



Evaluación de un caso de trastorno obsesivo compulsivo e intervención



Raquel Caja

ILD Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de julio de 2015
Aceptado el 14 de enero de 2016
On-line el 17 de febrero de 2016

Palabras clave:

Trastorno obsesivo compulsivo
Temperamento
Rituales
Comprobaciones
Jerarquía

Keywords:

Obsessive-compulsive disorder
Temperament
Rituals
Checks
Hierarchy

R E S U M E N

Se describe el caso de un niño de 11 años que presenta un trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Desde bebé era un niño miedoso con características temperamentales de inflexibilidad y persistencia. Los síntomas del cuadro surgen a partir de un episodio familiar negativo y se intensificaron en los últimos dos años. En el momento de la evaluación, el TOC interfería negativamente en la dinámica familiar, personal y social del niño. Se realizó un diagnóstico de sus dificultades por medio de entrevista clínica, instrumentos de observación y pruebas estandarizadas. Se llevó a cabo una intervención basada en el entrenamiento cognitivo-conductual, en el que se incluyó tanto a los padres como a los profesores de su colegio. Se relata la evolución del problema y el seguimiento del caso.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Assessment of and intervention in a child with an obsessive-compulsive disorder

A B S T R A C T

The case of an eleven-year old child with an obsessive compulsive disorder is described. He was coward since he was a baby, with temperamental characteristics of inflexibility and persistence. The symptoms appeared from a negative family event and increased over the last two years. At the moment of evaluation the disorder interfered negatively in the child's family, personal, and social dynamics. A diagnosis of his difficulties was made by means of a clinical interview, observation, and standard tests. An intervention consisting of cognitive behavioral training was carried out, with the participation of parents and teachers. The case's evolution and follow up are described.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Identificación del paciente

Martín (M) es un niño de 11 años, hijo único que vive con su madre (separada de su padre desde que M tenía 2 meses). El nivel sociocultural de la familia es medio y la relación de los padres entre sí es positiva, mostrando un buen nivel de comunicación.

Motivo de consulta

Los padres acuden a consulta preocupados por el aumento de situaciones temidas por su hijo y de conflictos con sus compañeros. En el momento de realizar la evaluación M parecía mostrar un bajo estado de ánimo (relacionado con sus problemas de interacción social) y síntomas de ansiedad (dolores somáticos, problemas para dormir, etc.).

Historia del problema

Hace 2 años M presencié un ataque al corazón que sufrió su abuela materna. Por motivos de organización familiar tuvo que

Correos electrónicos: raquel.caja@uam.es, r.caja@ild.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.01.003>

1130-5274/© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

permanecer junto con su madre mucho tiempo en el hospital. Su abuela estuvo mucho tiempo ingresada, con complicaciones médicas. Sus padres observan que desde entonces M aumenta las quejas por dolencias físicas (dolores de estómago, cabeza, no poder dormir) y empieza a verbalizar miedos (sobretudo “a que pudiera sufrir situaciones traumáticas tanto él como alguno de los miembros de su familia”). Aunque M ha sido desde pequeño un niño miedoso, es a partir de esa experiencia familiar cuando se intensifica esa tendencia de manera generalizada: temor ante cosas novedosas, a carteles de hospital, preocupaciones injustificadas por su rendimiento académico, etc.

No existen datos importantes en su desarrollo evolutivo, salvo que sus padres lo describen desde bebé como inflexible ante los cambios y con tendencia a reaccionar con sentimientos desmedidos. Actualmente es un niño brillante en el colegio y buena motivación por aprender, aunque sus relaciones con los compañeros son poco satisfactorias ya que se siente rechazado por los otros niños.

Coincidiendo con estos dos últimos años, M empieza a tener conflictos frecuentes con algunos compañeros de clase. Así, refiere que es objeto de burlas y exclusión en trabajos en grupo, situaciones que favorecen que M se anticipe negativamente antes de ir al colegio exteriorizándolo en forma de llanto, sueño alterado y sensaciones emocionales de impotencia y frustración.

