

Psicoterapia I

C.57 T.207

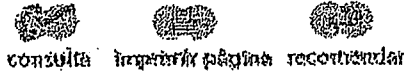
3D/F



TERAPIAS COGNITIVAS Y COMPORTAMENTALES

Terapia comportamental cognitiva en un caso de TOC severo con diagnóstico de esquizofrenia

Por: Raquel Krawchik y Andrea Querejeta - Gerardo García Bonetto



consulta imprimir página recomendar

FOTOCOPIADORA

C.E.Psi

Psicoterapia I

Folio 87 S/F

D/F 3

INTRODUCCIÓN

El trabajo clínico vinculado con los trastornos mentales en todos sus modos de manifestación, transitó un camino sinuoso, complicado y con idas y vueltas con respecto a sus resultados. Teorías diferentes, marcos epistemológicos disímiles, técnicas y métodos de trabajo diferentes, contradicciones, discusiones y dogmas, afectaron enormemente su evolución, sobre todo porque el "encierro teórico" produjo la necesidad de encuadrar al paciente en los marcos de la teoría en la que el terapeuta se sustenta.

Las psicoterapias, que de esto se trata, se plantean recurrentemente la misma pregunta: "qué hacer?". No siempre están las respuestas y obviamente las víctimas propiciatorias son siempre los pacientes, que en definitiva consultan porque padecen un gran sufrimiento psíquico a raíz de una serie de situaciones o características que le impiden ser de acuerdo a sus expectativas, si es que logró formularlas.

De modo que volviendo al núcleo fundamental del problema en psicoterapia, qué hacer y cómo hacerlo, surgen los caminos de la integración, como marco referencial, como método de trabajo y como una manera de flexibilizar la mirada clínica. El objetivo es el que nos convoca en este trabajo: Reducir el sufrimiento de las personas y permitirles encontrar el camino que deseen para el desarrollo de sus vidas. (Fernández Alvarez - Opazo, 2004).

El criterio utilizado para la selección del caso clínico a desarrollar, se fundamentó en los problemas que se presentan cuando se debe realizar una tarea psicoterapéutica en patologías consideradas como pertenecientes al campo psiquiátrico. En general, en estos casos se considera que la etiología es de corte "biológico" y que por lo tanto el cuerpo fundamental del plan terapéutico se debe apoyar en un programa psicofarmacológico. Los diagnósticos salen de la psiquiatría clásica y son por lo general rígidos.

Desde nuestro punto de vista el diagnóstico es evolutivo y debe sustentarse en la evaluación del estado mental del paciente y de sus posibilidades de acción en un plan de vida determinado. La psicología cognitiva y las neurociencias aportaron estudios importantísimos al respecto de este tipo de trastornos y sobre todo lo que posibilitan es un marco referencial en el cual se pueda representar, caracterizar y volver a formular su dinámica de base y aquellos aspectos que sostienen el fenómeno disfuncional y sus posibilidades de cambio.

Se seguirá un diseño normatizado de presentación de casos clínicos. (Buela-Casal, 2002).

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Se trata de una paciente de sexo femenino de 36 años, licenciada en Psicología. Trabajó 9 años en la Policía Provincial, actualmente tiene una jubilación por invalidez. Su grupo de convivencia está formado por sus padres, también tiene una hermana en pareja y un sobrino.

Realiza tratamiento psiquiátrico desde hace 9 años y tratamiento psicológico en el Instituto Semas desde hace 1 año.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Inicio: consulta por primera vez a los 26 años a un médico psiquiatra por síntomas depresivos (julio 1996). Refiere la paciente que en esa circunstancia había perdido su capacidad para ocuparse de sus cosas, no podía acudir a la facultad, no podía estudiar y se recluyó en su casa. No hay descripción clínica de ese momento.

Consulta en Semas: derivada en agosto de 2004 por su médico psiquiatra, con el fin de realizar tratamiento comportamental - cognitivo (Indicado por el médico), para lograr el desarrollo de conductas de autonomía. Deriva a la paciente con un diagnóstico de psicosis esquizofrénica. Refiere el psiquiatra que antes del programa farmacológico, V. presentó dos brotes psicóticos, con ideas delirantes autorreferenciales de persecución y complot por parte de los vecinos de su casa y de sus compañeros de trabajo. (Que en realidad la hicieron víctima de bromas de pésimo gusto, como encerrarla en el baño, burlarla, etc.)

