

TRABAJO FINAL DE MASTER

Máster en Rehabilitación Psicosocial de Salud Mental Comunitaria

CASO CLINICO: PIR.

2014/2015

**AUTOR: MARINA GIRON CASAS
TUTOR: DANIEL NAVARRO BAYON**

FECHA DE LECTURA: OCTUBRE 2015



**UNIVERSITAT
JAUME·I**

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo desarrollar un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) sobre un usuario. El usuario tiene 19 años y es residente en Castellón. En 2011, con la edad de 15 años, se produce el inicio del trastorno mental. Desde el comienzo de los problemas el usuario ha pasado por varios recursos de salud mental, entre ellos hospitalizaciones y hospital de día infanto-juvenil, actualmente acudiendo a centro de salud mental (CSM) y asociación de familiares y amigos de enfermos mentales, de ahora en adelante AFAEM. Desde AFAEM se pretende trabajar con el usuario realizando una evaluación completa y un plan de intervención que nos permita suplir las necesidades y problemas que actualmente tiene tanto el usuario como la familia. Se trabaja desde una perspectiva de rehabilitación comunitaria con el objetivo de integrar al paciente en la comunidad con la mayor autonomía posible y una calidad de vida óptima.

PALABRAS CLAVE: trastorno mental/ enfermedad mental, rehabilitación psicosocial, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), pensamientos intrusivos, plan de rehabilitación individualizado (PIR), emoción expresada, rasgos disfuncionales de personalidad tipo cluster C, calidad de vida.

ABSTRACT

The present document aims to develop an Individualized Plan of Rehabilitation (IPR) on a user. The user is 19 years old and he is resident in Castellón. In 2011, at the age of 15 years, the onset mental disorder started. Since the beginning of the problems the user has gone through several mental health resources, he has been admitted to hospital and daily hospital to child and adolescent, currently he is going to mental health center (CSM) and association of relatives and friends of the mentally ill, from now on AFAEM. From AFAEM we are working making a comprehensive assessment and intervention plan that allows us to meet the needs and problems that currently user and family have. We work from a perspective of community rehabilitation order to integrate the patient in the community with the greatest possible autonomy and optimal quality of life.

KEY WORDS: mental disorder / mental illness, psychosocial rehabilitation, obsessive-compulsive disorder (OCD), intrusive thoughts, individualized rehabilitation plan (IRP), expressed emotion, dysfunctional personality traits cluster type C, quality of life.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
-EVALUACIÓN FUNCIONAL-	
FASE INFORMATIVA.....	8
INFORMACION PREVIA	8
FASE DESCRIPTIVA	8
HISTORIA PERSONAL Y SOCIOFAMILIAR	8
Ajuste pre-mórbido:	9
Factores de predisposición:	9
HISTORIA CLINICA	10
Diagnóstico	10
Factores precipitantes:	10
ANÁLISIS DESCRIPTIVO ACTUAL	11
Exploración psicopatológica	11
Factores de mantenimiento	13
-EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO-	
Listado de conductas problema y análisis funcional de los mismos	15
COMPETENCIA PERSONAL	15
AUTOCUIDADOS	15
HABITOS DE VIDA	15
AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL	16
CAPACIDADES COGNITIVAS	16
AUTONOMÍA BÁSICA	17
AUTONOMÍA SOCIAL	17
CAPACIDAD LABORAL	17
RESPONSABILIDAD CON EL TRATAMIENTO	17
SOPORTES SOCIALES	18
RED DE APOYO (SOPORTES SOCIALES)	18
RED DE APOYO (SOPORTES INSTITUCIONALES).....	19
ASPECTOS CLÍNICOS	19
-PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN-	
FORMULACION DEL CASO	21
DISEÑO DEL PIR	22
OBJETIVOS	23
OBJETIVO GENERAL	23

OBJETIVOS ESPECÍFICOS E INTERVENCIONES	23
-EVALUACIÓN-	
EVALUACION PERSONAL (PROFESIONAL).....	27
EVALUACION PERSONAL (USUARIO)	27
-PRONÓSTICO-	27
-ANEXOS-	29
ANEXO 1. Inventario de Creencias Obsesivas (ICO-r).....	29
ANEXO 2. Automatic Thought Questionnaire (ATQ-30).....	31
ANEXO 3. Ways of Coping Inventory (WOC-r).....	32
ANEXO 4. Escala de Ansiedad y Evitación Social.....	34
ANEXO 5. Escala de Ansiedad de Hamilton.....	36
ANEXO 6. Dibuja: ¿Cómo te sientes?.....	37
-BIBLIOGRAFÍA-	40

INTRODUCCIÓN

En la actualidad asistimos a una evolución indiscutible de los modelos de tratamiento en salud mental. Abriéndose entonces en la rehabilitación un hiato entre la intervención tradicional farmacológica y el abordaje mediante modelos de atención desarrollados y llevados a cabo desde y por las ciencias sociales y del comportamiento. Este punto de inflexión representa un cambio para las bases teóricas y prácticas de la psiquiatría, la psicología clínica, la enfermería, la terapia ocupacional y otras profesiones afines al campo de trabajo práctico de la salud mental. A esto es lo que llamamos **nuevo modelo de rehabilitación psicosocial**.

En rehabilitación, como en otros tratamientos, el proceso de intervención está basado en la comprensión de los problemas individuales, mediante la evaluación y la formulación de un modelo explicativo de los mismos, definición de los objetivos y las intervenciones y aplicación de estas. El objetivo del abordaje rehabilitador es la discapacidad funcional, las repercusiones que la enfermedad mental grave tiene sobre el afrontamiento y competencia de las personas afectadas. La práctica clínica cotidiana hace evidente que este tipo de problemas de funcionamiento social son significativos para muchos pacientes desde el inicio de la enfermedad, e incluso la preceden. Esta realidad clínica implica la necesidad de contemplar estrategias propias de la rehabilitación psicosocial desde la misma detección del trastorno.

La rehabilitación psicosocial incluye tres etapas:

- *Evaluación funcional*. Consiste en una valoración del usuario y su contexto donde se describen problemas, conductas, habilidades, etc. anteriores y actuales.
- *Diseño del PIR*. Trata de desarrollar una teoría o modelo de situación del paciente y poder crear unos objetivos generales y específicos que nos permitan desarrollar unas intervenciones para salvar los problemas o necesidades del usuario.
- *Aplicación del PIR*. Se aplican técnicas sobre el usuario y se evalúan los resultados.

Dentro de la rehabilitación es especialmente importante la evaluación, la cual es el comienzo del Plan de Rehabilitación Individualizado (PIR). La evaluación de las personas con trastorno mental grave (TMG) son especialmente complejos, debido a la variedad de problemas, déficit y limitaciones asociadas al trastorno. Algunas variables que lo hacen complejo son la coexistencia de varios diagnósticos a la vez, la concurrencia de múltiples explicaciones causales, las dificultades del enganche terapéutico, la lentitud derivada de los déficit cognitivos o la presencia de síntomas psicóticos resistentes y las consecuencias asociadas a los mismos. Por todo ello, resulta imprescindible asumir un modelo planificado en la evaluación que nos guíe tanto en el proceso de evaluar como en los contenidos que hay que incluir en la evaluación.

El PIR se realiza de manera conjunta con el paciente ya que este debe convertirse para ambos en un proyecto vital en el que el paciente es el centro. Para llevar a cabo la rehabilitación, es importante la predisposición del usuario a cambiar su situación. Si no existe

esa predisposición los profesionales tienen que trabajar sobre ella antes de aplicar técnicas o protocolos. La persona tiene que sentir la necesidad de cambio, y en personas con TMG esta necesidad está muy desvalorada debido a una escasa motivación, miedo a lo desconocido, adaptación a la situación patológica, etc.

No tenemos que subestimar la importancia de la aplicación de las técnicas sobre el usuario y la evaluación de las mismas. Para saber si el trabajo realizado es provechoso, tenemos que evaluar nuestras actuaciones y en caso de que no sea así, cambiarlo. El PIR no se caracteriza por ser un documento estático, si no que es cambiante dependiendo de la evolución del paciente.

Actualmente, un modelo de rehabilitación psicosocial en salud mental comunitaria tiene que ser la base de nuestro trabajo, independientemente del puesto profesional que ocupemos. No solo centrando nuestra atención hacia los síntomas de la enfermedad y los diagnósticos, si no ser capaces de ver más allá, refiriéndome con esto a las necesidades del paciente y la familia. El objetivo es, que el usuario y familia aprendan a vivir de manera autónoma en la comunidad con un nivel de vida óptimo.

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR)

EVALUACION FUNCIONAL

FASE INFORMATIVA

INFORMACION PREVIA

Fecha: 18 Febrero 2015

Lugar: AFAEM (Asociación de Familiares y Amigos de Enfermos Mentales). Castellón de la Plana.

Nombre: A.

Edad: 19 años

Varón de 18 años es derivado a la asociación de familiares de AFAEM por el servicio de salud mental (CSM) en el cual lleva en seguimiento durante este mes. Anteriormente en seguimiento en dispositivos de salud mental infanto-juveniles, en los que al llegar a la edad adulta se decide su derivación. Ha sido diagnosticado de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Rasgos Disfuncionales de Personalidad (Cluster C). El inicio de los problemas se produce en septiembre de 2011, con dos ingresos hospitalarios posteriores. Acude desde Junio de 2012 a septiembre de 2013 al Hospital de Día infanto-juvenil, donde se trabaja con psicoterapia orientada a insight, psicoeducación, mejora de la higiene y ABVD.

La clínica que presenta son ideas obsesivas con pensamientos intrusivos persistentes, con gran impacto emocional y funcional (aislamiento social, inactividad etc.).