Para poder dormir, M necesita seguir ciertos rituales que han aumentando en frecuencia e intensidad a lo largo del último año. En el momento de la evaluación, sus padres identifican varios tipos, como por ejemplo proferir “retahílas” (frases repetidas) varias veces y en el mismo orden, necesitar repasar con ellos los acontecimientos del día y que ellos le aseguren que no ocurrirá nada malo al día siguiente, necesitar conocer con anterioridad planes y actividades familiares, etc.

No existen antecedentes familiares de interés.

Evaluación

La valoración se llevó a cabo con los padres y con el niño. El análisis de los datos de la historia personal y caracterial de M (de bebé fue un niño temperamentualmente sensible) permitió establecer características de vulnerabilidad psicológica. Asimismo se evaluó a M, recogiendo datos sobre su percepción del problema, sobre sus respuestas de ansiedad, estilo cognitivo, habilidades sociales, así como su capacidad cognitiva, lenguaje y comunicación, con el fin de establecer el análisis funcional del problema.

Los padres cumplieron una historia clínica con datos sobre su desarrollo evolutivo y la historia del problema, así como cuestionarios específicos de conducta y ansiedad. También se contactó con el colegio para obtener información.

Durante la exploración, M se mostró colaborador aunque tenso e inhibido en la interacción con el terapeuta. Su estilo de afrontamiento ante las pruebas fue reflexivo. A nivel emocional, M es consciente de sus miedos, del nivel de ansiedad que le provocan sus preocupaciones y de sus dificultades para hacer amigos. Además se observaron indicadores fisiológicos de ansiedad (tensión muscular, tics en ojos, etc.), motores (vacilaciones lingüísticas) y cognitivos (valoraciones negativas sobre su actuación).

En la prueba de capacidad intelectual cognitiva (WISC-IV; Wechsler, 2003) M obtuvo un CI total de 115, con un perfil aptitudinal irregular a favor de los aspectos de comprensión verbal (PC 120), razonamiento perceptivo (PC 116) y memoria de trabajo (PC 122) y con unos resultados peores en velocidad de procesamiento (PC 91). En estas últimas tareas su rendimiento podría estar relacionado con su estilo de ejecución (lentitud causada por la meticulosidad).

Con respecto al lenguaje y comunicación, se evaluaron aspectos formales (organización sintáctica, vocabulario) y pragmáticos

con el fin de conocer sus recursos comunicativos, a través de una “muestra de lenguaje espontáneo”. También se valoraron a nivel conductual sus estrategias de interacción (iniciar temas de conversación, dar opiniones, expresar emociones, recibir halagos, etc.). Los resultados mostraron un nivel de vocabulario acorde a su edad, ajuste al interlocutor (manejo adecuado de aspectos de comunicación no verbal), así como adecuada selección de temas y de la información proporcionada. Con respecto a sus habilidades sociales en la Escala de Comportamiento Asertivo para Niños (CABS; Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1987) se observó que tenía recursos sociales adecuados salvo a la hora de defender sus derechos frente a iguales.

Para valorar la ansiedad, se utilizó la Escala de Ansiedad Infantil (Spence, 1997), que evalúa indicadores físicos, cognitivos y emocionales. En ella puntúa de manera significativa en ciertos ítems, como: “me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela”, “me preocupa que algo malo pueda pasarme” o “tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas”.

En el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC; Reynolds y Kamphaus, 1992 tanto en el autoinforme como en el informe de sus padres, se apreciaron puntuaciones significativas en las escalas clínicas relacionadas con tendencia a ser sensible (somatización T), tendencia a estar asustado o preocupado (ansiedad T) y con los sentimientos de tristeza y estrés (depresión T). En las dimensiones globales evaluadas se observó tendencia al control excesivo de la conducta (interiorización T).

Por su parte, en el colegio, a través de un cuestionario, le describieron como “un niño brillante pero que tiende a preocuparse excesivamente por su trabajo y por las situaciones que ocurren dentro del colegio y no tolera interrupciones de sus compañeros; es perfeccionista y meticuloso con sus tareas, mostrándose muy crítico consigo mismo y con los demás”.