Al momento de su derivación, la paciente presentaba conductas de aislamiento, había dejado su trabajo, no desarrolló ningún otro, no salía de su casa en ningún momento salvo en compañía de algún miembro de su familia, no realizaba actividad sistemática alguna en su vida diaria: no realizaba compras ni tareas en el hogar. La madre hace referencia permanentemente a este último aspecto, reclama la poca ayuda que recibe de su hija y afirma estar fatigada de su enfermedad y sus tratamientos, aunque al mismo tiempo sostiene que se siente angustiada y preocupada por el bienestar de su hija. V. tenía una actitud corporal de encierro y su gesto facial indicaba un gran estado de angustia y sufrimiento.

Se presenta con un cuadro fóbico con agorafobia y un severo cuadro de angustia. Se considera importante integrar un programa psicoterapéutico con estrategias comportamentales y cognitivas en conjunto con un plan farmacológico. (Vallejo Pareja, 2001.)

Medicación: antipsicóticos (clozapina 100 mg - aripiprazol 15 mg) y antidepresivo IRSS (fluoxetina 20 mg.).

DATOS EVOLUTIVOS: se informan conductas de inhibición social en su escolarización primaria y secundaria. Muy introvertida, poco comunicativa. Repitió primer grado. Cuando tenía 7 años realizó tratamiento psicológico durante dos años por enuresis nocturna que se desarrolla luego de una experiencia terriblemente traumática vivida en su familia: Una empleada de la casa que cumplía trabajos de niñera se suicidó rociándose con combustible, en presencia de una hermana menor, que fue salvada providencialmente por un familiar. V. y su mamá estuvieron presentes sin poder ingresar a la casa que se había cerrado por dentro. El fuego se propagó y perdieron sus objetos personales, además de los daños estructurales del inmueble.

En el secundario pierde un año por enfermedad (hepatitis) y para aprobarlo debió rendir en carácter de alumno libre todas sus asignaturas. La madre sufre un accidente automovilístico sin consecuencias graves, pero lo suficientemente significativo para que V. diga que "Lo que me maneja son los malos recuerdos". Cuando la paciente se encontraba en tercer año de la Facultad comienza con síntomas depresivos. Lo vincula con una relación afectiva que finalizó y consecuentemente con su disminución en el rendimiento académico: "Me aplazaron por primera vez en una materia Psicología Educacional. Me arruinaron el promedio. Eso me deprimió bastante". Tuvo problemas en el ámbito laboral, con otra decepción amorosa.

Dos internaciones (octubre 1996, julio 1997) con un cuadro diagnosticado como "brote psicótico" (agresividad verbal, escribía sin parar y quemaba ropa, expresaba: "No soy perfecta"). En el primero de los brotes, ella refirió después de algún tiempo de tratamiento, que ella creía que era la hija de Eva Perón y que había una conspiración en su barrio en contra de ella. Asimismo, en el segundo brote, el cuadro fue relacionado con la medicación que se le estaba dando. También tuvo un intento de suicidio.

CARACTERÍSTICAS DE CONTEXTO: la paciente integra una familia con características disfuncionales, sobreexigente, rígida en sus concepciones éticas y morales, autoritaria, con muy escasas relaciones vinculares. La madre (62 años) también psicóloga y jubilada de la Policía, presenta comportamientos obsesivos compulsivos con manifestaciones más llamativas en el control de la limpieza de su casa, la ropa, los alimentos, su propia higiene personal. Sobreatención a todo lo que pueda significar "suciedad", lavado continuo de ropa, una vez lavadas y secas, la envuelve en sábanas blancas para que no se ensucien antes del planchado, etc. Sobrevaloración de creencias vinculadas a la salud: Solamente se consumen alimentos "saludables". Nunca en esa casa se ha cocinado algún alimento en

aceite, no consumen grasas porque se consideran "cancerígenas", ni golosinas por el cuidado de la dentadura.