Los objetivos a trabajar con el usuario que constan en su PIR de AFAEM son:

- Fomentar hábitos de vida saludables (estructuración del sueño)
- Mejora del autocuidado (higiene personal, vestido, alimentación)
- Aumento del afrontamiento personal y social (autocontrol y afrontamiento al estrés, habilidades sociales, solución de problemas)
- Mejora de la relación familiar
- Retomar las actividades académicas e integrar otras actividades en su vida diaria.

FASE DESCRIPTIVA

HISTORIA PERSONAL Y SOCIOFAMILIAR

Natural y residente en la ciudad de Castellón. Es el mayor de dos hermanos, su hermana tiene 12 años. Respecto al usuario infancia sin datos relevantes durante la etapa de

desarrollo y destacando siempre por un expediente académico alto. Al comenzar los estudios de Bachillerato el usuario sufre bullying por parte de sus compañeros, creando en él una situación de angustia y malestar que le lleva a abandonar sus estudios. Se rompen entonces esquemas mentales personales que se detallan más adelante. La historia familiar anterior parece indicar un alto grado de criticismo y altas exigencias. En 2011 se produce la separación de los cónyuges y adquieren la custodia compartida de sus hijos (una semana en cada domicilio). Dos domicilios con normas y patrones muy diferentes marcados por cada cónyuge. El paciente refiere una relación con sus padres alejada.

AJUSTE PRE-MÓRBIDO:

- Inadaptación social. Relaciones sociales deficientes y sufre bullying por parte de los compañeros del instituto.
- Aislamiento social.

FACTORES DE PREDISPOSICIÓN:

- PERSONALES:
 - Esquemas cognitivos excedidos sobre uno mismo con base moral, de justicia, de responsabilidad, de perfeccionismo, de éxito social y de aprobación.
 - Déficit en habilidades sociales.
 - Ausencia de intereses personales.
 - Falta de capacidad de afrontamiento personal para manejar emociones negativas.
 - Desarrollo de un autoconcepto negativo / pobre autoestima.
- FAMILIARES:
 - Antecedentes en la familia de trastornos mentales: padre diagnosticado de TOC, madre diagnosticada de depresión, abuelo paterno diagnosticado de TOC.
 - Modelo parental disfuncional: criticismo, demandas excesivas, alta emoción expresada, falta de comunicación.
 - Falta de apoyo y forma de relación (relación distante con sus familiares y padres, única relación más cercana con su hermana menor).
 - Conflictiva conyugal: no hay cooperación, normas distintas, triangulado.
 - Red social familiar escasa.
- SOCIALES:
 - Escasa red social con familiar extensa y de iguales.

HISTORIA CLINICA

Primer contacto con salud mental en 2011 coincidiendo con el bullying que sufre en clase y con la separación de sus padres. Aparecen entonces los primeros episodios de conductas extrañas (golpearse contra la pared, hablar solo...) ante los cuales los padres deciden acudir a urgencias, valorando los facultativos el ingreso hospitalario en la unidad de hospitalización infanto-juvenil con una duración de una semana. El paciente refiere como desencadenantes: *“notaba ansiedad y angustia porque no tenía clara mi orientación sexual”*, pero no se ha encontrado ningún acontecimiento importante relacionado con temas de orientación sexual. Al alta los padres deciden tratar a su hijo por vía privada, aunque dada la gravedad de la sintomatología es remitido al Programa de Trastornos Mentales Graves infanto-juveniles del servicio público de salud mental. Desde el comienzo de la sintomatología ha requerido dos ingresos hospitalarios, el comentado y el que se describe a continuación.

La segunda hospitalización se produce en Mayo de 2012, con 16 años. El paciente es ingresado de nuevo en la Unidad de Hospitalización Breve infanto-juvenil con diagnóstico de depresión durante un mes, de la cual el usuario no identifica ningún factor desencadenante. Su situación en ese momento es una relación disfuncional con y entre sus padres (constantes peleas y discusiones), un abismo en sus estudios e intereses, relaciones sociales nulas y ausencia de actividades gratificantes.

Al alta del último ingreso es derivado al hospital de día infanto-juvenil al que acude durante un año, desde Junio de 2012 a Septiembre de 2013. Al superar la edad establecida en los criterios de inclusión del Hospital de Día se deriva al usuario al Centro de Salud Mental (CSM). El refiere buena relación con los profesionales de allí pero dice no haber supuesto ninguna mejoría para él, sino al contrario, dice que le crearon unas expectativas que no pudo cumplir y eso le afectó muy negativamente (dice: *“me animaron a superar el bachillerato y luego no pude sacármelo”*). El paciente refiere el empeoramiento de la situación desde el comienzo de los síntomas hasta ahora. Desde el alta del hospital de día hasta el momento ha tenido citas programadas con psiquiatras y psicólogos en CSM públicos y privados.

En Diciembre de 2014 es derivado a AFDEM para valorar el caso y recursos disponibles. En ese momento contactan conmigo y me proponen en caso, debido a la falta de recursos existente en la comunidad para abordar casos similares a este, siendo lo ideal un ETAC (Equipos de Tratamiento Asertivo-Comunitaria) debido a su situación y edad.

DIAGNÓSTICO: TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD (CLUSTER C)

FACTORES PRECIPITANTES:

- Aumento en la hostilidad del clima familiar (separación conyugal, criticismo y alta exigencia en cuanto a estudios)
- Déficits en estrategias de afrontamiento personal y social
- Bullying

ANÁLISIS DESCRIPTIVO ACTUAL

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Las áreas clave de evaluación del caso se identifican en la siguiente tabla. Aunque muchas de ellas por motivo de falta de tiempo en la estancia de prácticas no se llegaron a evaluar se indican en el cuadro por ser áreas clave en este caso.

NOMBRE	FUNCION
Escala ICO-r (Inventario de Creencias Obsesivas). ANEXO 1.	Mide creencias disfuncionales relativas a las obsesiones que posee un sujeto. 1.Fusión de pensamiento-conducta; 2.Perfeccionismo; 3.Sobreestimación de peligro; 4.Ideas de moralidad; 5.Responsabilidad excesiva; 6.Sobrevaloración de los pensamientos; 7.Rigidez de ideas.
ATQ-30 (Automatic Thought Questionnaire). ANEXO 2.	Mide pensamientos negativos de uno mismo (Frecuencia, intensidad, autocontrol...).
Woc-r (Ways of Coping Inventory) . ANEXO 3.	Evalúa los diferentes modos de afrontamiento o coping: afrontamiento directo, apoyo, negociación, escape / evitación, planificación y solución de problemas, reevaluación positiva, aceptación de responsabilidad y autocontrol.
Escala de Ansiedad y Evitación Social. ANEXO 4.	Proporciona una puntuación de gravedad de la ansiedad social y las conductas de evitación en este ámbito.
Escala de Ansiedad de Hamilton. ANEXO 5.	Evalúa los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.

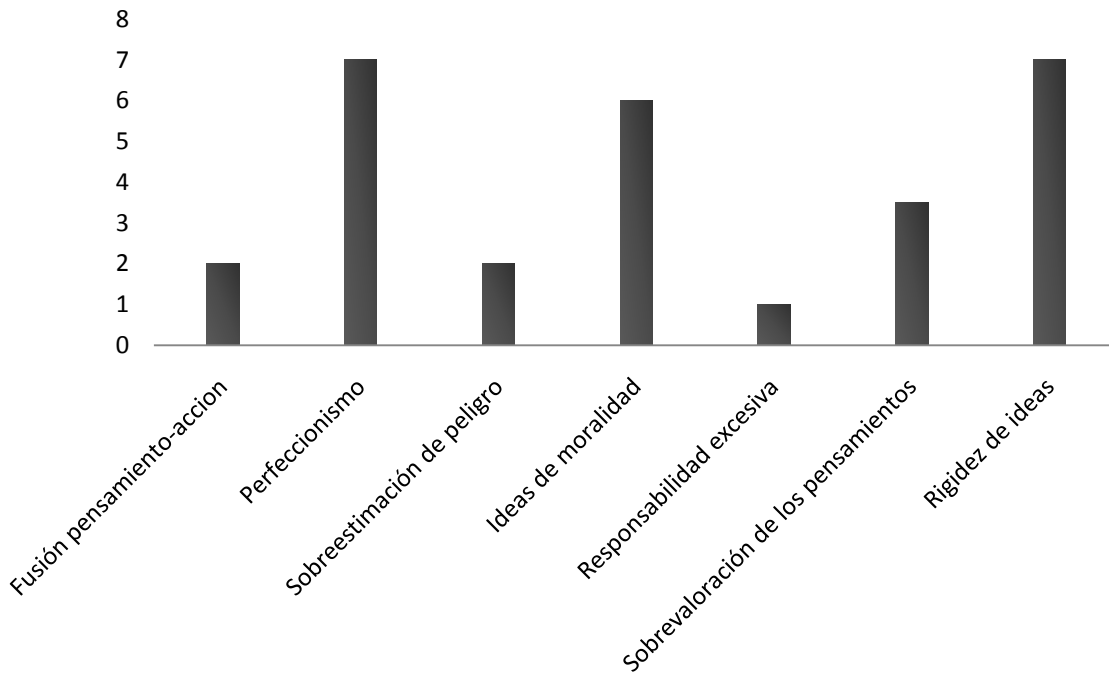
La evaluación psicopatológica del usuario se realiza mediante escalas, entrevistas y observación.