En el Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI; Hernández, 1990), que valora su percepción a nivel personal, escolar, social y familiar, M reconoce que tiene tendencia a sentirse decaído y con relaciones poco satisfactorias con los compañeros. Escolarmente se encuentra motivado por aprender. Con respecto al estilo de sus progenitores, les describió a ambos como serviciales y permisivos.

En la evaluación de las características temperamentales con el Inventario de Temperamento y Carácter para Niños (JTCI; Pelaz, Bayón, Fernández y Rodríguez, 2010), M reflejó puntuaciones altas en persistencia y evitación al daño y bajas puntuaciones en búsqueda de novedades y en cooperación.

Registro de conducta

Se entrenó a los padres para que observasen la topografía de las respuestas de ansiedad de su hijo y las consecuencias procedentes de su entorno. Así mismo, debían anotar las situaciones antecedentes que podía haberlo provocado. También a M se le entrenó en el registro de conductas.

Los registros indicaron una gran variabilidad de situaciones que generaban ansiedad en el niño, relacionadas con tareas escolares, situaciones de conflicto con compañeros, cambio de planes o rutinas diarias y, en general, todas aquellas situaciones sobre las que no pudiera tener un control directo. Ante esas situaciones se intensificaban las comprobaciones y conductas repetitivas (proferir “retahílas” o frases repetitivas, repasar todo lo visto en clase antes de hacer deberes, copiar todos los enunciados de los ejercicios de manera pulcra, tener que darse instrucciones en voz alta para tener mayor sensación de control, oír decir a sus padres que todo iba a ir bien pese a los imprevistos”, etc.). Dichas conductas comenzaron a ser más frecuentes, afectando a la dinámica personal y familiar (tardaba horas en hacer los deberes, dedicaba mucho tiempo a repetir conductas, etc.).

Por otra parte, los padres reconocían que hacían lo posible para que M no se expusiera a situaciones que le preocupaban, darle información de manera repetitiva para relajarle y modificar sus planes o comportamientos en función de las sus reacciones.

Paralelamente se constató, en el análisis de situaciones de conflicto con iguales, que éstas parecían estar provocadas por la resistencia de M a cambiar normas de juego o por inflexibilidad a la hora de aceptar propuestas de compañeros para realizar trabajos escolares.

En el análisis funcional se constata que lo que producía ansiedad a M era la sensación de falta de control sobre la situación o la interpretación rígida y poco flexible de normas, reglas sociales y expectativas de los otros. Ante esas situaciones aparecían respuestas cognitivas “y si . . .”, “si no lo hago, entonces. . .”, “seguro que va a ocurrir algo malo si no. . .”, “tengo que hacer. . . para que no. . .”.

Paralelamente, se acompañaba de un malestar emocional y de respuestas fisiológicas de ansiedad (inquietud, llanto, sensación de calor, palpitaciones, sensación de ahogo) afectando incluso al patrón de sueño.

Ante esas situaciones, aparecieron respuestas de evitación de escenas temidas y rituales y comprobaciones, con el fin de compensar el malestar emocional y físico que le producían. Estas conductas habían aumentado en los últimos meses (en frecuencia e intensidad), lo que estaba repercutiendo negativamente en su vida personal y familiar. Por otra parte, su dificultad para aceptar imprevistos y hacer “cambios” ante normas le genera conflictos con sus iguales, especialmente en el juego y al realizar tareas escolares.

Diagnostico

En conclusión, M presenta un trastorno obsesivo-compulsivo (DSM-V). Paralelamente, las características temperamentales (baja tolerancia a la frustración, inflexibilidad cognitiva, nivel alto de exigencia, perfeccionismo), unido junto a sus ineficaces habilidades asertivas para resolver conflictos, están dificultando su integración social.

Tratamiento

La intervención se basa en el modelo teórico de Mowrer (1939) y en técnicas cognitivo-conductuales, consistentes en exposición y prevención de respuestas (E/PR), exponiéndose a las obsesiones y a los estímulos que las provocan y bloqueando las respuestas de evasión y/o neutralización.

