales de necesidad de aprobación, territorialidad, necesidad de control, culpar a otros, evitación de problemas, dependencia; y mostrando mayor presencia de las ideas de autoexigencia, reacción a la frustración y ansiedad por preocupación.

4. *Cuestionario de Esquemas de Young YSQ-L2*: está basado en el Cuestionario de Esquemas de Young⁴¹, el cual evalúa y se apoya en la teoría de los esquemas mal adaptativos tempranos, los cuales pueden definirse como temas relativamente estables y duraderos de inicio en la infancia, los cuales son el marco para el procesamiento disfuncional de experiencias a lo largo de la vida. La versión YSQL-2, está conformada por 45 ítems calificados de 1 a 6, en donde se reporta en qué grado lo describen dichas situaciones, lo cual es traducido en 11 factores: esquema de abandono, Esquema insuficiente Autocontrol o autodisciplina, Esquema Desconfianza/abuso, Esquema Deprivación emocional, Esquema vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, Esquema Autosacrificio, Esquema Estándares Inflexibles, Inhibición emocional, Derecho grandiosidad y entrapamiento; este cuestionario mostro un alfa de Cronbach de la puntuación total de 0.91 y un alfa entre los factores entre el 0.71 y 0.85 (Castrillón, et al., 2005). Laura muestra puntajes por encima del límite superior en el esquema de abandono, insuficiente autocontrol, desconfianza abuso, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, Autosacrificio, estándares inflexibles, estándares inflexibles¹ e inhibición emocional; mostrando puntajes de una desviación estándar por encima del promedio, en los esquemas de abandono, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y el esquema de desconfianza abuso.

5. *Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS)* (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS)⁴²: es un instrumento de autoinforme de 44 ítems que evalúa los 6 trastornos de ansiedad más comunes en la niñez: ansiedad por separación, pánico y agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, ansiedad generalizada y miedo al daño físico; el cual fue diseñado inicialmente, para investigar la sintomatología general de ansiedad y en el cual se confirma la estructura factorial de la escala, con la clasificación de los trastornos del DSM IV⁴³; las opciones de respuesta hacen referencia a la ocurrencia de cada uno de los ítems que van desde “nunca, a veces, muchas veces y siempre”⁴⁴.

Con respecto a esta escala, los estudios de Servera, Balle, Tortella y García⁴⁵, confirman la existencia de la misma estructura de 6 factores tanto en niños como adolescentes españoles y mexicanos; así como la validez y confiabilidad de

la versión en español en estudiantes españoles de 9 a 17 años, con una consistencia interna total, alfa de Cronbach de 0.92⁴⁶. Los resultados arrojados en la aplicación de la SCAS, muestran un puntaje total de 79, el cual; teniendo en cuenta que entre 60 y 65, se considera como indicador elevado de ansiedad. En la mayoría de subescalas se obtienen puntajes sobre el percentil 98, mostrando la puntuación más alta en la escala de TOC, seguida por la fobia social, ansiedad generalizada, miedo al daño físico y ansiedad por separación; la escala de pánico y agorafobia, fue la única que puntuó por debajo del percentil 93, considerándose aún como un factor elevado. Los resultados aportados por este instrumento, son los que orientan el proceso de evaluación de un posible TOC, el cual no se había hecho manifiesto en las entrevistas, ni había sido reportado como foco de malestar inicial por parte de la paciente, ni la familia.

Diagnóstico clínico

Teniendo en cuenta los resultados de los diferentes instrumentos de evaluación, se encuentra cumplimiento para los criterios del Trastorno de Ansiedad Generalizada en comorbilidad con un Trastorno Obsesivo Compulsivo que alteran el funcionamiento de las diferentes áreas de ajuste.

Consideraciones éticas

El presente estudio sigue los lineamientos éticos establecidos desde la práctica profesional y de la investigación en psicología, respetando el principio de autonomía, por lo cual se contó con el consentimiento informado cuyo modelo contempla las disposiciones generales y del proceso terapéutico, teniendo en cuenta el consentimiento del representante legal de la menor. Adicionalmente, conforme a la Ley 1090 (2006) y al Capítulo VII de ésta misma, sobre la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, en cuanto al respeto, dignidad y autonomía, se garantizó la confidencialidad de la identidad la paciente, fue informada y tuvo un rol participativo sobre los objetivos e implementación de las actividades y estrategias empleadas a lo largo del proceso. Lo anterior junto con los parámetros estipulados en la Resolución 008430 de 1993, con respecto a la actividad investigativa en seres humanos, Título II, capítulo 1, artículos: 5,6,7,9, 10,11 en donde se clasifica como una investigación con riesgo mínimo, 12,13,14,15 y 16.

Resultados

A partir de la información obtenida en la evaluación, se identifica como factores de predisposición para el desarrollo de las problemáticas, los patrones de crianza de sobreprotección y un estilo de apego inseguro que junto con las experiencias tempranas asociadas a alta exigencia, constantes preocupaciones y modelamiento de respuestas de ansiedad por parte de la madre, configuraron patrones de auto exigencia, pensamiento inflexible, distorsiones cognitivas de visión catastrófica, falacia de recompensa divina, los debería y lectura del pensamiento; basadas en ideas centrales de incompetencia e imperfección y esquemas maladaptativos tempranos de abandono, desconfianza abuso, estándares inflexibles y vulnerabilidad al daño, confirmados por creencias irracionales de necesidad de aprobación, autoexigencia, reacción a la frustración, ansiedad por preocupación y dependencia. Dichos esquemas y procesos, están asociados a conductas compulsivas de verificación, limpieza y orden; junto con marcadas respuestas fisiológicas como tensión muscular, dolores de cabeza, temblor e hiperventilación y emociones de rabia, miedo, tristeza y vergüenza.