Como síntomas patológicos se observan:

- Ideas obsesivas (**Diagrama 1.**)
- Ideas sobrevaloradas de grandeza en cuanto a referencias ante los demás (ser el mejor, el líder de la pandilla aun sin tener amigos con los que serlo, autoconvencido de mayor ser un excelente médico, un buen futbolista, aunque no le gusta el deporte.
- Impulsividad. Realiza compras por internet cuando siente ansiedad y refiere no poder controlarse
- Irritabilidad
- Sintomatología negativa (anergia, abulia y anhedonía)
- Falta de capacidad de afrontamiento
- Pensamientos intrusivos persistentes sobre ideas de perfeccionismo en cuanto a él mismo pero sobretudoo en cuanto a videojuegos

- Olvidos en el discurso y en las actividades diarias
- Problemas en atención y memoria
- No tiene autonomía en la toma de medicación

Diagrama 1. Ideas obsesivas referenciando al cuestionario ICO-r



Medicación actual:

- ABILIFY 15 MG → 2-1-0
- TOPAMAX 50MG → 1-0-1
- ZARELIS 150MG → 1-0-1

Para descartar la transición a una psicosis se cree conveniente pasar las siguientes escalas:

NOMBRE	FUNCIÓN	RESULTADOS
Escala de Señales Tempranas de Brichwood et al. 1989	Evaluar la ansiedad, negativismo, deshinibición y psicosis incipiente.	Ansiedad 19/21 Negativismo 12/30 Deshinibición 10/18 Psicosis incipiente 15/33
Escala de Matices Progresivas de RAVEN	Mide el coeficiente intelectual (CI), ya que una transición a la psicosis se caracteriza por una disminución brusca del CI.	CI por encima de la media

FACTORES DE MANTENIMIENTO

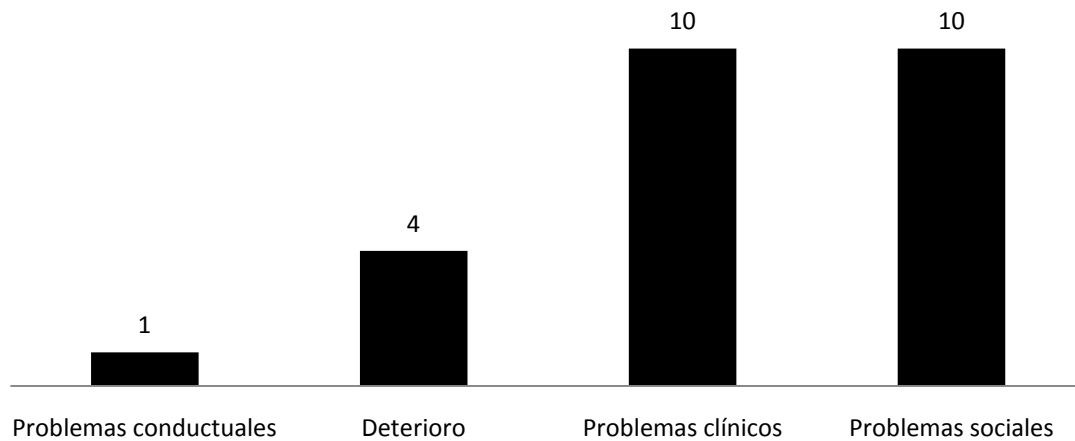
- Factores de riesgo
 - Relaciones familiares disfuncionales: conflictiva conyugal, con alta emoción expresada

 - Experiencias negativas con recursos anteriores
 - Autoconcepto negativo
 - Ausencia de habilidades de afrontamiento personal y social (ansiedad): Baja tolerancia a la frustración y al fracaso. Exceso de autocrítica de si mismo
 - Ausencia de actividades vitales gratificantes
 - Patrón cognitivo sesgado, creencias desadaptativas e irracionales: Esquemas cognitivos excedidos sobre uno mismo con base moral, de justicia, de responsabilidad, de perfeccionismo, de éxito social y de aprobación
- Factores de protección
 - Disposición para el cambio
 - No deterioro cognitivo
 - Apoyo familiar
 - Disposición de toda la familia a colaborar en el cambio
 - Adherencia al tratamiento farmacológico
 - No consumo de tóxicos
 - Conciencia de enfermedad

EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO

La evaluación del funcionamiento nos sirve para analizar las conductas problemas del usuario. Se pasa la escala HoNOS, mostrando el resultado en **Diagrama2**.

Diagrama 2. Puntuaciones escala HoNOS



La escala HoNOS nos ayuda a identificar las áreas más problemáticas del usuario. De acuerdo con estas estableceremos un orden de intervención. La escala se divide en 4 grandes áreas las cuales incluyen diferentes subescalas que permiten la valoración global del área:

1. PROBLEMAS CONDUCTUALES
 - a. Agresividad
 - b. Autoagresividad
 - c. Uso de sustancias
2. DETERIORO
 - a. Disfunción cognitiva
 - b. Discapacidad física
3. PROBLEMAS CLÍNICOS
 - a. Depresión
 - b. Alucinaciones e ideas delirantes
 - c. Otros síntomas
4. PROBLEMAS SOCIALES
 - a. Relaciones sociales
 - b. Funcionamiento general
 - c. Problemas de residencia
 - d. Problemas ocupacionales

La interpretación de la escala se muestra en el diagrama 2. De acuerdo con los resultados en nuestras intervenciones priorizaremos las dos grandes áreas de problemas: clínicos y sociales.

LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA Y ANÁLISIS FUNCIONAL DE LOS MISMOS

Las conductas problemas se articulan en diferentes módulos:

COMPETENCIA PERSONAL

AUTOCUIDADOS

- a. *Manejo de la higiene personal.* Evidentemente desaseado y descuidado. Mantiene su aseo personal solo bajo supervisión.
- b. *Vestido.* Descuidos importantes en la forma de vestir, limpieza y cuidado de la ropa. Supervisión frecuente.
- c. *Alimentación.* Desestructuración grave de los hábitos alimenticios. Se alimenta regularmente de bocadillos y pasta. Supervisión para casi todo.

Solo en casa la mayor parte del día. No acepta normas de sus padres sobre vestido e higiene (se ducha sólo si se le obliga y no siempre, no se afeita, se corta las uñas cada dos meses, etc.). Viste ropa sin conjuntar, sin ir acorde con el tiempo y sin planchar. Los hábitos alimenticios están muy influidos por el lugar de residencia, por lo que cada semana son distintos. En casa de la madre tiene unos hábitos menos restrictivos (come sin horario y sin un sentido de la rutina alimentaria: se come la comida en el desayuno o de madrugada y luego no tiene nada que comer durante el día hasta que llegan la madre a casa). En casa del padre se lleva un mejor control sobre el hábito de alimentación. No tiene ningún conocimiento sobre cocina y refiere que “*si supiera no pararía de comer en todo el día*”, a lo que la madre se niega por si engorda.

HABITOS DE VIDA

- d. *Hábitos de vida saludables.* Deterioro importante de los hábitos de vida saludables.
- e. *Estructuración del sueño.* Sueño totalmente desestructurado. Permanece acostado a horas no habituales y/o permanece sin dormir en horarios de sueño.

El usuario tiene una vida totalmente sedentaria. Se pasa el día delante de la pantalla del ordenador jugando. Suele comer en el lugar del juego. Sueño totalmente desestructurado pasándose noches enteras sin dormir jugando al ordenador. Duerme por el día cuando se encuentra muy cansado y reengancha el juego nada mas despertar.

AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL

- f. *Autocontrol y afrontamiento al estrés.* Deficiente manejo de situaciones cotidianas de estrés y tensión.
- g. *Habilidades sociales.* Importantes dificultades en sus habilidades para la comunicación y el trato social.
- h. *Solución de problemas.* Capacidad de solución de problemas muy disminuida en la mayoría de las áreas, incluso en aquellas aparentemente no conflictivas. Generalmente no toma decisiones que le afectan, estas son inadecuadas, y resuelve con escasa eficacia.

Las relaciones sociales son nulas debido al déficit de afrontamiento personal y social. Las relaciones que actualmente tiene son por internet (gente que juega a los mismos juegos virtuales que él). Las relaciones que tenía se acabaron por falta de autocontrol y afrontamiento por parte del usuario (no aguantaba ninguna broma, se tenía que hacer lo que él decía...). Actualmente se relaciona en clase con sus compañeros del ciclo que está realizando aunque no los considera amigos, si no compañeros, y refiere tener relaciones (vía internet) con dos amigos de un pueblo vecino con los que suele quedar vía on-line para jugar y charlar. En cuanto a la solución de problemas, no toma decisiones, deja que otros decidan por él ante cualquier tema y si tiene que enfrentarse a problemas se basa en la evitación y no afrontamiento del mismo.

CAPACIDADES COGNITIVAS

- i. *Habilidades cognitivas básicas.* Deterioro leve especialmente en atención y concentración.

Ante este tema el usuario refiere: *“no puedo continuar con los estudios porque no soy capaz de ponerme y mantenerme estudiando, me cuesta un montón ponerme a estudiar”*. Se detecta un déficit en atención y memoria en cuanto a mantener la atención en una conversación larga o en lo referente a los estudios. Abandono continuo de los estudios por bajadas y subidas de autoestima. No terminó los estudios de bachillerato y se matriculó en 2014 en un ciclo de Formación Profesional de informática, el cual abandona las clases en Diciembre de 2014 por empeoramiento de la enfermedad. En Enero retoma de nuevo las clases con una progresión de menor a mayor trabajo. Refiere problemas para ponerse a estudiar por sí mismo y falta de concentración, lo cual le produce malestar y termina siempre dejándolo. Falta una motivación y una ideación sobre el futuro, concretamente en el ámbito del trabajo. Comenta que le gustaría ser jugador profesional de un juego de ordenador, y razona en esa cuestión su exceso de jugar al ordenador.