Objetivos

1. Entrenar en estrategias para el control de la ansiedad (conductuales/cognitivas).
2. Que desaparezcan los rituales.
3. Aprender recursos para el manejo de su tendencia obsesiva.
4. Conseguir flexibilizar sus características temperamentales (baja tolerancia a la frustración, estilo atribucional).
5. Mejorar sus recursos sociales que favorezcan unas relaciones sociales positivas.
6. Entrenar a los padres en estrategias de extinción y de refuerzo de conductas alternativas positivas. Enseñarles a manejar y flexibilizar la tendencia obsesiva de su hijo.

A pesar del alto número de rituales y comprobaciones, se decidió (de manera conjunta con sus padres y el médico psiquiatra), comenzar a trabajar sin ayuda farmacológica paralela.

Intervención con el niño

El esquema de trabajo seguido durante la intervención fue el siguiente:

Etapa 1: psicoeducativa. En esta etapa el primer objetivo era conseguir una buena relación terapéutica con M. Después, que el niño entendiera cómo funcionan los rituales y las obsesiones y en qué iba a consistir la terapia. Para ello se adaptaron las explicaciones y ejemplos a su nivel de desarrollo y su capacidad cognitiva y se incluyó a los padres en esa sesión explicativa para que M se relajase y conseguir la colaboración de los padres en terapia.

Los síntomas del TOC se describieron con lenguaje claro y utilizando los nombres que M les había dado (por ejemplo, “retahílas” refiriéndose a las frases repetitivas). Como es importante que el niño perciba el TOC como algo ajeno contra lo que luchar (March y Mulle, 1998), una forma de favorecerlo es otorgarle un sobrenombre que refleje su características negativas pero restando su impacto (por ejemplo, el disco rallado).

Posteriormente, se le explicó cómo funcionaban las estrategias de exposición/prevención de respuesta.

Etapa 2: factores de desarrollo y mantenimiento. Se construyó una lista de todos los rituales, conductas evitativas y cualquier otra conducta disfuncional que estuviera favoreciendo el mantenimiento de las obsesiones. Esta lista permitió establecer una jerarquía de estímulos y situaciones (de menor a mayor malestar). Ajustándolo a la edad de M, se utilizó la representación gráfica de una escalera en la que se situó cada estímulo en un peldaño según su intensidad. De cara a la exposición se utilizó el termómetro del miedo (March y Mulle, 1998), con el fin de que el niño pudiera graduar el miedo que le generaban los distintos estímulos.

Etapa 3: entrenamiento cognitivo-conductual. En esta fase se propusieron estrategias cognitivas y conductuales para las tareas E/PR. Algunas de las técnicas que se emplearon para el manejo de la ansiedad fueron: 1) relajación (Koeppen, 1974), 2) inoculación de estrés, 3) cese de resistencia y aceptación, 4) modelado y *role playing* de situaciones sociales.

Entre los recursos cognitivos para el manejo de las obsesiones se propusieron (Hueber, 2009): 1) identificación de los pensamientos TOC que provocan los impulsos y rituales, 2) postergar el impulso, intentar demorarlo, 3) resistir al impulso (parada de pensamiento-stop), 4) disminuir el número de veces del ritual o modificarlo o 5) cambiar la imagen temida por algo divertido.

Etapa 4: aplicación de los recursos. Una vez que el niño había aprendido la importancia de romper con el círculo TOC, se fijó el objetivo de aplicar los recursos aprendidos: 1) identificar obsesiones, rituales y comprobaciones, 2) exponerse a ellos con alguno los trucos conductuales (relajación) y cognitivos, resistiéndose al impulso y enfrentándose al miedo que generan, 3) identificar y resolver problemas que puedan surgir en la E/PR y 4) utilizar el autorrefuerzo y entrenar a los padres para que valoraran también los avances (ver tabla 1).

Para facilitar la exposición, se ayudó a identificar las consecuencias temidas por el niño y a que las valorase de manera realista. Se empezó a trabajar por aquellas que o bien le generaban un menor nivel de ansiedad o tenían un nivel de certeza también menor.

Para manejar aquellas situaciones ligadas a pensamientos mágicos (por ejemplo, “si no lo repaso 4 veces. . . sacaré peor nota”), se trabajó con el colegio para que ocurriesen “cosas positivas”, “inusuales” que rompieran esa asociación (por ejemplo, no hacer el examen el día programado o hacerlo de manera sorpresiva pero facilitando una calificación positiva).