Se identifica como factores de mantenimiento de las respuestas en los diferentes canales: cognitivo, conductual, fisiológico y emocional, el refuerzo positivo en el entorno familiar y escolar; y el refuerzo negativo debido al uso de estrategias de afrontamiento de evitación, perfeccionismo y auto exigencia, generando malestar significativo en la paciente.

Como desencadenantes de la sintomatología de ansiedad, se identifican diversas situaciones o estímulos percibidos como estresantes o peligrosos: entrega de trabajos o tareas extensas, evaluaciones, exposiciones, acumulación de deberes escolares, ambientes poco ordenados, trabajos en equipo, obtención de resultados por debajo de los esperado, críticas de docentes o adultos significativos, brote en la cara (acné), altas demandas de ayuda y responsabilidad exigidas desde el grupo de pares y contacto con dinero, lugares de poca higiene, baños públicos y ambientes hospitalarios. A continuación, se muestra gráficamente la relación entre los diferentes factores relacionados con al origen, aparición y mantenimiento de la problemática actual (ver figura 1), así como la relación entre esquemas procesos y productos (ver figura 2)

Figura 1. Esquema de conceptualización del caso. Factores predisponentes, sintomatología, precipitantes y mantenedores que dan origen a los trastornos psicológicos actuales. Fuente: autoría propia.

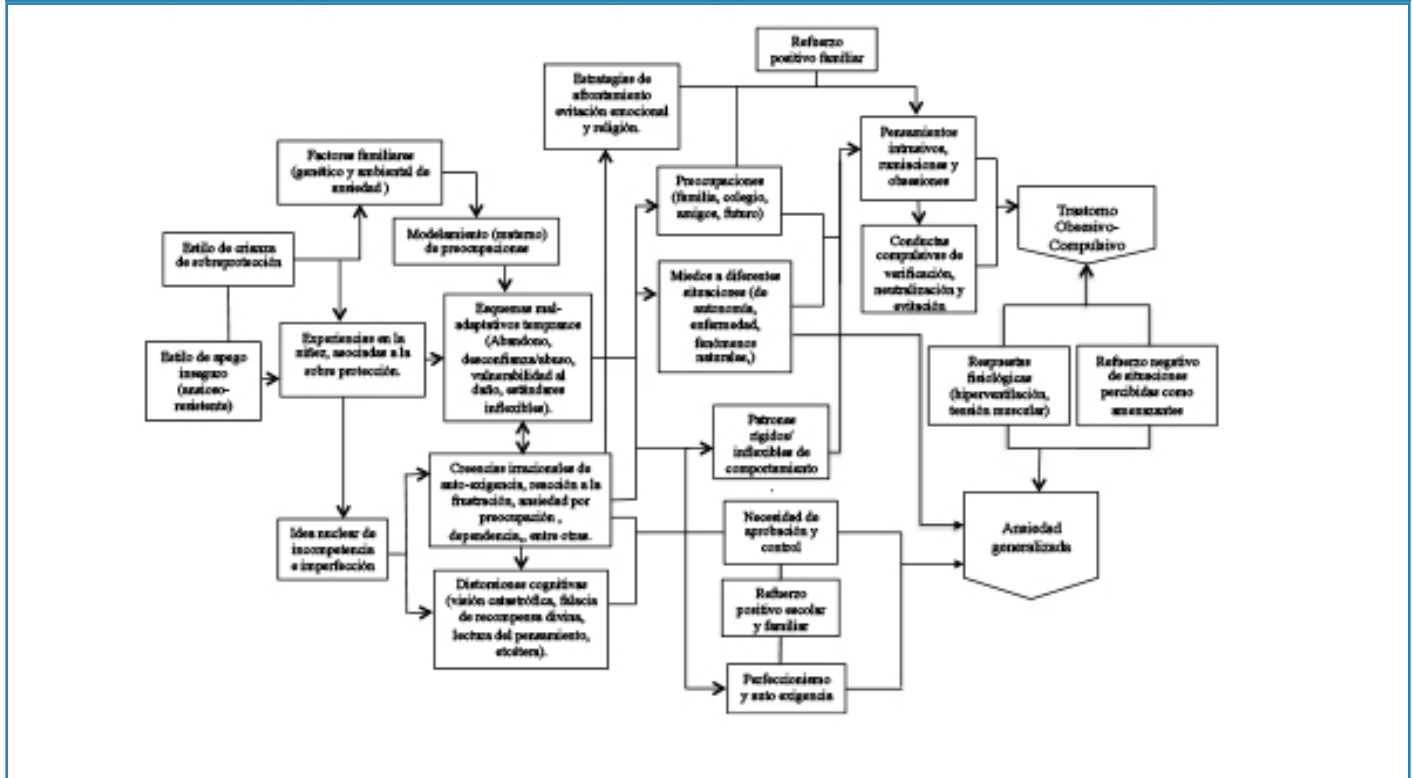
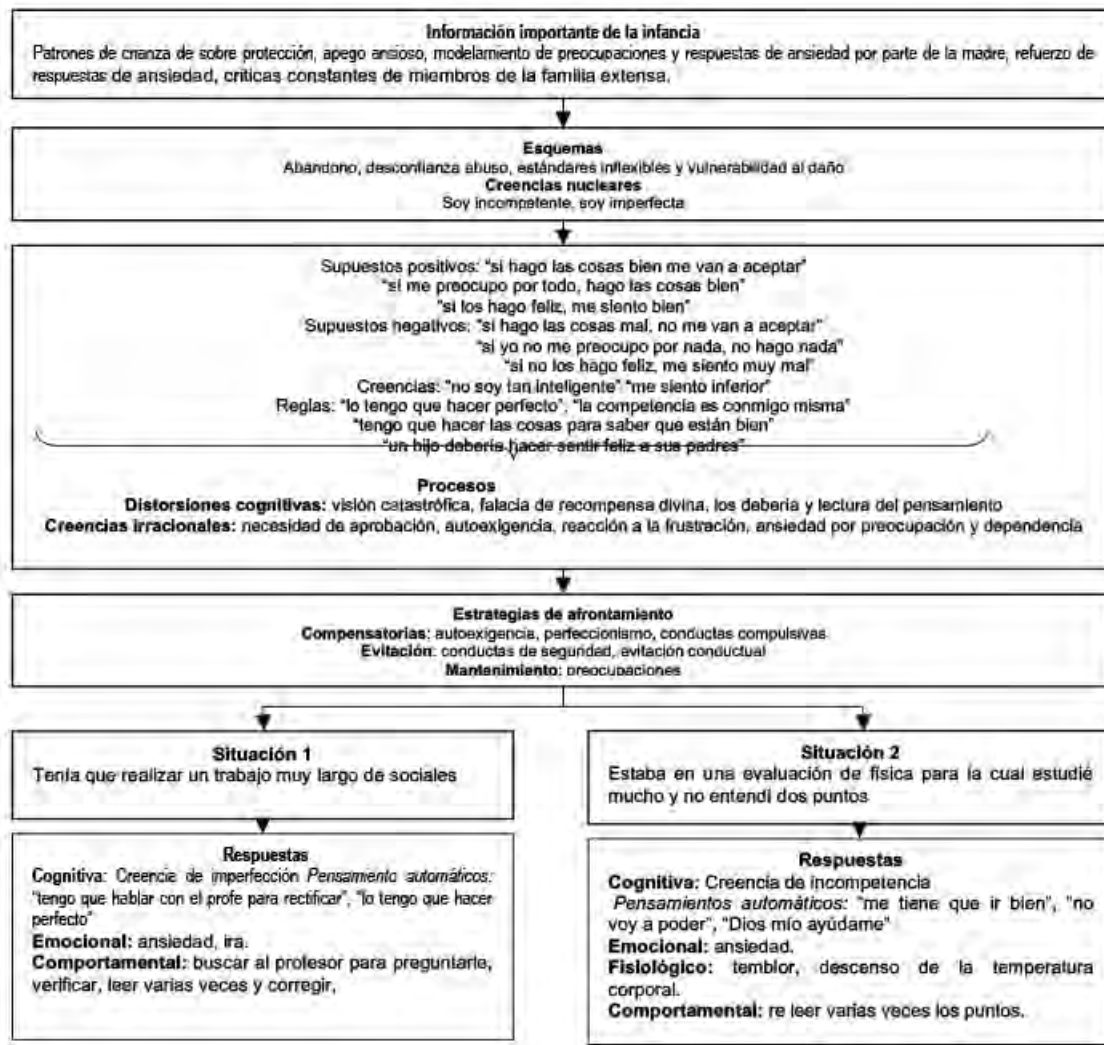