El padre (64 años) no trabaja. Trabajó como visitador médico durante 14 años. Tuvo dos infartos. A los 51 tuvo el segundo infarto y en el 2004 estuvo internado por insuficiencia cardiorrespiratoria. Está jubilado por invalidez. Es obsesivo, permanentemente presenta dudas e inseguridades, con comportamientos de control estricto de todo lo que hacen su mujer y sus hijas, las lleva, las busca, no las deja salir. La familia lo considera "una persona que ama a su familia y que por lo tanto la protege. Vivieron todos juntos hasta la adultez avanzada de sus hijas y no aceptaron el casamiento de la hija mayor (33 años). Se independizó hace tres meses y se fue a vivir con su novio. En la actualidad tuvo un bebé. Ningún miembro de la familia, salvo la paciente tiene ni tuvo tratamiento psicológico o psiquiátrico.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE V.

Concurre con el diagnóstico psiquiátrico: Esquizofrenia tipo paranoide F20. 0x
La esquizofrenia se caracteriza por la presencia simultánea de un conjunto de síntomas que configuran el cuadro. En la paciente valorada, se presenta rasgos obsesivo-compulsivos de la personalidad, aplanamiento afectivo, una marcada actitud disociativa, distorsiones en el plano cognitivo, pensamientos autorreferenciales (me miran, van a creer que soy tonta, etc) y escasas conductas autonómicas que determinan su aislamiento psicosocial. (Lemos Giraldez, 1989).

Presenta una percepción subjetiva de incompetencia y de falta de control, que se acompaña de pensamientos y actos compulsivos recurrentes tales como: rituales de verificación (baño, lavado de manos), obsesión de contaminación, necesidad de simetría y precisión, (conductas presentes en su hogar) altos niveles de ansiedad de rasgo y estado.

Lentitud obsesiva. Se evidencia un significativo entecimiento del procesamiento de la información, marcado por una persistente y severa duda obsesiva. Se observa una alteración moderada de la atención y una afectación severa de sus funciones ejecutivas. Las mismas se corresponden con un cuadro de inhibición frontal.

Desde el punto de vista que se pretende enfocar el trabajo, es importante considerar la relación existente entre los rasgos de la personalidad previa y la posterior aparición de la Esquizofrenia. Una supuesta relación de continuidad entre las fases premórbida-mórbida-postmórbida. (Lemos Giraldez, 1989). (Ver cuadro 1).

Diagnóstico del equipo actual:

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC) SEVERO EN FASE PSICOTICA.
Yaryura, 1997, al referirse a los síntomas primarios del TOC, enuncia los siguientes: obsesiones, compulsiones y duda. Estos síntomas se acompañan de un estado de hipervigilancia, de la necesidad de controlar el mundo exterior y de vivencias sensoriales e intelectuales alteradas. La intensidad y frecuencia de estos elementos fijan el curso de la enfermedad.

PROGRAMA INTEGRADO DE ASISTENCIA.

"La enfermedad tiene una característica general: la persona la significa de una manera particular y actúa en concordancia a su propio sistema atribucional. Los objetivos terapéuticos se plantean en función de las necesidades expuestas por el paciente y no por el diagnóstico clínico." Krawchik, 1997.

La psicoterapia tendría que ayudar a las personas para que cambien, en el sentido que ellas quieren. (Fernández Álvarez - Opazo, 2004).

El tratamiento familiar consiste en preparar a la familia para que acompañe eficazmente en el tratamiento de la paciente ya que no parece posible modificar el sistema vincular establecido. En este caso se contó en forma parcial con la madre y la hermana de la paciente. El padre nunca asistió a las reuniones familiares. Para organizar un programa de intervención familiar, se considera (Muela 2001).

- Contar con la colaboración de la familia haciéndole ver la importancia de su participación.
- Aumentar el conocimiento familiar sobre la enfermedad y su relación con el estrés.
- Dotar a las familias de habilidades y recursos de afrontamiento de estrés.
- Que la familia detecte signos de recaída para poder intervenir tempranamente.
- Mantenimiento de la medicación.

-Racionalización de las expectativas.

Equipo tratante: Se decide constituir el equipo profesional con la participación del médico psiquiatra (tratamiento farmacológico), una psicóloga para trabajar con la familia y otra psicóloga para desarrollar el programa individual

PRIMERA ETAPA

OBJETIVOS:

§ Reestructuración cognitiva (con respecto a su enfermedad) y resignificación de ideas y creencias.

§ Aumentar los niveles de autonomía en actividades instrumentales de la vida diaria.

Como la disminución de la ansiedad no resulta un objetivo posible en el corto plazo se instruye a la paciente para que logre desarrollar conductas funcionales "a pesar" de la presencia de altos montos de ansiedad ya que la generalidad de las personas lo suele hacer.