En sesión se entrenó en relajación y se realizaron exposiciones, sirviendo el terapeuta como modelo.

Paralelamente, se dieron pautas para trabajar y enfrentarse a los rituales y las comprobaciones fijando objetivos semanales según la jerarquía elaborada. Semanalmente se revisaba con él y con sus

Tabla 1
Ejemplo de jerarquías rituales (de menor a mayor grado de malestar)

Dar las buenas noches 4 veces antes de acostarme. En el colegio y en casa, sentarme recto y acercarme metido en la mesa. Cuando me levanto de la mesa, correr la silla y colocarla alineándola con la mesa. Ver el telediario varias veces al día (por la mañana, al medio día y por la noche) y/o en varias cadenas de televisión. Lavarme las manos cada vez que toco algo o cada vez que como algo, y hacerlo frotando 4 veces. Decir la retahíla 5 veces antes de dormir. Reparar todo lo que hemos hecho en clase (asignatura por asignatura) antes de empezar a hacer los deberes. Copiar todos los enunciados de los ejercicios que me mandan a dos colores y respetando márgenes. Si me equivoco, rompo la hoja y vuelvo a empezar. Dar los buenos días al sol cuando me levanto. Repetirlo delante del espejo. Reparar en la ducha en voz alta lo que tengo que hacer ese día.
--

padres el enfrentamiento y las estrategias cognitivas y conductuales aplicadas y se daban indicaciones sobre cómo resolver las dificultades que pudieran surgir. Por ejemplo, a la hora de resistirse a la secuencia de la “retahíla” se fue reduciendo gradualmente el número de veces que necesitaba repetirla (ver [tabla 2](#)).

Con el fin de motivar y afianzar los logros, el terapeuta reforzaba el esfuerzo de M e informaba a los padres para que se trabajase de manera coordinada (ver [tabla 3](#)).

Etapa 5: prevención de recaídas. Con objeto de consolidar las estrategias y prevenir las recaídas, se le explicó a M y a su familia la posibilidad de que aparecieran otros rituales y obsesiones nuevos no incluidos en la jerarquía inicial, especialmente en situaciones de estrés (periodos de exámenes, de cambios, etc.). De ahí la importancia de que aprendiera recursos para el manejo de las tendencias obsesivas y no solo el manejo puntual de su conducta.

Con los padres se insistió en los factores de vulnerabilidad temperamental como elemento importante para evitar recaídas.

La intervención se llevó a cabo a lo largo de aproximadamente 14 meses, con una periodicidad de una sesión semanal de una hora de duración. Se trabajó en paralelo con los padres y se dieron indicaciones a los profesores para favorecer sus relaciones con otros niños y para ayudar a flexibilizar el estilo cognitivo de M. La dificultad de la terapia residió en el alto número de conductas obsesivas (tanto rituales como comprobaciones) y en la facilidad con la que M, debido a sus características personales (niño brillante, trabajador, educado), era reforzado por el entorno (padres/colegio)

Intervención con padres

En la primera sesión se informó a los padres sobre las características, repercusiones negativas y posibles causas o factores de predisposición del trastorno obsesivo compulsivo. Por una parte, el niño mostraba unas características temperamentales y personales que favorecían la aparición de ciertas conductas (motoras

Tabla 2
Secuencia retahíla

Retahíla 2 veces- lectura con mi madre-retahíla 2 veces- rezo- retahíla 1 vez

Tabla 3
Ejemplo jerarquía comprobaciones (de menor a mayor grado de malestar)

Revisar la mochila por la noche antes de acostarme y al levantarme. Contarle a mis padres todo lo que he hecho durante el día, o que ellos me cuenten lo suyo para comprobar que “ha sido un buen día”. Preguntarles si mañana será un buen día, y/o si pasará algo malo. Mirarme las etiquetas de la ropa para ver que me la he puesto bien. Preguntar a mi madre si va a haber algún cambio por ejemplo, si hoy vendrá el profesor de kárate o será otro.

y cognitivas) que se estaban manteniendo por las consecuencias (internas y externas) que obtenía. Dichas conductas (rituales y comprobaciones) tenían la funcionalidad de disminuir su ansiedad aunque sólo se reducía a corto plazo (procesos de reforzamiento negativo). Por su parte, los padres, de forma involuntaria, estaban favoreciendo dichos círculos negativos.