AUTONOMÍA BÁSICA

- j. *Manejo del dinero.* No maneja su propio dinero. Suele gastarse el dinero en cuanto lo recibe.
- k. *Manejo del transporte.* No es capaz de viajar solo.

Depende económicamente de sus padres. No dispone de dinero en efectivo pero si en tarjeta para realizar compras online. Cuando siente ansiedad el usuario compra de manera compulsiva artículos por internet tales como videojuegos o comics, normalmente. Acarreando esto un nuevo conflicto con los padres. En Febrero acude a los servicios sociales por indicación del psiquiatra. Es evaluado y deciden que será beneficiario de una paga no contributiva. Este hecho produce en Alejandro un sentimiento de inutilidad, identificándose como “discapacitado” por el mismo. Sin embargo no descarta la idea de estudiar y trabajar en algo que le satisfaga. En cuanto al desplazamiento, en mínimas ocasiones sale sólo a la calle, no coge medios públicos.

AUTONOMÍA SOCIAL

- l. *Manejo de ocio y tiempo libre.* No existencia de ocupación del tiempo libre.

No sale tampoco acompañado. No tiene ningún interés en participar en actividades de ocio. Se queda en casa la mayor parte del tiempo jugando a juegos del ordenador en los que refiere: “*jugando vivo una realidad paralela, donde puedo plantearme objetivos y los consigo, y encima jugar me quita las ideas que no paran de venir a mi cabeza*”. No realiza ningún deporte ni tiene ningún hobby o actividad gratificante que le gustaría realizar.

CAPACIDAD LABORAL

- m. *Situación laboral.* Desempleo.
- n. *Motivación laboral.* Muy poca motivación laboral. Se plantea la posibilidad de trabajar de manera irreal o absurda.

Se le reconoce una minusvalía con acceso a pensión no contributiva, lo que refuerza su idea de que es un discapacitado y no vale para trabajar, afectando de manera directa a la motivación junto con los problemas en atención y memoria. Esto crea que el usuario se desvanezca ante la idea de seguir estudiando para poder trabajar. No se conforma con cualquier trabajo, tiene ideas sobrevaloradas que actualmente son difíciles de alcanzar, por lo que se refuerza la desmotivación.

RESPONSABILIDAD CON EL TRATAMIENTO

- o. *Responsabilidad y nivel de cumplimiento del tratamiento.*

Tiene una buena adherencia al tratamiento (acude a las citas, no rechaza medicación). No tiene autonomía sobre su tratamiento, los padres se encargan de administrarle la medicación y la toma no siempre es clara (olvidos de los padres o del propio usuario, equivocaciones). La medicación está a su alcance.

SOPORTES SOCIALES

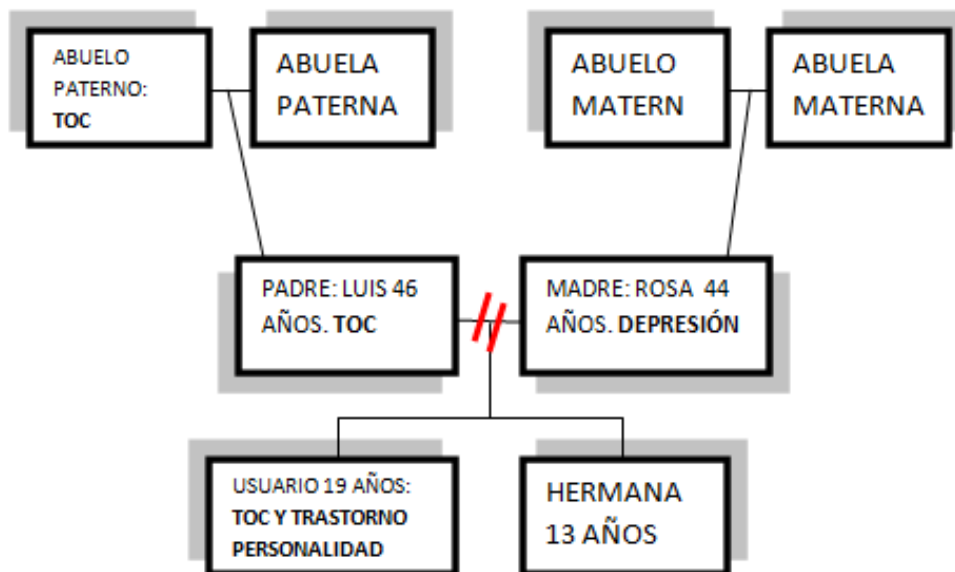
RED DE APOYO (SOPORTES SOCIALES)

- a. *Actividad principal.* No cuenta con ningún soporte. No desarrolla ninguna actividad principal propia de su edad que le sirva como soporte.
- b. *Soporte familiar.* Distanciamiento familiar y escaso apoyo. Apoyo variable en función de sus miembros. Clima familiar con alta emoción expresada.
- c. *Red de soporte social.* Relaciones interpersonales totalmente ausentes. Las relaciones que existen son inadecuadas o desestructuradas.

Los estudios que está realizando actualmente no le gustan y no tiene intención ni motivación de terminarlos o de que esa actividad le sirva de soporte. No realiza ninguna otra actividad propia de su edad como salir con amigos, ir al cine, hacer deporte. La relación familiar es altamente disfuncional. Durante 14 años el usuario ha vivido en casa con sus padres y con su hermana pequeña, con la cual dice tener una buena relación. Refiere una relación conyugal siempre conflictiva (cuestión que no han escondido en ningún momento frente a sus hijos). Sus padres se divorciaron hace 5 años, desde entonces A. y su hermana están una semana con cada progenitor, lo que conlleva un cambio semanal de casa. Este cambio lleva implícito unas normas y unas rutinas diferentes las cuales tienes que aceptar cada semana. En casa de la madre convive ocasionalmente la pareja de esta. Este es una persona abierta que intenta ayudar a A. aunque este no termina de aceptar una buena relación con él. Esta relación afecta negativamente al paciente, ya que refiere: “sé que vivo con mis padres y con mi hermana, pero aun así me siento solo. Paso la mayoría del tiempo sin ellos y tengo más relación con mis amigos de los juegos”. Madre sobre-protectora, que dificulta la socialización del paciente. El contacto con el resto de la familia es escaso, excepto con los abuelos paternos a los que refiere ver una vez por semana, con los que dice tener una relación cordial y familiar. Desde AFDEM, el psicólogo se encarga del trabajo con los padres. Debido a la situación en la que están se trabaja en que mantengan una vida laboral activa, propiciando un ámbito de normalidad tanto en casa como en el propio paciente y disminuyendo la emoción expresada. El soporte social es ausente, como he comentado anteriormente.

Esquema familiar en diagrama 3.

Diagrama 3. Esquema familiar.



RED DE APOYO (SOPORTES INSTITUCIONALES)

- d. *Autonomía económica.* No tiene autonomía económica para satisfacer sus necesidades básicas.
- e. *Inserción en recursos sociales.* No usa recursos de ningún tipo.

Actualmente el usuario vive con sus padres y no tiene autonomía económica. Se beneficiará de una paga no contributiva en pocos meses.

ASPECTOS CLÍNICOS

- a. Pensamientos obsesivos intrusivos y rumiativos sobre “hacer lo correcto”.
- b. Obsesiones del perfeccionismo ligadas al miedo al fracaso y miedo a la pérdida de control.
- c. Ideas sobre-valoradas de la esfera cognitiva personal: Sobrevaloración de la importancia de los propios pensamientos, en especial con la idea de los que tiene que ver con un yo negativo (fracasar)
- d. Conductas evitativas de roles sociales (evitación de relaciones interpersonales).
- e. Autoestima negativa y autoconcepto negativo.
- f. Sintomatología depresiva afectiva y cognitiva (ideas de uno mismo, anhedonía, tristeza o culpa)

La presencia de varios diagnósticos crea en el paciente un desconcierto sobre su estado de salud, planteándose serias dudas sobre su situación. Conoce sus diagnósticos y sus características, reconociendo estas en muchos de sus actos. Las ideas obsesivas y delirantes componen un problema importante ya que interactúan en todo lo que el usuario realiza. Sobre los pensamientos intrusivos el usuario refiere: *“no me dejan en paz, no tengo ningún momento de tranquilidad y no puedo hacer nada, siempre tengo la mente como ocupada y no puedo concentrarme”*, descuidando así sus hábitos de vida (sueño, higiene, alimentación, etc.). La impulsividad viene precedida de episodios de ansiedad donde realiza compras compulsivas por internet. Es reactivo a cambiar su comportamiento, apoyándose en los pensamientos intrusivos.

Se identifican las variables más importantes para el tratamiento ordenadas por orden evolutivo de aparición en la historia vital. Cuadro 1. Descripción de áreas problema.

Cuadro 1. Descripción de áreas problema.

Ideas obsesivas intrusivas de perfección, reglas vitales, moralidad y control asociadas a niveles muy altos de ansiedad.

Problemas en las relaciones: déficits de habilidades sociales y ansiedad social. Ausencia / evitación de red social.

Síntomas de depresión y ahnedonía: falta de objetivos vitales, falta de reforzadores, pensamientos negativos de sí mismo, etc.

Hábitos de salud: Ausencia de ritmos y normas de salud.

Familia: Clima de sobreprotección, crítica y refuerzo de patrones de comportamiento y creencias. Clima ausente de seguridad y estabilidad necesaria para la superación de los problemas.