"Desde sus inicios el estudio empírico de la eficacia de los tratamientos para el TOC se ha centrado en los procedimientos de exposición. La exposición como prevención de respuesta ha demostrado ampliamente ser el tratamiento psicológico de elección para el TOC." (Vallejo Pareja, 2001).

Nº de SESIONES: 20 sesiones (3 sesiones individuales y 1 familiar mensual).

TÉCNICAS: información, registro diario, programa de refuerzos, exposición en vivo y por imaginación, autoinstrucciones, técnica de distracción, reestructuración cognitiva.

Algunas estrategias que se utilizaron fueron:

o Psicoeducación: se proporcionó una explicación amplia de su padecimiento a la paciente y a la familia.

o Reconocimiento y modificación del sistema atribucional de las inseguridades de la paciente.

o Establecimiento de jerarquías de situaciones temidas, preparando a la paciente para la exposición a los pensamientos que se desencadenan.

o Exposición en imaginación e in vivo a situaciones ansiógenas como ir de compras en su barrio, moverse en colectivo, etc.

o Autoinstrucciones: "Basta V". "Se me va la vida en la perfección". Dichas expresiones fueron elegidas por la paciente.

o En cuanto a las técnicas de distracción y considerando que le gustaban muchos los animales se le solicita que en sus salidas observara a los perros que pasaron y se detenga en sus características.

o El cuaderno de registro fue utilizado no solo con el objetivo de lograr mayor autoconocimiento, como método de evaluación constante sino como elemento reforzador. Los reforzadores que se utilizaron fueron expresiones verbales, escritas, en presencia de familiares, etc.

o Resignificación las ideas y creencias vinculadas a la exageración de las consecuencias negativas sobre los hechos temidos y el alto nivel de autocrítica.

RESULTADOS: disminución del aislamiento (mayor información respecto de la realidad actual), aumento de los niveles de actividad y autonomía (trabajo, compras, comunicaciones, tareas domésticas, manejo de dinero, actividad física).

No disminuyen de manera significativa los niveles de ansiedad y sin embargo logró las modificaciones propuestas. El éxito de los resultados disminuyó de modo significativo su ansiedad anticipatoria y las emociones negativas, con lo que se produjo una reducción del consumo de cigarrillos que la paciente asocia con la disminución de la ansiedad anticipatoria.

SEGUNDA ETAPA (EN CURSO)

OBJETIVOS:

§ Modificar y reducir pensamientos obsesivos.

§ Disminuir la realización de rituales externos.

§ Generar espacios de interacción social.

Nº de SESIONES: 40 sesiones (3 sesiones individuales y 1 familiar mensual).

TÉCNICAS: reestructuración cognitiva, reatribución, entrenamiento en habilidades sociales, autoinstrucciones, modelado, prevención de respuesta.

Las estrategias que se utilizaron en esta etapa incluyen las de la etapa anterior y aunque se modificaron algunas actividades ya que se orientaron a su rol social. Se incorporaron estrategias tales como:

- o Reconocimiento y discriminación entre conductas obsesivas y conductas no obsesivas.
- o La prevención del ritual de lavado de manos en tiempos de sesión.
- o Ensayo de rol de situaciones de interacción social, concentrándose en la conversación y la postura. También se realizaron grabaciones.

RESULTADOS PARCIALES:

Reducción significativa de los niveles de ansiedad. Mayor autocontrol. Cambio en su expresión facial. Aumento de contactos sociales, comenzó un taller de canto. Mantiene niveles de actividad. Disminución de peso. Utilización del correo electrónico. Cambio no estable de sentido respecto de las ideas de perfeccionismo. Expresión de necesidades, quiere comenzar un curso de computación. En esta etapa se trabajó con V. sobre su reconocimiento de las características disfuncionales de su familia y de la necesidad de reconocerlos para no reproducirlos. Se retira a la familia de las entrevistas clínicas. A continuación se presenta una frase extraída de un e-mail de la paciente, relacionada con un taller de canto que había iniciado, en el que evidencia el nivel de compromiso con la actividad y el grupo:

"Es cierto, no sé cantar, pero disfruto del canto. Sería una lástima por el grupo que no continúe el taller y quiero preguntarte en qué forma puedo ayudar".