Por otro lado las actitudes de protección de su entorno familiar permitían que M evitara aquellas situaciones temidas. Se intentó que entendiera la importancia de sus actuaciones pero desculpabilizándoles e implicándoles en el tratamiento de manera positiva. Para ello, primero se les entrenó en identificar síntomas del trastorno (rituales y compulsiones), para que no los reforzaran y, posteriormente, se les enseñó a favorecer de manera gradual exposiciones a situaciones temidas. Para que M no interpretase de manera negativa el cambio de actitud de sus padres, se trabajó la jerarquía de manera conjunta con ellos y se les implicó en el refuerzo de conductas alternativas.

Con el fin de flexibilizar las tendencias temperamentales de M, se dieron pautas sobre cómo flexibilizar el comportamiento de M, por ejemplo 1) no dejarle ver varias veces el telediario en distintas cadenas a lo largo del día o 2) no hacer afirmaciones del tipo “M, no va a pasar nada mañana” o “va a ser un buen día” ni responder o participar en sus rituales nocturnos. Introducir cambios en la rutina diaria.

Intervención con el colegio

En paralelo se trabajó en coordinación con el colegio. A los profesores se les explicó las características temperamentales y personales de M y su relación con los objetivos terapéuticos. Con ello se intentaba, por una parte, sensibilizar de las consecuencias negativas de reforzar involuntariamente tendencias como el perfeccionismo o la inflexibilidad y, por otra, evitar que se malinterpretara intenciones o compartimientos negativos con iguales. Para ello, el profesor ayudó a generar situaciones de interacción (trabajos cooperativos, dinámicas, etc.), sirviendo de modelo, dando alternativas de solución ante situaciones de conflicto y reforzando comportamientos sociales positivos.

Ejemplos de indicaciones propuestas para el aula: 1) pautas concretas sobre tiempos necesarios para hacer una tarea, 2) dar criterios claros de calidad, 3) en los trabajos en grupos cooperativos, explicar los distintos roles en el grupo y la dinámica de participación y consenso a la hora de hacer tareas y 4) ayudarle a analizar situaciones sociales conflictivas (qué ha pasado, cómo se pudo sentir el otro, cómo se podría haber resuelto) y reforzar las conductas sociales positivas.

Conclusiones y seguimiento

Se precisaron más de 14 meses para entrenar en recursos y conseguir que M se expusiera a todos los ítems de la jerarquía y que aprendiera a identificar nuevos rituales y comprobaciones. Los registros realizados (tanto con padres como con M) para valorar su evolución reflejaron una reducción de los síntomas. En el momento del alta, M era capaz de resistirse a las comprobaciones, los rituales habían desaparecido y diferenciaba cuando surgían nuevos rituales y comprobaciones, facilitando la exposición a los mismos.

En paralelo, M también se fue enfrentando a situaciones temidas (como por ejemplo ir a hacerse un análisis de sangre, ir y volver solo al colegio, ir de campamento, etc.).

Una vez conseguidos los objetivos más relevantes, comenzó a trabajar la prevención de recaídas, espaciando la frecuencia de las sesiones a sesiones quincenales y mensuales. Durante ese tiempo se afianzaron estrategias sociales.

El comportamiento social de M se volvió más flexible con los compañeros y mejoraron sus recursos para resolver problemas de

manera asertiva. Los problemas sociales disminuyeron y aumentó la sensación de gratificación social.

Tras el alta se realizaron dos controles para constatar la mejora (a los 6 meses y al año), con resultados positivos.

Una vez finalizado el tratamiento, se constató el impacto nocivo del TOC sobre la vida social, familiar y académica de los niños y la necesidad de llevar a cabo actuaciones clínicas que les permita adquirir estrategias (cognitivas y conductuales) que rompan el círculo nocivo del TOC y flexibilicen sus características personales.