Figura 2. Conceptualización cognitiva. Adaptado de Terapia Cognitiva. Copyright 2000 by Ph.D. Judith S. Beck, p. 177



Como fortalezas se identifica un adecuado nivel de inteligencia, compromiso y adherencia al tratamiento, salud física, y adecuada red de apoyo familiar.

Intervención

Teniendo en cuenta el proceso de evaluación del caso, las hipótesis explicativas y las características de la paciente, se plantea un plan de tratamiento no estandarizado, multi componente, el cual se ajusta a la práctica basada en la evidencia, que busca el éxito de las intervenciones a lo largo de la totalidad del proceso psicológico, teniendo en cuenta las

necesidades, preferencias del paciente, su contexto socio cultural y las técnicas con soporte empírico⁴⁷. En este orden de ideas, para la intervención de ambos trastornos, se emplean técnicas como la reestructuración cognitiva, respiración profunda y controlada, relajación muscular progresiva y exposición con prevención de respuesta, junto con técnicas emocionales propias de la terapia centrada en esquemas.

A continuación, se muestra la síntesis de los problemas, objetivos y estrategias de acuerdo al orden de intervención (ver tabla 1).

Tabla 1 Resumen de intervención, según los objetivos

Problemas	Objetivos	Estrategias de intervención	Sesiones
Malestar emocional asociado a las constantes preocupaciones y auto exigencia	Reducir la intensidad y duración del malestar emocional asociado a las múltiples preocupaciones	Psicoeducación	1 – 2
		Registro de pensamientos	3 – 15
		Reestructuración cognitiva	4 – 15
		Técnicas meta-cognitivas	9-10
Malestar asociado al déficit en habilidades sociales	Aumentar la frecuencia de empleo de estrategias asertivas de solución de problemas con pares y adultos	Psicoeducación en asertividad Solución de problemas Ensayos conductuales	2 - 6
Alta activación y fisiológica y quejas somáticas asociadas a la ansiedad	Disminuir la intensidad de la activación fisiológica	Psicoeducación sobre la importancia de interconsulta con psiquiatría	7
		Entrenamiento en respiración	8– 9
		Entrenamiento en relajación muscular progresiva	10-11
Malestar y/o empleo de gran cantidad de tiempo en conductas compulsivas de verificación, orden y lavado de manos	Disminuir la frecuencia y duración de las conductas compulsivas de verificación y lavado de manos	Psicoeducación sobre obsesiones y compulsiones	12 – 13
		Reestructuración cognitiva	14 – 16
		Exposición con prevención de respuesta	20 – 25
Malestar emocional asociado a la activación de esquemas mal adaptativos tempranos	Disminuir el malestar emocional asociado a la activación de los esquemas mal adaptativos tempranos.	Psicoeducación en la teoría de esquemas mal adaptativos tempranos y su relación con el comportamiento actual.	17 – 18
		Técnicas emocionales	
		Técnicas cognitivas	19 – 21
		Ensayos conductuales Uso de tarjetas	22-24
		Descubrimiento guiado	25-30
Baja autoconfianza, autonomía y pobre autoconcepto	Aumentar conductas cotidianas de autonomía	Psicoeducación y entrenamiento a padres en manejo de contingencias	2, 15 y 21
		Habilidades de afrontamiento	26 – 28
		Ensayos conductuales	18 - 30