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACION (PIR)

FORMULACION DEL CASO

El trastorno puede explicarse por la influencia que tuvieron en su vida un conjunto de variables de predisposición personal, ambiental y social que desarrollaron una vulnerabilidad a sufrir trastornos mentales graves. Los esquemas cognitivos y creencias de base erróneas que usuario ha ido creando a lo largo de su vida de responsabilidad, perfeccionismo, éxito social y aprobación son la base de la construcción de sus esquemas mentales y su personalidad. Estos esquemas pueden estar muy influidos por los esquemas mentales familiares. El estilo de comportamiento familiar (falta de apego, exigencias excesivas, etc.), el ambiente de hostilidad que se crea ante la separación (constantes peleas y gritos entre los padres por cualquier hecho delante de sus hijos), junto con la falta de apoyo general (amigos y demás familia), y el abandono de los estudios, tan importantes para el usuario en su esquema de vida de responsabilidad y éxito social, fueron variables de precipitantes claves que contribuyeron a fomentar un estado de vulnerabilidad emocional e inestabilidad, que derivó en la enfermedad mental. Esta se manifestó con comportamientos disruptivos, depresiones, etc., provocando dos ingresos hospitalarios entre los 15 y los 16 años. Tras el segundo ingreso se empiezan a hacer evidentes los síntomas negativos como pérdida de interés, motivación y ausencia de rutinas diarias normalizadas.

Existen diferentes factores que ayudan al mantenimiento de las conductas problema. El mecanismo consistente en reducir la ansiedad y malestar emocional que producen las obsesiones o pensamientos intrusivos constantes explica el mantenimiento de algunas de las áreas problema del paciente. Para evitar esos pensamientos intrusivos constantes el usuario se refugia en el juego en el ordenador. El usuario refiere que *“cuando juego mi cabeza no piensa en otras cosas y encima puedo tomar decisiones y llegar al objetivo que me propongo, cuando en la vida real no soy capaz”*, por lo tanto hay un doble refuerzo de la conducta. Se reduce la ansiedad y se siente en un mundo que puede controlar, modificar a su manera y cumplir su esquema de vida (éxito social, aprobación, responsabilidad excesiva...). Esta conducta también refuerza el aislamiento y la ausencia de habilidades de afrontamiento sociales y personales. Tiene muy integrado que la gente con la que juega vía online son sus amigos y no necesita otros, aunque no los conozca o cambie de amistades cada poco tiempo, sin llegar a mantener ninguna relación más de un mes. Dice *“mis amigos lo hacen, ¿Por qué no lo voy a poder hacer yo?”*. El contacto con iguales (amigos virtuales que juegan durante todo el día), refuerza la conducta problema y agrava las demás (aislamiento social, déficit en relaciones interpersonales, abandonar los estudios, etc.). Los síntomas negativos y conductas de aislamiento social contribuyen a una pérdida importante en el funcionamiento y a una disminución de reforzadores que se concreta con síntomas distímicos, y a una evitación cada vez mayor de las situaciones sociales, permaneciendo largas horas en casa y concretamente en su habitación. Esta pérdida de reforzadores junto con la estimulación adversiva permanente a la que está expuesto (crítica familiar, ideas intrusivas permanentes), crea en el usuario una sensación de falta de apoyo y desánimo ante cualquier cosa.

La relación con los padres es pésima, existe un alto criticismo y unas exigencias por encima de las posibilidades actuales del usuario, creándose lo que conocemos como alta emoción expresada, por lo que el usuario evita cualquier contacto innecesario con ellos, solo acudiendo a las comidas o cenas. El estar sentado frente al ordenador también le ayuda no tener que interactuar con ellos debido a la falta de cualquier otra actividad gratificante.

Así, a través de todo el patrón aprendido de conductas de escape y evitación (aislamiento social, evitar el contacto familiar, evitar actividades sociales), haciendo esto referencia a sus rasgos de personalidad tipo cluster C, consigue una reducción a corto plazo de la estimulación negativa, manteniéndose las conductas problema por un patrón de reforzamiento negativo. Sin embargo a largo plazo perpetúa los problemas y le impiden desarrollar nuevos repertorios productivos de comportamiento. Lo cual es reforzado a su vez por una baja tolerancia a la frustración y un autoconcepto negativo, por lo que prefiere centrarse en lo que se le da bien (jugar al ordenador) y no intentar cosas nuevas. Tiene miedo al fracaso.

No encuentra apoyo en su familia, ni en amigos ni en los dispositivos de salud mental (por la experiencia del Hospital de Día). Aun así quiere cambiar esta situación y se muestra abierto y motivado a la ayuda de los profesionales, por lo que nos decidimos a ayudar al usuario en un tiempo limitado, debido al tiempo de prácticas, con la idea de un seguimiento posterior.

DISEÑO DEL PIR

En base a los problemas encontrados llevamos a cabo la siguiente intervención.

La falta de recursos de asistencia sanitaria en el ámbito de salud mental en personas jóvenes lleva a una indefensión y una confusión por parte de los pacientes y de las familias ante estas situaciones. En la Comunidad de Castellón no existen asociaciones de jóvenes ni ningún recurso que establezca contacto entre los enfermos o entre los dispositivos de salud mental que proporcionen un tratamiento integral de los mismos. Actualmente, el recurso de elección hasta los 17 años es el Hospital de Día, una vez se supera esa edad, el paciente queda en un limbo terapéutico hasta que se produce un empeoramiento importante, una serie de hospitalizaciones varias o un riesgo para sí mismo o para los demás. Todo esto provoca en el sujeto un deterioro importante debido al abismo terapéutico temporal durante la fase de juventud, que provoca que el sujeto termine en algún centro de rehabilitación, hospital de día, mini residencia, asociación... con personas en su situación o situaciones distintas. El paciente acude en el mes de Diciembre a la asociación de AFDEM, donde se le propone su participación en las distintas actividades o terapias que allí se realizan. Opción que rechaza porque refiere que no se encuentra bien para estar con gente “*de ese tipo*” ni de ningún tipo. Y porque no piensa que eso le pueda ayudar por su experiencia anterior en el hospital del día (mala relación con los demás pacientes, las actividades le ponían muy nervioso y no ha sentido ninguna

mejoría). Por ello, y ante la opción de disposición de un profesional en formación en salud mental, se lleva a cabo un tratamiento domiciliario. Se establece con el paciente un pacto, en el que se le proporciona este tipo de tratamiento a cambio de variaciones en algunos de los hábitos de su continuidad y motivación.

Se comienza la intervención el día 21 de Enero de 2015 y se fija una duración aproximada de 3 meses acudiendo a su domicilio 2h diarias. Mediante la evaluación de las necesidades o problemas que antes hemos analizado, y teniendo en cuenta el tiempo que durará el tratamiento domiciliario, podemos proceder a establecer los siguientes objetivos:

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo central de la intervención es reducir la sintomatología mediante la flexibilización de los sesgos cognitivos obsesivos y creencias sobre-valoradas. También y a la vez aumentar la actividad funcional del sujeto, estimulándolo a realizar actividades de su interés. Conseguir una mayor nacionalización en las relaciones sociales y familiares.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS E INTERVENCIONES

	PROBLEMA	OBJETIVO	INTERVENCION
ASPECTOS CLÍNICOS	Pensamientos obsesivos intrusivos y rumiativos	Disminuir los pensamientos intrusivos	Técnicas cognitivas-conductual para reducir la intensidad e interferencia de las ideas obsesivas
	Obsesiones del perfeccionismo ligadas al miedo al fracaso y miedo a la pérdida de control	Entender el fracaso como posibilidad y ayuda al aprendizaje	Psicoeducación a nivel individual
	Ideas sobre-valoradas de la esfera cognitiva personal	Reevaluación de las ideas sobrevaloradas	Psicoeducación individual
	Conductas evitativas de roles sociales	Disminuir las conductas evitativas ante la esfera social	Técnicas de manejo de ansiedad Entrenamiento en habilidades sociales
	Autoestima negativa y autoconcepto negativo	Aumentar el autoestima y eliminar el autoconcepto negativo	Terapia cognitivo-conductual
	Sintomatología depresiva afectiva y cognitiva	Disminuir la sintomatología depresiva afectiva y cognitiva	Terapia cognitivo-conductual para la depresión

RESPONSABILIDAD CON EL TRATAMIENTO	Responsabilidad y buen cumplimiento con el tratamiento	Conocer mi tratamiento, efectos secundarios y precauciones y dosis de administración	Psicoeducación acerca de tratamiento prescrito, efectos secundarios, dosis y pauta de medicación
AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL	Autocontrol y afrontamiento al estrés	Adquirir estrategias de autocontrol y afrontamiento al estrés que me sirvan en situaciones cotidianas	Desarrollo de programa individual de autocontrol y afrontamiento al estrés acomodado al tiempo de intervención
	Habilidades sociales	Adquirir habilidades sociales necesarias para una comunicación social efectiva	Desarrollo a nivel individual de programa de habilidades sociales acomodado al tiempo de intervención
	Solución de problemas	Aumentar la capacidad de solución de problemas sin realizar patrones de comportamiento evitativos	Desarrollo de manera individual de programa de solución de problemas acomodado al tiempo de intervención
RED DE APOYO (SOPORTES SOCIALES)	Actividad principal	Encontrar una actividad principal que me sirva como soporte de apoyo social	Apoyo en la búsqueda de una actividad que sirva de soporte y se adapte a su situación con metas graduadas y reales
	Soporte familiar	Promover la participación activa de los padres en el proceso de recuperación	Psicoeducación acerca de la enfermedad, las relaciones personales y como comunicarse, disminuyendo entonces la emoción expresada
		Disminuir la emoción expresada de los padres	
Soporte social	Retomar relaciones sociales abandonadas o buscar nuevos apoyos sociales	Apoyo en la búsqueda de nuevas amistades o en retomar amistades positivas que quedaron en el pasado	
AUTONOMÍA SOCIAL	Manejo de ocio y tiempo libre	Adquirir o recuperar nuevas actividades gratificantes de las que poder disfrutar en el tiempo libre. No solo ordenador	Explorar y/o despertar nuevas actividades e intereses que le sean gratificantes.