Los resultados satisfactorios parecen confirmar los datos positivos de la aplicación de modelo cognitivo conductual, en el que cobra especial interés la parte psicoeducativa como elemento importante de cara a la prevención del trastorno y la incorporación en el tratamiento de los padres y de la escuela como elementos fundamentales para romper el círculo que mantiene el cuadro.

Extended Summary

The case of an 11-year-old child (only child of separated parents) is described. Parents sought consultation concerned about the feared situations experienced by his son, who seemed to have difficulties with their peers and how all this affected him emotionally.

He was a fearful and temperamental child, characterized by persistence and inflexibility, though it was over the last two years ago when their parents began to see increased physical ailments (headaches, stomachaches, etc.) and verbalization of fears. All this seems to coincide with a heart attack suffered by his maternal grandmother (he witnessed the event) and a difficult family situation arising from that episode. Over the past two years, M begins to show widespread fears: to new things, to hospital banners, people with weird features, fear of being alone, concern over academic performance (in spite of his high marks), etc.

In the meantime, M begins to have some conflicts with classmates (teasing, exclusion in group work). These episodes made M (before going to school) anticipate and experience anxiety symptoms (crying, difficulty in sleeping, emotional feelings of powerlessness and frustration). Parallel rituals begin to emerge, especially at night, which have been increasing in frequency and intensity. At the time of evaluation, his parents identified several types of, say, “jingles” or sentences repeated several times and in the same order, a need to review with them the events of the day and that they will ensure that nothing bad would happen to him the next day, anticipate business plans, etc.

Assessment

A diagnosis from the information provided both by parents (medical history, interview, behavioral observation) and the child was carried out. M's personal history, including his psychological vulnerability factors, his perception of the problem, his anxiety responses, his cognitive development (anticipations, attributional style), his social skills, cognitive abilities, language and communication were collected in order to conduct a functional analysis of the problem. The therapist also contacted the school for information.

The tests used were Wechsler Scales for Children, WISC IV (Wechsler, 2003), Spontaneous Language Sample, Assertive Scale for Children CABS (Michelson, Sugai, Wood, & Kazdin, 1987), Children's Anxiety Scale (Spence, 1997), Behavioral Assessment System for Children BASC (Reynolds & Kamphaus, 1992), Self Reported Multifactor Adaptation Test Child Behavior TAMAI (Hernández, 1990), and Temperament and Character Inventory for Children JTCI (Pelaz, Bayón, Fernández, & Rodríguez, 2010).

For information about the stimuli that could generate anxiety and fear in M, behavioral records were taken.

Functional Analysis found that what made M feel anxious was the feeling of lack of control over the situation or the rigid and

inflexible interpretation of rules, social rules, and expectations of others. All this was accompanied by emotional distress and physiological responses of anxiety, avoidance responses, and rituals and verifications, in order to compensate for the emotional and physical discomfort experienced.

He was diagnosed an obsessive-compulsive disorder (DSM-V) with temperamental characteristics (low frustration tolerance, cognitive inflexibility, high standards, perfectionism) that was impairing this social integration.

Treatment

The intervention was based on the theoretical model of Mowrer (1939) and on cognitive-behavioral method, consisting of exposure and response prevention (E/PR) techniques. Showing the obsessions and the stimuli that provoke and block evasion responses and/or neutralization.

Objectives

1. Training on strategies to control anxiety (behavioral/cognitive).
2. Getting rid of rituals.
3. Learning resources for managing obsessive thoughts.
4. Making his temperamental characteristics (low frustration tolerance, attributional style) flexible.
5. Improving his social resources, favoring positive social relationships.
6. Training his parent's strategies and reinforcing positive alternative behaviors. Teaching them to manage and streamline the obsessive tendency of his son.

The treatment was performed in parallel with M, with parents and with the support of the school. After consulting a psychiatrist, he determined there was no need for pharmacological assistance.

Intervention with the Child

The following steps were taken:

Step 1: Psychoeducation. At this stage, two objectives were planned; on the one hand, getting a good therapeutic relationship with M and on the other hand, making the child understand how rituals and obsessions worked and what therapy would consist of.