Resultados de la intervención

Debido a la complejidad y cronicidad de las problemáticas de la paciente, se realiza un plan de intervención prolongado de 30 sesiones de intervención en las cuales se han obtenido resultados positivos en canales de respuesta cognitivo, emocional, fisiológico y conductual, que se describen a continuación.

En cuanto a la reducción de la intensidad y duración del malestar emocional asociado a las múltiples preocupaciones, la paciente refiere haber disminuido la cantidad de tiempo empleado en preocuparse por la elaboración de tareas y trabajos escolares, aunque continúa preocupándose por el cómo los va a elaborar; identificando la acumulación de trabajo como un factor que dispara la intensidad del malestar por preocupaciones. Los resultados de una segunda evaluación del perfil cognitivo a través del Cuestionario de Creencias Irracionales IBT Modificado de Riso³⁹ mostraron una reducción en las puntuaciones de las creencias de necesidad de control, territorialidad, autoexigencia, evitación de problemas e influencia del pasado. Además, los resultados del Inventario de Pensamiento Automáticos de Ruiz y Luján³⁴, en donde se presenta una reducción del filtraje, visión catastrófica, falacia de control, falacia de justicia, razonamiento emocional y falacia de recompensa divina; por otra parte, se observó el aumento en las puntuaciones de personalización, culpabilidad y los debería. Se continúa trabajando este objetivo para lograr resultados más estables en el tiempo.

Con respecto a las dificultades en las relaciones interpersonales debido al déficit en asertividad, se evidencia un aumento en la frecuencia de uso de estrategias asertivas de solución de problemas con pares: refiere haber dado respuestas asertivas con respecto al préstamo y demandas en cuanto a tareas y trabajos, ofrece explicación de lo que hay que realizar, más no entrega su trabajo a otros, reportando sentirse tranquila por ser capaz de decir “no” y ayudar a quienes están interesados por aprender. Refiere no preocuparse por lo que piensen los compañeros con respecto al préstamo de trabajos, dice no directamente, sin emplear mentiras para no desagradarlos, pone límites en cuanto a la cantidad de tiempo y horario en que les responde a través del chat. En cuanto al cumplimiento de este objetivo con adultos, en las situaciones en las que no ha estado de acuerdo, refiere haberlo expresado de forma asertiva, aunque presenta rumiaciones asociadas a preocupaciones sobre las situaciones previamente tratadas.

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), las cuales valoran de 1 a 10, el grado de ansiedad reportado por la paciente en una situación específica, siendo 1 el menor grado de ansiedad y 10 el mayor grado de ansiedad posible para la paciente. De un promedio inicial de 8.75, se reduce a un promedio de 4.75 en su aplicación en vivo. En cuanto a la tensión muscular, valorada en unidades subjetivas, de un puntaje promedio inicial de 5.5, se alcanza una reducción a un puntaje promedio de 2.25. Adicionalmente refiere no haber vuelto a presentar recaídas en episodios de hi-

perventilación y mareos; sin embargo, continúa presentando eventualmente, dolores de cabeza debido a situaciones de alto estrés y ansiedad.

Actualmente se está interviniendo en la sintomatología del TOC, se realizó la psicoeducación y análisis funcional de los síntomas, registro de conductas compulsivas, además se dio inicio a la exposición con prevención de respuesta de conductas de verificación y lavado de manos. Los resultados de la Escala Infantil Spence muestran una reducción del puntaje de la sub escala de Trastorno Obsesivo-compulsivo de 16 puntos en la línea de base, a 12 puntos en la segunda medición, que, aunque continúa estando muy por encima de las puntuaciones normales, muestra una tendencia negativa, deseable en el proceso de intervención. Se espera una reducción tanto en la frecuencia como duración de las conductas compulsivas, conforme se continúe con el trabajo en exposición y prevención de respuesta, además de la reestructuración cognitiva de las obsesiones.

La intervención en los esquemas maladaptativos tempranos, se encuentra en proceso, hasta el momento se ha trabajado con técnicas de reestructuración cognitiva y psicoeducación con biblioterapia a través del texto Reinventa tu vida de Young y Klosko⁴⁸. Se espera que, una vez implementadas las técnicas emocionales y conductuales, se presenta una reducción del malestar emocional asociado a la activación de los esquemas maladaptativos tempranos de abandono, vulnerabilidad al daño y desconfianza abuso; evidenciado a nivel conductual en sus relaciones interpersonales y autonomía, además de los cambios a nivel cognitivo dados por la disminución de las puntuaciones del Cuestionario de Esquemas de Young YSQ-L249.