AUTOCUIDADOS	Alimentación	Conocer los beneficios de unos hábitos y unos horarios alimentarios correctos y cumplirlos	Se pactan unos horarios de comidas adecuados y se proporciona educación acerca de hábitos alimentarios correctos
	Higiene	Integrar en la vida diaria unos hábitos de higiene personal correctos y adecuados a mi funcionamiento	Educación y supervisión acerca de hábitos de higiene diario (Aseo, ducha, cepillado de dientes, cortado de uñas, afeitarse...)
	Vestido	Adquirir unos conocimientos sobre limpieza y adecuación del vestido	Educación y supervisión sobre vestido, limpieza y adecuación
HABITOS DE VIDA	Higiene del sueño	Conseguir unos hábitos de sueño que permitan el descanso y el rendimiento diurno	Se pacta con el paciente que se irá a la cama a las 12 y se levantará sobre las 8 de la mañana. Evitando la somnolencia durante el día y modificando los hábitos del sueño, conseguiremos una actitud activa durante el día y un descanso suficiente
	Hábitos saludables	Disminuir el sedentarismo saliendo al exterior acompañado, realizar recados, ir solo a las consultas, etc.	Se motiva y acompaña en salidas al exterior para incentivar el movimiento
CAPACIDADES COGNITIVAS	Habilidades cognitivas básicas	Aumentar la atención y la memoria de manera gradual	Administración de ejercicios de estimulación y /o estrategias de compensación
AUTONOMÍA BÁSICA	Manejo del dinero	Adquirir estrategias de autocontrol ante las compras compulsivas online	Enseñar técnicas de relajación: respiración diafragmática
	Manejo del transporte	Ser capaz de coger transporte público de manera autónoma	Motivar y acompañamiento en primeros contactos en transporte público
CAPACIDAD LABORAL	Motivación laboral	Motivar al usuario hacia un itinerario formativo laboral	Apoyo a la realización de posibles actividades formativas y laborales que quiera realizar

RED DE APOYO (SOPORTES INSTITUCIONALES)	Autonomía económica	Conseguir unos ingresos económicos estables a través de un empleo remunerado	Apoyo a la reflexión de la necesidad de un trabajo y motivación hacia el alcance de este, dentro de sus posibilidades
--	---------------------	--	---

EVALUACION

EVALUACION PERSONAL (PROFESIONAL)

La evolución que se produce desde el inicio de este plan de rehabilitación hasta su fin es favorable. Al comienzo me encontré con un chico joven muy desmotivado con la vida en sí, sin esperanza, sin ninguna aspiración, sin alegría, con una relación básicamente conflictiva con sus padres (lo que dificultaba mucho la convivencia) con una angustia importante debido a los pensamientos intrusivos, con miedo a salir de casa, con un autocuidado y unos hábitos de vida muy deteriorados. Después de tres meses, se objetiva cambios muy significativos en relación a, hábitos de vida (actualmente tiene un sueño estructurado y reparador, duerme 8 horas diarias), autocuidados (el aseo ha mejorado significativamente, se ducha dos veces por semana, se afeita, se corta las uñas, etc.), capacidades cognitivas, autonomía básica y social, mejora en la autoestima, etc. Muestra disposición a realizar nuevas tareas, aunque sigue costándole comenzarlas sin ayuda (por ejemplo, estudiar). La relación con sus padres ha mejorado moderadamente (en mayor medida con el padre), así como el clima familiar. Continúa con el ciclo al que asiste en el instituto y se ha apuntado a una academia de inglés. Ha incorporado, nuevas estrategias distratorias de las obsesiones, más saludables que las que mantenía (estaba 16 horas diarias jugando al ordenador) reduciendo así la intensidad de las ideas intrusivas. Estas han sido, asistir a clases de inglés, salir a caminar y lectura de cómics. El usuario comenta una mejora importante en su estado mental comentando que *“llevaba mucho tiempo sin estar así”*.

La percepción tanto por mi parte, como profesional, y por el usuario es de mejora de la calidad de vida y su funcionamiento psicosocial.

EVALUACION DEL USUARIO

Al final del proceso, le solicito al usuario una valoración global de la intervención que se ha llevado a cabo durante estos tres meses, la cual transcribo literalmente:

“Bueno, han sido tres meses ya, tres meses desde que nos conocimos. Al principio yo estaba muy pesimista y deprimido, no me duchaba casi nunca, por ejemplo, o siempre le ponía pegas a todo. El tratamiento ha tenido muchos altibajos y yo creo que hemos aprendido mucho los dos, no sé si sus decisiones, dado mi naturaleza anárquica e impulsiva le influirán mucho a la hora de tratar a otros pacientes y espero que no lo hagan. En realidad nadie puede saber lo que hubiera pasado si, ¿no? Pero esto no está mal.

Personalmente he aprendido muchas cosas, pero dado la falta de tiempo no creo que se hubiera podido realizar una terapia como Dios manda, que es lo que a mí me hubiera gustado. Cabe destacar la falta de hablar de temas, voy a decir íntimos, como pareja a sexuales (no entre nosotros, claro está), pero dado mi historial de no acción. De hecho, no sabes nada porque no lo hemos hablado.

Hace bastante tiempo que me encuentro mejor, no para ducharme todos los días, pero sí hago mis cosas y estoy mejor interiormente. Y ello en parte, te lo debo a ti.”

PRONOSTICO

Una vez cumplido el tiempo establecido, se procede a la finalización de la práctica por mi parte, proponiendo en base a la intervención y la evaluación del caso, los siguientes objetivos:

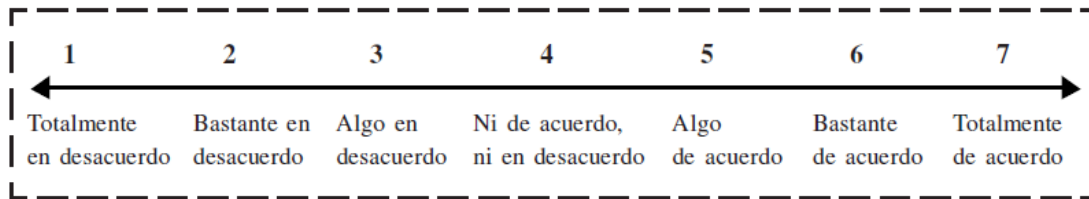
- Mantener una atención domiciliaria varias veces a la semana durante tiempo ilimitado para la continuación de las intervenciones y poder seguir con los objetivos.
- Mantener la ganancia terapéutica conseguida estos meses atrás.
- Incorporación a un entorno normalizado en el ámbito formativo.
- Continuar acudiendo a los recursos de salud mental. Revisiones por parte del psiquiatra y el psicólogo a los que acude normalmente. Seguirá en contacto con AFDEM, donde le pueden proporcionar u orientar hacia los diferentes recursos según avance la situación.

ANEXOS

ANEXO 1. Inventario de Creencias Obsesivas (ICO-r)

Instrucciones para responder el cuestionario

Este cuestionario hace referencia a diferentes actitudes y creencias que tiene a veces la gente. Lea detenidamente cada una de las afirmaciones y decida en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con ellas. Responda a cada una de las frases rodeando con un círculo la respuesta QUE DESCRIBE MEJOR LO QUE PIENSA HABITUALMENTE, lo que mejor caracteriza su forma de pensar. Utilice la siguiente escala de valoración:



1. Si pienso que voy a enfermar, aumenta la posibilidad de que me ponga enfermo de verdad
2. Debo ser el/la mejor en aquello que es importante para mí
3. A pesar de que soy muy cuidadoso, a menudo pienso que van a sucederme cosas malas
4. Pensar en estafar a alguien es casi tan inmoral como estafarle de verdad
5. Si me esfuerzo continuamente por controlar mi mente, lo conseguiré
6. Si tengo un pensamiento indeseable, eso indica qué es lo que yo quiero en realidad
7. Si no soy capaz de hacer algo perfectamente, prefiero no hacerlo
8. Si pienso que un amigo o un familiar va a perder su trabajo, aumenta el riesgo de que de verdad lo pierda
9. Un fallo, por pequeño que sea, indica que un trabajo no está completo
10. Si me sucede algo inesperado, no seré capaz de afrontarlo
11. Para mí, el simple hecho de pensar en hacer un comentario ofensivo sobre un amigo, es casi tan inaceptable como hacerlo
12. Debo proteger a los demás de posibles males
13. Si tengo pensamientos violentos, perderé el control y me volveré violento
14. Yo tengo la responsabilidad de asegurarme de que todo esté en orden
15. Si pienso que un amigo o un familiar van a tener un accidente de coche, aumenta la posibilidad de que realmente lo tengan
16. Antes de tomar una decisión debo conocer todos los detalles que tengan que ver con el asunto
17. Hay cosas que para la gente son pequeñas molestias y sin embargo a mí me parecen desastres
18. Los pensamientos violentos son para mí tan inaceptables como los comportamientos violentos
19. En cualquier situación de la vida diaria no hacer nada puede causar tanto daño como actuar mal
20. Si tengo pensamientos o impulsos agresivos hacia mis seres queridos, significa que en mi interior deseo hacerles daño