Disminución total de la medicación antidepresiva y parcial de la medicación antipsicótica. Probablemente un programa psicoterapéutico adecuado hubiera evitado tantos años de ingesta de psicofármacos tan comprometidos.

CONSIDERACIONES FINALES:

El modelo etiológico de la "vulnerabilidad" permite explicar la esquizofrenia como un trastorno episódico elicitado por los estresores vitales en un sujeto vulnerable. (Lemos Giraldes, 1989).

Dada la complejidad del caso, se presentaron en el equipo diversos interrogantes. ¿Será que la "psicosis", manifestada con conductas de aislamiento y disociación, se presentó ante la intensidad de la ansiedad y emociones negativas con respecto a sus posibilidades operativas?

¿Se trata de una esquizofrenia con síntomas obsesivo-compulsivos o de un TOC con manifestaciones psicóticas?

La diferencia no es meramente semántica, tiene que ver con la actitud clínica y el pronóstico y en definitiva con liberar a la persona de un gran padecimiento, mejorar su calidad de vida y obviamente la representación que los demás poseen de ella.

V. continúa en tratamiento en la actualidad con la colaboración de su hermana y de una profesora de educación física.

Los programas actuales destacan los beneficios de la intervención en domicilio y en otros contextos comunitarios, así como la necesidad de profundizar en los efectos de los entrenamientos efectuados con el objeto de generalizar aún más sus resultados, fomentar mayor grado de autonomía de los sujetos y conseguir el mantenimiento de sus efectos a largo plazo. (Moriano, 2004).

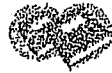
En el equipo de SEMAS se destaca la necesidad de NO TRATAR DIAGNOSTICOS SINO A PERSONAS QUE SUFREN Y LOGRAR LA REDUCCION DE SU SUFRIMIENTO COMO OBJETIVO TERAPEUTICO INAPELABLE. (Fernández Álvarez, 1996).

VER ANEXO EN ARCHIVO ADJUNTO



archivos adjuntos

Anexo. Cuadro 1 - Cuestionario de personalidad



Bibliografía

Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España: Masson.

Bannon, S. Gonsalvez, C. Croft, R. Boyce, P. (2002). Response inhibition deficits in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. Vol.110, pp. 165-174.

Barros, R. Quero, S. Botella, C. (2005). Sesgos atencionales en la fobia social medidos mediante dos formatos de la tarea stroop emocional (de tarjetas y computarizado) y papel mediador de distintas variables clínicas. *International Journal of clinical and health*. Vol. 1, Nº 001. pp. 45-50.

Belloch, A. Sandín, B. Ramos, F. (1997). Manual de psicopatología. España: Mc Graw Hill.

Buela-Casal, G. Sierra, S. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol.2, Nº 3; pp 525-532.

Cia, A. (1995). Trastorno obsesivo-compulsivo y síndromes relacionados. Buenos Aires: El Ateneo.

Cottraux, J. (1991). Terapias comportamentales y cognitivas. España: Masson.

Fernández Alvarez, H. Opazo, R. (2004). La Integración en Psicoterapia. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Krawchik, R. (1997). Neuropsicología del comportamiento en el tratamiento de los trastornos obsesivos-compulsivos. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*. Vol. 15, Nº1, pp.113-137.

Lemos Giraldes, S. (1989). Esquizofrenia: componentes de la personalidad como factores de riesgo. *Psicothema*. Vol.1. Nº 1-2, pp. 55-69.

Montero, I. León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol.2, pp. 505-510.

Moriana Elvira, J. Alarcón Pulido, E. Herruzo Cabrera, J. (2004). Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario. *Psicothema*. Vol. 16, N° 3, pp. 436-441.

Navarro, J. Puigcerver (1998). Bases biológicas del trastorno obsesivo-compulsivo. *Psicología Conductual*. Vol. 6, Nº 1, pp. 79-103.

Ruiz Vargas, J.M. (1987). Esquizofrenia: un enfoque cognitivo. España: Alianza Psicología.

Saiz Ruiz, J. (1999). Esquizofrenia: enfermedad del cerebro y reto social. España: Masson.

Vallejo Pareja, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*. Vol.13, Nº 3, pp.419-427.

Yaryura, T. Neziroglu, L. (1997). Trastorno obsesivo-compulsivo. España: Harcourt Brace.



Consulta