Los resultados obtenidos en la actualidad, con respecto a las conductas de autonomía, muestran un aumento en la frecuencia de comportamientos relacionados con tareas cotidianas como cruzar la calle sola, realizar llamadas para solicitar información e ir a comprar a la tienda del barrio, conductas que no se presentaban al iniciar la intervención. Estos logros, se apoyan con la intervención a los padres en donde se trabaja en el refuerzo contingente al afrontamiento y pautas de crianza para promover la autonomía, mostrando un impacto positivo en el ámbito familiar, personal y social. Se debe continuar con el trabajo en pautas de crianza con los padres y ensayos conductuales por parte de la paciente.

En términos generales, se han obtenido resultados positivos reflejados en el reporte de mejoría de la calidad de vida de la paciente y su cuidadora principal; además de la disminución en las puntuaciones del cuestionario de ansiedad de Spence cuyo puntaje total de ansiedad paso de 79 a 51, así como los puntajes de las escalas de TAG y fobia social, cuyo puntaje disminuyó de 16 a 9.

Durante el proceso terapéutico se presentaron algunos obstáculos como la negativa a informar al padre sobre el proceso de intervención psicológica, por lo cual se priorizó en la necesidad de obtener el consentimiento de éste tanto para lograr su adherencia al proceso y además para efectos éticos de consentimiento informado. Otro aspecto identificado como

obstáculo, fue la tardanza en la aceptación de interconsulta por psiquiatría, considerada importante debido a la alta activación fisiológica y malestar asociado a la ansiedad.

El seguimiento post tratamiento se plantea inicialmente con una periodicidad de una sesión presencial al mes, posteriormente cada dos meses, para finalizar con seguimiento vía telefónica y/o atención en situaciones de crisis.

Discusión

A continuación, se discuten los resultados de cada uno de los objetivos, a la luz de los hallazgos sobre la eficacia de las técnicas empleadas en el tratamiento multicomponente.

La reducción del malestar emocional generado por las frecuentes preocupaciones en la paciente, se ha venido logrando a través de la reestructuración cognitiva, técnica que ha mostrado resultados positivos en el tratamiento de este aspecto en pacientes con TAG. Estos resultados son congruentes con el estudio de Butler et al²⁷, quienes encontraron la superioridad de la terapia cognitiva de Beck⁵⁰ en comparación a la lista de espera o controles sin tratamiento, con un tamaño de efecto de 0,95; hallazgos de eficacia reportados por Bados⁵¹.

En el caso de Laura, es importante anotar que aunque el malestar por las preocupaciones se ha reducido, y los resultados de los cuestionarios de los procesos cognitivos han mostrado cambios deseables; continúa presentado dificultades en el manejo de éstas en situaciones valoradas como estresantes, por lo cual se emplean técnicas meta-cognitivas, ya que en el caso de la paciente, se identificaron meta-cogniciones positivas sobre la preocupación en donde el empleo de estas técnicas ha mostrado ser útil en el tratamiento. En esta misma línea, Garay & Keegan,⁵² muestran su eficacia en el tratamiento de diferentes trastornos, entre estos el TAG, como lo reporta Wells & King⁵³, quienes hallaron mejoría en la preocupación, ansiedad y depresión con tasas de recuperación entre el 87,5 % y el 75 % en el seguimiento a 12 meses; así como proporciones de cambio entre el 77 % y el 95 % y un tamaño de efecto entre 0,94 y 2.39 en pacientes con este trastorno de ansiedad⁵⁴.

Por otra parte, con respecto a la intervención cognitiva, el aumento en las puntuaciones de las distorsiones cognitivas de personalización, culpabilidad y los debería, podrían explicarse como resultado del insight y exigencias de cambio derivadas del proceso terapéutico; las cuales deben ser evaluadas nuevamente al finalizar la intervención.

El objetivo relacionado con el empleo y entrenamiento en estrategias de solución de problemas, el cual surgió desde el motivo de consulta inicial, fue el primero en cumplirse, logrando modificar las conductas evitativas con pares, por comportamientos asertivos más adaptativos en cuanto al préstamo y disponibilidad para dar respuesta a las constantes demandas de estos; mostrando que el uso de técnicas de resolución de problemas es eficaz en la intervención de

pacientes con trastornos de ansiedad; como lo reporta Pierce⁵⁵, quien realiza una revisión de la efectividad en la práctica psicológica, encontrándolas como una opción terapéutica adicional para pacientes con ansiedad y depresión, al igual que Seekles, Straten, Beekman, van Marwijk & Cuijpers⁵⁶, quienes evaluaron la efectividad del uso de tratamiento de solución de problemas y exposición, encontrando una disminución significativa en los síntomas de pacientes con un trastorno de ansiedad.

La reducción en la activación fisiológica de Laura se ha alcanzado a través de técnicas de respiración profunda, controlada, y relajación muscular progresiva, impactando positivamente en 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 notablemente las crisis de mareo por hiperventilación. Con respecto a los hallazgos sobre la eficacia de la relajación aplicada (respiración y relajación) con pacientes con ansiedad⁵¹, reporta que ésta se muestra superior a la lista de espera y terapia no directiva. Por otra parte, el componente de relajación muscular es parte del programa de intervención para ansiedad original de Kendall⁵⁷, del cual se han realizado múltiples variaciones en donde se han mostrado su eficacia en el tratamiento de trastornos como la ansiedad por separación y el TAG en niños y adolescentes⁵⁸.