21. Si algo no me sale bien, las consecuencias serán muy malas
22. Si se piensa mucho en algo malo, es más fácil que suceda
23. Para mí, es inaceptable tener cualquier pequeño descuido si puede afectar a los demás
24. En mi vida, parece como si hasta los problemas más pequeños se convirtieran grandes
25. Tener un pensamiento blasfemo es el mismo pecado que hacer algo blasfemo
26. Si yo sé que existe la posibilidad de que suceda algo malo, aunque sea muy poco probable, tengo la obligación de intentar prevenir que no se produzca
27. Si tengo malos pensamientos, significa que me gustaría llevarlos a cabo
28. Solamente hay una manera correcta de hacer las cosas
29. Cuando un pensamiento me angustia mucho, es más probable que se haga realidad
30. Siempre debo trabajar con todas mis fuerzas, esforzándome al máximo
31. Creo que el mundo es un lugar peligroso
32. Desear hacerle daño a alguien es tan malo como hacerlo de verdad
33. Tener pensamientos obscenos indica que soy una mala persona
34. Para mí, tener un fallo por pequeño que sea es lo mismo que fracasar
35. Si pienso que un amigo o un familiar se van a poner enfermos, es más probable que enfermen de verdad
36. Debería tener la certeza absoluta de que mi entorno es seguro
37. Hasta las experiencias cotidianas de mi vida conllevan muchos riesgos
38. Para mí, tener malos impulsos es tan malo como llevarlos a cabo realmente
39. Las cosas o se hacen bien o no se hacen
40. Es fundamental tenerlo todo muy claro, hasta los más mínimos detalles
41. Soy más propenso a tener problemas que otras personas
42. Tener un pensamiento malo, es lo mismo que hacer algo malo
43. Debo esforzarme constantemente para evitar problemas graves (accidentes, enfermedades, etc.)
44. Es importante seguir trabajando en algo hasta que se haga bien
45. Pensar mal de un amigo es casi tan desleal cómo comportarse con él de un modo desagradable
46. Debería saber en todo momento qué es lo que me ronda por la mente para poder controlar mis pensamientos
47. Para sentirme seguro, tengo que estar preparado ante cualquier cosa que pueda ocurrir
48. Si se produce un cambio inesperado en mi vida cotidiana, algo malo pasará
49. Debería ser capaz de librar mi mente de pensamientos inadecuados
50. Para ser una persona digna de consideración debo ser perfecto en lo que haga
51. A menudo pienso que mi entorno no es seguro
52. Para mí, no hacer nada para prevenir un posible daño, es tan malo como provocarlo yo mismo
53. Tener dudas me resulta insoportable
54. Debo estar preparado para recuperar el control de mi mente en cuanto aparezca una imagen o pensamiento intruso
55. Debo estar completamente seguro de mis decisiones
56. Si pierdo el control sobre mis pensamientos, debo luchar para recuperarlo
57. Si me esfuerzo mucho conseguiré estar completamente seguro de todo lo que haga
58. Para mí, las cosas no están bien si no están perfectas

ANEXO 2. Automatic Thought Questionnaire (ATQ-30)

NOMBRE..... EDAD..... FECHA.....

En esta hoja se indican una serie de pensamientos que pasan por la cabeza de las personas. Por favor, lea cada pensamiento e indique con qué frecuencia dicho pensamiento le ha ocurrido durante la semana pasada.

Lea cada frase atentamente y **RODEE CON UN CIRCULO** la respuesta mas adecuada siguiendo esta escala:

1=NUNCA

2=ALGUNAS VECES

3=BASTANTE A MENUDO

4=MUY AMENUDO

5=CASI SIEMPRE

1. Tengo la sensación de estar enfrentado/a al mundo.....1	2	3	4	5
2. No soy bueno/a.....1	2	3	4	5
3. ¿Por qué no tengo éxito jamás?.....1	2	3	4	5
4. Nadie me comprende.....1	2	3	4	5
5. He dejado hundida a la gente.....1	2	3	4	5
6. Creo que no voy a poder continuar.....1	2	3	4	5
7. Ojala fuese mejor persona.....1	2	3	4	5
8. Soy un débil.....1	2	3	4	5
9. Mi vida no marcha como yo quisiera.....1	2	3	4	5
10. Estoy decepcionado/a conmigo mismo/a.....1	2	3	4	5
11. Ya nada me parece bien.....1	2	3	4	5
12. Ya no soporto mas esto.....1	2	3	4	5
13. No puedo arrancar.....1	2	3	4	5
14. ¿Qué marcha mal en mí?.....1	2	3	4	5
15. Ojala estuviese en otro lugar.....1	2	3	4	5
16. No puedo organizar mi vida.....1	2	3	4	5
17. Me odio.....1	2	3	4	5
18. Ojala pudiera desaparecer.....1	2	3	4	5
19. Soy un/a inútil.....1	2	3	4	5
20. ¿Qué es lo que me pasa?.....1	2	3	4	5
21. Soy un/a perdedor/a.....1	2	3	4	5
22. Mi vida es un lio.....1	2	3	4	5
23. Soy un/a fracasado/a.....1	2	3	4	5
24. Nunca voy a conseguirlo.....1	2	3	4	5
25. Me siento indefenso/a.....1	2	3	4	5
26. Algo va a tener que cambiar.....1	2	3	4	5
27. Debe haber algo mal en mí.....1	2	3	4	5
28. Mi futuro es poco esperanzador.....1	2	3	4	5
29. No merece la pena en absoluto.....1	2	3	4	5
30. No puedo acabar nada.....1	2	3	4	5

ANEXO 3. Ways of Coping Inventory (WOC-r)

APLICACIÓN

Tiempo de administración: 15 y 20 minutos

Normas de aplicación: La persona debe señalar en qué medida actuó como se describe en cada una de las afirmaciones en la resolución de algún problema, en una escala tipo Likert de 4 puntos, de 0 (“en absoluto”) a 3 (“en gran medida”).

Corrección e interpretación: Se puede obtener una puntuación total, una puntuación de estrategias centradas en el problema y de estrategias centradas en la emoción y una puntuación para cada una de las 8 diferentes subescalas o modos de afrontamiento (afrontamiento directo, apoyo, negación, escape / evitación, planificación y solución de problemas, reevaluación positiva, aceptación de responsabilidad y autocontrol).

Momento de aplicación: Evaluación pre-tratamiento y evaluación post- tratamiento.

Identificación: _____ Fecha: _____

Lea cada uno de los ítems que se indican a continuación. Cada uno de ellos describe formas de actuar frente a los problemas. Piense en el último problema que tuvo, enúncielo brevemente y rodee con un círculo la categoría que exprese en qué medida actuó como se describe en cada una de estas afirmaciones.

1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación(en el próximo paso)	0	1	2	3
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás	0	1	2	3
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era de esperar.	0	1	2	3
5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.	0	1	2	3
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.	0	1	2	3
7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	0	1	2	3
8. Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.	0	1	2	3
9. Me critiqué o me sermoneé a mí mismo.	0	1	2	3
10. No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta.	0	1	2	3
11. Confié en que ocurriera algún milagro.	0	1	2	3
12. Seguí adelante con mi destino(simplemente, algunas veces tengo mala suerte).	0	1	2	3
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos.	0	1	2	3
15. Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
16. Dormí más de lo habitual en mí.	0	1	2	3
17. Manifesté mi enojo a la persona(s) responsable(s) del problema.	0	1	2	3
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
19. Me dije a mi mismo cosas que me hicieron sentirme mejor.	0	1	2	3
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21. Intenté olvidarme de todo.	0	1	2	3
22. Busqué la ayuda de un profesional.	0	1	2	3
23. Cambié, maduré como persona.	0	1	2	3

24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.	0	1	2	3
25. Me disculpé o hice algo para compensar.	0	1	2	3
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí.	0	1	2	3
27. Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería.	0	1	2	3
28. De algún modo expresé mis sentimientos.	0	1	2	3
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.	0	1	2	3
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entré.	0	1	2	3
31. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.	0	1	2	3
32. Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar otomarme unas vacaciones.	0	1	2	3
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos	0	1	2	3
34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35. Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso.	0	1	2	3
36. Tuve fe en algo nuevo.	0	1	2	3
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
38. Redescubrí lo que es importante en le vida	0	1	2	3
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien.	0	1	2	3
40. Evité estar con la gente en general.	0	1	2	3
41.No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.	0	1	2	3
42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo	0	1	2	3
43. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.	0	1	2	3
44. No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio.	0	1	2	3
45. Le conté a alguien como me sentía	0	1	2	3
46. Me mantuve firme y pelee por lo que quería.	0	1	2	3
47. Me desquité con los demás.	0	1	2	3
48. Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar.	0	1	2	3
49. Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.	0	1	2	3
50. Me negué a creer lo que había ocurrido.	0	1	2	3
51. Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.	0	1	2	3
52. Propuse un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3
53. Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto	0	1	2	3
54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en oras cosas.	0	1	2	3
55. Deseé cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma cómo me sentía.	0	1	2	3
56. Cambié algo de mí	0	1	2	3
57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.	0	1	2	3
58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo	0	1	2	3
59. Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3
60. Recé	0	1	2	3
61. Me preparé para lo peor	0	1	2	3
62. Respeté mentalmente lo que haría o diría	0	1	2	3
63. Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo.	0	1	2	3
64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona	0	1	2	3
65. Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas.	0	1	2	3
66. Hice jogging u otro ejercicio.	0	1	2	3
67. Intenté algo distinto de todo lo anterior(por favor, descríballo)	0	1	2	3

ANEXO 4. Escala de Ansiedad y Evitación Social

Proporciona una puntuación de gravedad total. La puntuación se obtiene sumando todos los ítems y puede oscilar entre 0 y 28. A mayor puntuación mayor gravedad.