Stage 2: Development and maintenance factors. At this stage, a list of all the rituals, avoidance behaviors, and other dysfunctional behaviors favoring the maintenance of obsessions was made together with M. This list was ordered by the degree of discomfort (from lowest to highest).

Step 3: Cognitive behavioral training. At this point, M would be trained in cognitive and behavioral strategies (such as relaxation, stress inoculation, cognitive techniques to handle obsessive thoughts), with the aim of favoring exposure and response prevention. In parallel, and specifically aimed at managing complicated social situations, modeling and social skills training (assertiveness, conflict resolution) were used.

Stage 4: Application of resources. Once the child learned the need to break the OCD circle, he realized the importance of applying what he had learned: identifying obsessions, rituals, and verifications, exposing them to behavioral tricks (relaxation), resisting the urge and facing the fear they generated and using self-reinforcement to assess progress. At a session he was trained in relaxation and live presentations to feared situations. The therapist scored the goals to get a weekly follow-up and elaborate hierarchies. Both parents and M were provided with a recording sheet in which they wrote down the progress and difficulties encountered.

Step 5: Relapse prevention. With the aim of consolidating the strategies and preventing relapse, they explained the importance of

temperamental vulnerability factors detected to his parents. The importance of continuing to apply what they had learned was emphasized, even when treatment was up.

The intervention took about 14 months, with an initial frequency of one hour once a week. At about 10 months, he proceeded to spread the frequency of sessions (fortnightly and later monthly). He also worked in parallel with parents in separate sessions, and instructions were given to the teachers to further their relationships with other children and to help relax M's cognitive style.

Intervention with Parents

In the first sessions, parents were informed about the characteristics of obsessive-compulsive disorder, M's psychological vulnerability factors (temperamental), and how rituals and checks worked. They were also explained how the environment, sometimes involuntarily, favored the disorder's overprotective attitudes. The aim was to engage them to change certain attitudes and non-punitive way involved in the treatment, extinguishing misconduct and evaluating progress and alternative behaviors.

Intervention with the College

In parallel, teachers described also temperamental and personal characteristics of M, so that education stopped strengthening (inadvertent) trends, such as perfectionism and inflexibility. Meanwhile, their collaboration was requested in order to generate positive social situations, the professor serving as a model, giving alternative solutions to conflict and reinforcing positive social behavior.

Conclusions and Follow-up

Throughout the 14 months of intervention, M was exposed to all the items in the hierarchy and learnt to manage recurrent obsessive tendencies.

Meanwhile, M faced feared situations (such as go get a blood test, to get a vaccination, just go back and forth to school, camping, etc.). Conflict situations with peers decreased and relationships improved.

Subsequently, the checks carried out at 6 months and a year to discharge reaffirmed the positive results.

After studying this case, the importance of recommending further treatment to help minimize the harmful impact of OCD on social, family, and school life of children has to be reminded of, along with the importance of working in coordination with family and school.

Conflicto de intereses

La autora de este artículo declara que no tiene ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Hernández, P. (1990). *TAMAI. Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hueber, D. (2009). *Qué puedo hacer cuando me obsesione demasiado*. Madrid: TEA Ediciones.
- Koeppe, A. S. (1974). *Relaxation training for children. Elementary School Guidance and Counseling*, 9, 14–21.
- March, J. y Mulle, K. (1998). *OCD in Children and Adolescent, a Cognitive Behavioral Treatment Manual*. New York: Guilford Press.
- Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P. y Kazdin, A. (1987). *Las Habilidades Sociales en la Infancia. Evaluación y Tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mowrer, O. (1939). A stimulus-response análisis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 553–565.
- Pelaz, A., Bayón, C., Fernández, A. y Rodríguez, P. (2010). Junior Temperament and Character Inventory. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 4, 319–330.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (1992). *BASC: Sistema de Evaluación del Comportamiento para Niños: manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280–297.
- Wechsler, D. (2003). *WISC-IV. Wechsler Intelligence Scale for Children, Fourth Edition*. Madrid: TEA Ediciones.