Las compulsiones propias del TOC, las cuales están siendo intervenidas a través de la enseñanza de algunas estrategias para la exposición con prevención de respuesta, técnica cuya eficacia fue cuestionada para el tratamiento en algunos pacientes con TOC, especialmente los obsesivos puros o con compulsiones mentales⁵⁹. La reducción de conductas compulsivas en Laura y la disminución de sintomatología asociada a este trastorno de ansiedad, van en la dirección de los resultados de Khodarahimi⁶⁰ quien reporta una recuperación significativa en los pacientes que fueron tratados con exposición con prevención de respuesta, con respecto al grupo control; así como Foa⁶¹, quien al investigar sobre la eficacia de esta técnica, concluye que es el tratamiento de primera línea para el TOC, ya que muestra la reducción de la severidad de síntomas en el 80 % de los pacientes; sin embargo, presenta un porcentaje de abandono de alrededor del 20%, por lo cual se recomienda emplearla junto con la TCC. En esta misma línea, Ulloa, Palacios, & Sauer⁶² reportan una reducción importante en el malestar y mantenimiento de los resultados, empleando en conjunto técnicas cognitivas y de exposición con prevención de respuesta.

Teniendo en cuenta que el objetivo de reducción del malestar producido por la activación de esquemas maladaptativos tempranos es uno de los menos intervenidos hasta el momento, por lo que aún no se puede tomar una postura en cuanto a la eficacia de este tipo de intervención en el caso de Laura, teniendo en cuenta los hallazgos de otros autores; se espera encontrar resultados positivos que favorezcan el proceso de la paciente, ya que la terapia de esquemas se ubica en los tratamientos probablemente eficaces, en donde Masley, Gillanders, Simpson & Taylor⁶³, encontraron un gran

tamaño de efecto comparado con los del grupo control; así mismo, Cuevas & López⁶⁴, y Quiroga & Errasti⁶⁵, reportan resultados positivos en la revisión de diversos estudios sobre intervenciones psicológicas en psicopatologías graves como el trastorno límite y otros trastornos de la personalidad⁶⁶.

El objetivo relacionado con el desarrollo de autonomía, la cual es fundamental para el fortalecimiento de los autoesquemas, se emplearon técnicas conductuales de afrontamiento y ensayos conductuales, los cuales han sido empleados como parte de intervenciones del TAG en adolescentes, mostrando buenos resultados como parte del tratamiento⁵⁸. En el cumplimiento de este objetivo, se contó con la participación de la madre de la paciente, con quien se ha realizado un trabajo psicoeducativo, en pautas de crianza y manejo de contingencias en el ambiente familiar; los resultados positivos al emplear el entrenamiento a padres van en la línea de los hallazgos de Lebowitz, Omer, Hermes & Scahill⁶⁷ y otros estudios^{68,69}, quienes reportan una mejoría significativa en la ansiedad infantil, acomodación familiar y motivación del paciente en el tratamiento individual. Así como los de Orgiles et al.⁵⁸, quienes encuentran la intervención familiar en conjunto a la TCC como tratamientos probablemente eficaces en el tratamiento del TAG.

Teniendo en cuenta el malestar asociado a la sintomatología presentada por la paciente, y a pesar de que la psicoterapia ha mostrado resultados positivos en los diferentes canales de respuesta, se consideró de gran importancia la valoración por psiquiatría, teniendo en cuenta el soporte empírico de eficacia, que muestra la combinación de tratamiento psicoterapéutico y farmacológico en la remisión de síntomas y mantenimiento de los resultados⁷⁰. Por lo que se considera como logro significativo para el proceso terapéutico, la aceptación de interconsulta con esta especialidad, en donde fue medicada con fluvoxamina, cuya toma no ha iniciado por trámites en el sistema de salud.

Las limitaciones que presenta este estudio parten del tipo de diseño de investigación, ya que, por ser de caso único, no permite realizar generalizaciones de los resultados teniendo en cuenta el N: 1, la variabilidad en las características personales y socio culturales, que no son controladas y los problemas de validez interna dados por la falta de control de variables. Adicionalmente, se emplearon diferentes instrumentos no estandarizados, como lo son los cuestionarios para la medición de atributos cognitivos, lo cual es útil y válido en entornos clínicos; sin embargo, carecen de rigor investigativo.

Conclusiones

La intervención multicomponente en el tratamiento de una adolescente que cumple los criterios para el TAG comórbil a un TOC, en donde se emplearon técnicas cognitivas, conductuales, experienciales y de regulación emocional, han mostrado efectividad en la reducción de los síntomas de ansiedad en los diferentes canales de respuesta; sin embargo, a pesar de que los resultados hasta el momento han mostrado la disminución en el malestar, el pronóstico a mediano