	Verdadero	Falso
1.Me siento relajado/a en situaciones sociales poco familiares		
2.Intentó evitar situaciones que me obligan a ser muy sociable		
3.Me resulta fácil relajarme cuando estoy con desconocidos		
4.No deseo evitar a la gente		
5.Las situaciones sociales a menudo me disgustan		
6.Suelo sentirme relajado/a y cómodo/a en las situaciones sociales		
7.Suelo sentirme cómodo/a hablando con una persona del sexo opuesto		
8.Intentó evitar hablar con otras personas, a menos que las conozca bien		
9.Si tengo la oportunidad de conocer gente nueva suelo aprovecharla		
10.A menudo me siento nervioso/a o tenso/a en reuniones informales en las cuales hay personas de ambos sexos		
11. Suelo estar nervioso/a cuando estoy con otras personas, a menos que las conozca bien		
12. Suelo sentirme relajado/a cuando estoy con mucha gente		
13.A menudo deseo huir de la gente		
14.Suelo sentirme incomodo/a cuando estoy con un grupo de personas a las que no conozco		
15.Suelo sentirme relajado/a		

cuando conozco a alguien por primera vez		
16.Me pone tenso/a y nervioso/a que me presenten a otras personas		
17.Aunque una habitación este llena de desconocidos, puedo entrar en ella		
18.evitaria acercare y unirme a un grupo grande de gente		
19. cuando mis superiores quieren hablar conmigo, lo hago de buena gana		
20.A menudo me pongo nervioso/a cuando estoy con un grupo de personas		
21.Tengo tendencia a aislarme de la gente		
22.No me importa hablar con gente en fiestas o reuniones sociales		
23.Raramente me siento comodo/a en un grupo grande de gente		
24.A menudo me invento excusas para evitar compromisos sociales		
25.A veces tomo la iniciativa de presentar a la gente		
26.Intentó evitar actos sociales formales		
27.Suelo ir a cualquier compromiso social que tengo		
28. Me resulta fácil relajarme cuando estoy con otras personas		

ANEXO 5. Escala de Ansiedad de Hamilton

Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems.

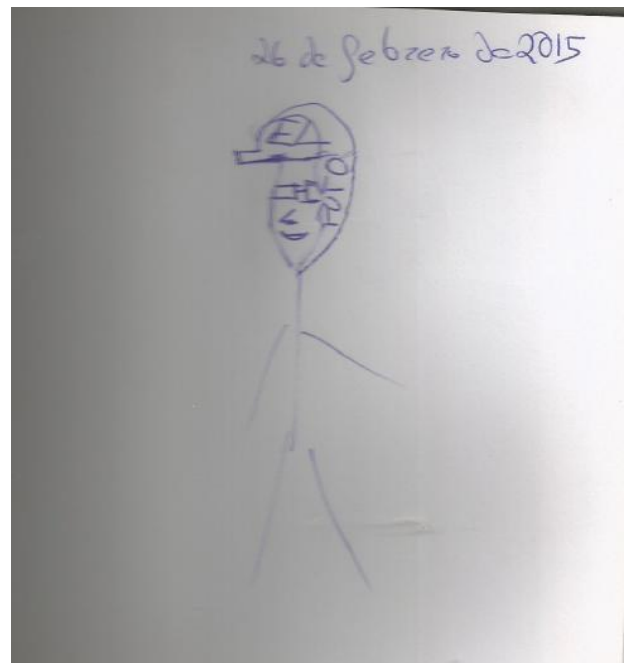
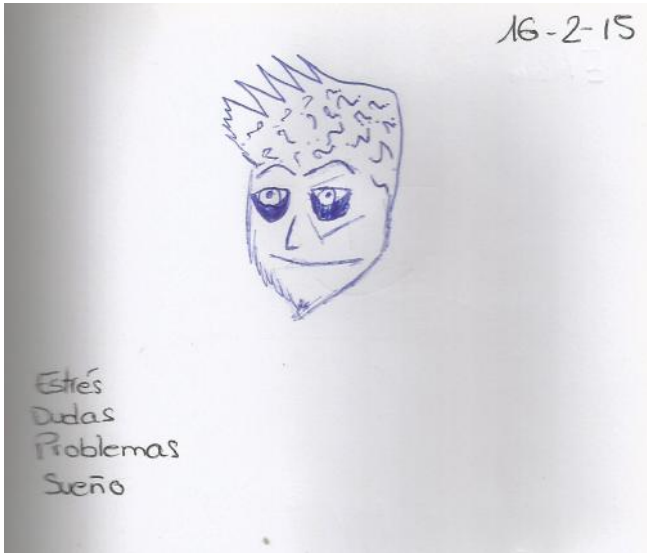
Los puntos de corte son:

- 0- 5: Ausencia de ansiedad.
- 6-14: Ansiedad leve.
- > o = 15: Ansiedad moderada/grave.

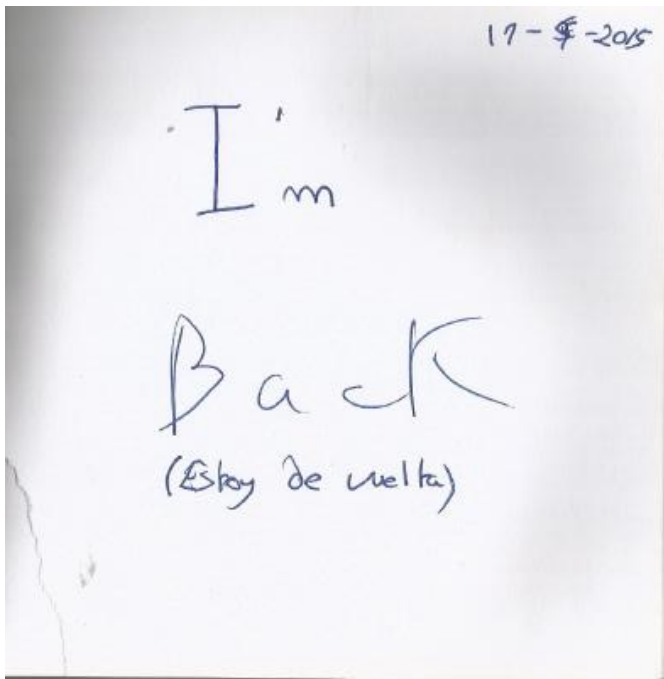
1.Humor ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad)	0	1	2	3	4
2.tension (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. Miedos (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4.Funciones intelectuales (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5.Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6.Humor deprimido (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7.Síntomas somáticos generales (sensoriales) (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
8.Síntomas somáticos generales (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme e insegura)	0	1	2	3	4
9.Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10.Síntomas respiratorios (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11.Síntomas gastrointestinales (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12.Síntomas genitourinarios (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14.Comportamiento durante la entrevista - General: el sujeto se muestra tenso, incomodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, apreta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial.	0	1	2	3	4

- Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclónas palpebrales.

Anexo 6. : Dibuja “¿CÓMO TE SIENTES?”







BIBLIOGRAFIA

Ananías Pastor, Andrés Blanco, Daniel Navarro. (2010). Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave. Madrid: Editorial Síntesis.

Walter A. Behobi Baudou, Fernando García, Héctor Fernández-Álvarez. (2013). Psicoterapia Cognitiva Individual del TOC. *Salud Mental* 2013, 36, 347-354.

García Soriano, Gema. (2008). *Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones clínicas: contenido y significado personal*. (Tesis doctoral). Universitat de Valencia. Valencia.

Marshall, M. Lockwood, A. Tratamiento asertivo en la comunidad para personas con desórdenes mentales severos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005. nº 3. Oxford.

Barker, P. Buchanan, P. (2005). The Tidel Model. A Guide for Mental Health Professionals. Bruner Routledge. New Cork.

Lasprilla, J. C. A. (2006). *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Editorial El Manual Moderno.

de la Cal Herrera, A. (2015). Tratamiento asertivo comunitario y terapia ocupacional. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (21), 5.

Barraca, J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y *mindfulness* frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusivos. *Análisis y Modificación de Conducta* 37 (155-156): 43-63.

Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, G. (2011). TOC, obsesiones y compulsiones, tratamiento cognitivo. Madrid: Alianza Editorial.

Vellosillo, P. S., & Vicario, A. F. C. (2015). Trastorno obsesivo compulsivo. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(84), 5008-5014.

Fleta Zaragozano, J., Zapata Usábel, M., Cuadrón Andrés, L., & Olivares López, J. L. (2008). Trastorno obsesivo-compulsivo. *Acta Pediátrica Española*, 66(11), 571-574.

MARTÍNEZ, S. B. (2001). Evaluación de la calidad asistencial en un servicio de salud mental a través de la percepción y evolución de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. *Clínica y Salud*, 12(3), 305-326.

Mustaca, A. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(1), 11-20.

Alarcón, M. O. T., Cancino, C., & Cobos, S. (2011). Juego patológico, patrones de personalidad y síndromes clínicos. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 23(3), 189-197.

Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, B.S., Goodman, W.K., McDougle, C.J. y Price, L.H. (1995). Family accommodation in obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 441–443.

Clark, D.A., y Beck, A.T. (2002). Manual for the Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory. San Antonio, Texas: Psychological Corporation

Liu, X., Han, K., y Xu, W. (2011). Effectiveness of mindfulness-based cognitive behavioral therapy on patients with obsessive-compulsive disorder. *Chinese Mental Health Journal*, 25(12), 915-920.

Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A.B. y de Vicente, A. (2002). Instrumentos de evaluación en salud mental. Madrid: Pirámide.

Nardone, G. (2013). *El arte de la estratagema: cómo resolver problemas difíciles con soluciones simples*. Barcelona: Herder.