y largo plazo se proyecta hacia una reducción moderada de síntomas que probablemente va a estar por encima de los parámetros de normalidad tenidos en cuenta en los cuestionarios e instrumentos de evaluación. Por ende, el objetivo final de la psicoterapia es promover el desarrollo de habilidades en Laura, que le permitan nuevas vías en el desarrollo personal, académico, social y familiar, mientras se produce una reducción del malestar emocional propio de quienes presentan trastornos de ansiedad.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington.: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Copeland W, Shanahan L, Costello E, Angold A. Childhood and Adolescent Psychiatric Disorders as Predictors of Young Adult Disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2009; 66(7).
3. Newman M, Anderson N. Una Revisión de la Investigación Básica y Aplicada Sobre El Trastorno De Ansiedad Generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2007 Abril; XVI.
4. Bados A. Trastorno de Ansiedad Generalizada.. [Online].; 2015 [cited 2020 Diciembre 20. Available from: HYPERLINK "<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65621/1/TAG.pdf>" <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65621/1/TAG.pdf> .
5. Zehe J, Colder C, Read J, Wiczorek W, Lengua L. Social and generalized anxiety symptoms and alcohol and cigarette use in early adolescence: The moderating role of perceived peer norms. *Addictive Behaviors*. 2013; 38(4).
6. P.G A, Mastroso RS, M.C. R. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *IACAPAP* , editor. Sao Paulo; 2012.
7. Beck A, Clark D. Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad Bilbao: Desclée de Brouwer; 2012.
8. Pallanti S, Grassi G, Sarrecchia E, Cantisani A, Pellegrini M. Obsessive-Compulsive Disorder Comorbidity: Clinical Assessment and Therapeutic Implications. [Online].; 2011 [cited 2020 Diciembre 15. Available from: HYPERLINK "<http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2011.00070>" <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2011.00070> .
9. Piqueras J, Martínez A, Ramos V, Rivero R, García L, Oblitas L. Ansiedad, Depresión y Salud. *Suma Psicológica*. 2008; 15(1).
10. Barlow D. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. 3rd ed. Nueva York: Guilford Press; 2002.
11. Cárdenas E, Fera M, Palacios L, De la Peña F. Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. México: Instituto Nacional de Psiquiatría; 2010.
12. Goyheneix J, García F. Tratamiento cognitivo y cognitivo conductual para pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. Universidad de Belgrano. [Online].; 2003 [cited 2020 Diciembre 16. Available from: HYPERLINK "www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/74_goyhereix.pdf" http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/74_goyhereix.pdf .
13. Newman MG, Llera SJ, Erickson TM, Przeworski A, Castonguay LG. Worry and Generalized Anxiety Disorder: A Review and Theoretical Synthesis of Evidence on Nature, Etiology, Mechanisms, and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2013.
14. Roushc L, Rovella A, Morales C, González M. Procesos cognitivos del trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes. *Psicología*

y Salud. 2011; 21(2).

15. Londoño-Arredondo N. Vulnerabilidad cognitiva en trastornos mentales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2011; 40(2).
16. Londoño N, Álvarez C, López P, Posada S. Distorsiones cognitivas asociadas del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Informes Psicológicos*. 2005; 7.
17. Shear MK, Mammen O. Anxiety disorders in primary care: A life-span perspective. *Bull Menninger Clinical*. 1997; 61(2).
18. Ministerio Nacional de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental. Colombia. [Online].; 2015 [cited 2020 Diciembre 14]. Available from: HYPERLINK "http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf" http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf .
19. Navarro-Mancilla Á, Rueda-Jaimes G, López P, López J, Sánchez M, Díaz-Martínez L. Prevalencia de trastorno obsesivo compulsivo en adolescentes colombianos y su asociación con la doble condición de trabajo y estudio.. *Revista Colombiana*. 2011.
20. Secretaría de Salud de Medellín. *Revista de Salud Pública de Medellín*. [Online].; 2012 [cited 2020 Diciembre 14]. Available from: HYPERLINK "<https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpc-content/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Genéricas/Documentos/2012/Revista%20Salud/Revista%20volumen%206,%20No%201/Revista%20Salud%20Pública%202011.pdf>" <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpc-content/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Genéricas/Documentos/2012/Revista%20Salud/Revista%20volumen%206,%20No%201/Revista%20Salud%20Pública%202011.pdf> .
21. Arrieta M, Barboza V. Trastorno Obsesivo Compulsivo en la población infanto-juvenil pasantía en unidad de psiquiatría del hospital México. *Revista Cúpula*. 2014; 28(2).
22. Abramowitz J, Foa E. Worries and obsessions in individuals with obsessive-compulsive disorder with and without comorbid generalized anxiety disorder.. *Behaviour Research And Therapy*. 1998; 36(7).
23. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62.
24. Gosselin P, Laberge B. Les facteurs étiologiques du trouble d'anxiété généralisée: état actuel des connaissances sur les facteurs psychosociaux.. *L'Encéphale*. 2003; XXIX(1).
25. Daset LR, Cracco C. *Psicología Basada en la Evidencia: algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática*. Ciencias Psicológicas. 2013; 7(2).
26. Teachman B. Society of Clinical Psychology: American Psychological Association. [Online].; 2016 [cited 2020 Diciembre 15]. Available from: HYPERLINK "<http://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/generalized-anxiety-disorder/>" <http://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/generalized-anxiety-disorder/> .
27. Butler A, Chapman J, Forman E, Beck A. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*. 2006; 26(1).
28. Mitte K. Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Treatments for Generalized Anxiety Disorder: A Comparison With Pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*. 2005; 131(5).
29. H I, Stanley JW, Boffa ML, Rogers MA, Hom BJ, Albanese DW, et al. Anxiety Sensitivity and Suicidal Ideation/Suicide Risk: A Meta-Analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2018 Noviembre; 86(11).
30. Olatunji B, Davis M, Powers M, Smits J. Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis of Treatment Outcome and Moderators. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 2015; 13(2).
31. McGuire J, Piacentini J, Lewin A, Brennan E, Murphy T, Storch E. A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive-compulsive disorder: moderators of treatment efficacy, response, and remission. *Depression And Anxiety*. 2015; 32(8).
32. Alcazar A, Sanchez J, Gomez A, Marin F. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2008; 28(8).
33. Jiménez V. El estudio de caso y su implementación en la investigación. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*. 2012; 8(1).
34. Martínez P. El método de estudio de caso estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*. 2006; 20.
35. Virués J, R. M. Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical psychology.. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2008; 8(3).
36. Y. L. Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Versión de la CIE-10.. [Online].; 1998 [cited 2020 Diciembre 16]. Available from: HYPERLINK "<http://www.academia.cat/files/425-7297-DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquiatribalInternacional.pdf%20>" <http://www.academia.cat/files/425-7297-DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquiatribalInternacional.pdf> .
37. Lujan , Ruiz. *Manual de Psicoterapia Cognitiva. Inventario de pensamientos automáticos*. [Online].; 1991 [cited 2020 Diciembre 15]. Available from: HYPERLINK "<http://www.psicologia-online.com/ESMubeda/%20Libros/SentirseMejor/sentirse2.htm>" <http://www.psicologia-online.com/ESMubeda/ Libros/SentirseMejor/sentirse2.htm> .
38. Moyano, Furlan, Piemontesi. *Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología: Análisis factorial exploratorio del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)*. Universidad de Buenos Aires, Argentina. 2011..
39. Riso W. *Entrenamiento asertivo: aspectos conceptuales, evaluativos y de intervención*. Medellín: Rayuela.; 1988.
40. Jones RG. *A factors measure of Ellis Irrational Belief System, with personality and maladjustment correlates*. (Doctoral Dissertation). Texas Techological College, Texas, United States of America. 1968..
41. Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: a schema -focused approach*. Sarasota: Professional Resource Exchange, Inc; 1990.
42. Spence S. Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal Of Abnormal Psychology*. 1997; 106(2).
43. Association AP. *Diagnostic and statistical manual for mental disorders - IV*. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
44. Hernández L, Bermúdez G, Spence S, M. G, Martínez J, Gallegos J. Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2010; 42(1).
45. Servera BM, Balle M, Tortella FM, García BG. Propiedades Psicométricas de la Adaptación Catalana de la Escala de Ansiedad para

- Niños/as de Spence (SCAS).. *Psicología Conductual*. 2005; 13.
46. Carrillo F, Godoy A, Gavino A, Casado Y. The Spence Children's Anxiety Scale (SCAS): Reliability and validity of the Spanish version.. *Behavioral Psychology*. 2012; 3(20).
 47. Association AP. Evidence-Based Practice in Psychology.. *American Psychologist*. 2006; 61(4).
 48. Young J, Klosko J. *Reinventar tu vida* Barcelona: Paidós; 2001.
 49. Castrillón DA, Chaves L, Marín C, Londoño NH, Ferrer A, Maestre K, et al. Validación del Yong Schema Questionnaire Long Form - Second Edition (YSQ - L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2005; 37(3).
 50. Beck J. *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. 1st ed. Barcelona: Gedisa; 2000.
 51. Bados A. *Trastorno de ansiedad generalizada* Barcelona: Universitat de Barcelona; 2009.
 52. Garay C, Keegan E. *Terapia metacognitiva. el síndrome cognitivo atencional y los procesos cognitivos*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2016; 2(2).
 53. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial.. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2006; 37(3).
 54. Van der Heiden C, Muris P, Van der Molen H. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2012; 50(2).
 55. Pierce D. Problem solving therapy use and effectiveness in general practice. *Australian family physician*. 2012; 40(9).
 56. Seekles W, van Straten A, Beekman A, Van Marwijk H, Cuijpers P. Effectiveness of guided self-help for depression and anxiety disorders in primary care: A pragmatic randomized controlled trial. *Psychiatry Research*. 2011; 187(1-2).
 57. Kendall PC. *Coping cat workbook* Philadelphia,: PA: Temple University; 1990.
 58. Orgiles M, Mendez X, Rosa A, Ingles C. La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología*. 2003; 19(2).
 59. Salkovskis PM, Westbrook D. Behaviour therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? *Behaviour Research and Therapy*. 1989; 27.
 60. Khodarahimi S. Satiation Therapy and Exposure Response Prevention in the Treatment of Obsessive Compulsive Disorder.. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2009; 39(3).
 61. Foa E. Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2010; 12(2).
 62. Ulloa R, Palacios L, Sauer T. Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: una revisión del tratamiento. *Salud Mental*. 2011; 34(5).
 63. Masley S, Gillanders D, Simpson S, Taylor M. A Systematic Review of the Evidence Base for Schema Therapy.. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2012; 41(3).
 64. Cuevas C, Lopez A. Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad.. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2012; 12(1).
 65. Quiroga E, Errasti J. Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*. 2001; 13 (3).
 66. Knapp P, Beck AT. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008; 30(2).
 67. Lebowitz E, Omer H, Hermes H, Scahill L. Parent Training for Childhood Anxiety Disorders: The SPACE Program. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2014; 21(4).
 68. Ramírez- Coronel AA, Martínez Suárez PC, Cabrera Mejía JB, Buestán Andrade PA, Torracchi-Carrasco E, Carpio MG. Habilidades sociales y agresividad en la infancia y la adolescencia. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2020 marzo; 39(2).
 69. González-Gutiérrez O, Navarro Obeid J, Ortiz Restrepo L, Alarcón-Vásquez Y, Claudia AC, Trejos-Herrera AM. Relación entre prácticas parentales y ajuste psicológico de adolescentes escolarizados. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2019; 38(5).
 70. Vargas L, Palacios L, Gonzalez G, de la Peña F. Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Una actualización, segunda parte. *Salud Mental*. 2008; 31(4).

Indices y Bases de Datos:

OPEN JOURNAL SYSTEMS

REDALYC (Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)

SCOPUS de Excerpta Medica

GOOGLE SCHOLAR

Scielo

BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud)

LATINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)

Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias (Universidad Nacional Autónoma de México)

LIVECS (Literatura Venezolana de Ciencias de la Salud)

LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)

PERIÓDICA (Índices de Revistas Latinoamericanas en Ciencias)

REVENCYT (Índice y Biblioteca Electrónica de Revistas Venezolanas de Ciencias y Tecnología)

SABER - UCV

EBSCO Publishing

PROQUEST