

# **Trabajo de Fin de Grado de Psicología**

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Curso académico 2019-2020

## **Evaluación y Tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo**

**Alumna: Evelyn Dolores Tabares Caraballo**

**Tutores: María Concepción Cristina Ramos Pérez**

**Pablo García Medina**

**Área: Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos**

**Departamento: Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología**

## **RESUMEN**

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es una enfermedad mental que presenta de forma recurrente pensamientos y miedos irracionales (obsesiones) y rituales (compulsiones), los cuales interfieren en las actividades diarias y en todos los ámbitos de vida del paciente, causando mucho malestar.

Por ello, resulta conveniente realizar una intervención adecuada y personalizada que incluya el análisis funcional de la conducta y la evaluación psicométrica, a la vez que se tenga en cuenta los distintos entornos en que se desenvuelva el paciente.

De los tratamientos empleados en el TOC es el cognitivo conductual el que resulta el más adecuado, teniendo en cuenta los estudios de investigación que concluyen unos mejores resultados en el empleo de la Terapia de Exposición y Prevención de Respuesta junto con la Reestructuración Cognitiva.

**Palabras claves:** trastorno obsesivo compulsivo, obsesiones, rituales, evaluación, exposición y prevención de respuesta, reestructuración cognitiva.

## **ABSTRACT**

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a mental illness that recurrently presents irrational thoughts and fears (obsessions) and rituals (compulsions), which interfere with daily activities and in all areas of the patient's life, causing much discomfort.

Therefore, it is convenient to carry out an adequate and personalized intervention that includes functional analysis of behavior and psychometric evaluation, while taking into account the different environments in which the patient operates.

Of the treatments used in OCD, cognitive behavioral therapy is the most appropriate, taking into account research studies that conclude better results in the use of Exposure and Response Prevention Therapy along with Cognitive Restructuring.

**Keywords:** obsessive compulsive disorder, obsessions, rituals, evaluation, exposure and response prevention, cognitive restructuring.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.....	6
2.1 DEFINICIÓN.....	6
2.2 CLASIFICACIÓN.....	7
3. COMIENZO Y EPIDEMIOLOGÍA.....	8
4. MODELOS EXPLICATIVOS.....	9
4.1 MODELO CONDUCTUAL.....	9
4.2 MODELO COGNITIVO.....	10
4.3 MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	10
5. EVALUACIÓN.....	12
5.1 ENTREVISTA.....	12
5.2 AUTORREGISTRO Y OBSERVACIÓN.....	13
5.3 CUESTIONARIOS, ESCALAS E INVENTARIOS.....	14
6. TRATAMIENTO.....	17
6.1 EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE RESPUESTA.....	17
6.2 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.....	19
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	22
8. BIBLIOGRAFÍA.....	23

## **1. INTRODUCCIÓN**

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los cinco trastornos más incapacitantes de la Psicopatología. Anteriormente, en el DSM-IV-TR (APA, 2002) el TOC se incluía dentro de la categoría “Trastornos de Ansiedad”. No obstante, con el avance de los años, el DSM-V (APA, 2013) lo clasifica de una forma independiente, en una nueva categoría denominada “Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados”.

Actualmente, el TOC es considerado un trastorno de gran heterogeneidad, donde se encuentran distintas clases de compulsiones y obsesiones. Esto lleva a considerar que existen diferencias entre las personas que presentan este trastorno, aunque en todos los casos se produce un malestar significativo en las áreas personal y social, afectando negativamente tanto al paciente, como a las personas de su entorno (Cruzado, 2014).

En la literatura revisada se observa que existen diversos aspectos que explican la manifestación del TOC en adultos, como son las explicaciones biológicas y médicas. Aunque no se desarrollen estos modelos (Factores Genéticos y Familiares; Neuroquímica y Neuroanatomía) no se puede ignorar su importancia en la explicación, el diagnóstico y el tratamiento médico del TOC (Cruzado, 2014).

Centraremos nuestro trabajo en el conocimiento de los modelos conductual y cognitivo y en la fusión de ambos, por su relevancia en la búsqueda de solución del problema. No obstante, a la vista de que los resultados de investigación señalan que el modelo que ofrece los mejores resultados es el cognitivo conductual (Jamil, 2013; Valaer, 2015) se presentará una propuesta de intervención basada en este modelo.

Por último, antes de adentrarnos en la intervención terapéutica, se explicará cómo es el desarrollo del TOC, cuál es su clasificación y cómo se distribuye en la población general.

## 2. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

### 2.1 DEFINICIÓN

De acuerdo con los criterios del APA (2013) el Trastorno Obsesivo Compulsivo se define como un trastorno mental constituido por obsesiones, compulsiones o ambas. Se definen las obsesiones como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes, que las personas que lo padecen consideran sin sentido pero que les ocasionan malestar (Tabla 1).

Para intentar neutralizar las obsesiones hacen uso de las compulsiones, que consisten en comportamientos o actos mentales repetitivos que se realizan para disminuir la ansiedad. Estas compulsiones pueden adoptar unas reglas rígidas o rituales (ej., abrir y cerrar la ventana cinco veces; contar hasta diez antes de amarrarse los zapatos). Rachman (1998) encuentra que las personas con TOC tienden con bastante frecuencia a usar la neutralización (conductas que realizan las personas con el objetivo de escapar o reducir la ansiedad provocada por la obsesión, ej., cuando surge la obsesión ponerse a cantar).

**Tabla 1. Criterios diagnósticos. Elaboración propia en base a APA (2013).**

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-V	
<b>A.</b>	Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas.
<b>B.</b>	Las obsesiones y compulsiones causan malestar significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes.
<b>C.</b>	Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos de una sustancia u afección médica.
<b>D.</b>	La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (ej., Trastorno de Ansiedad Generalizada, Tricotilomanía...).
<b>ESPECIFICAR SI.</b>	<b>-Introspección buena o aceptable:</b> reconoce que las creencias son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no. <b>-Poca introspección:</b> reconoce que las creencias son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no. <b>-Ausencia de introspección/ ideas delirantes:</b> está convencido de que las creencias son ciertas. <b>-Tiene una historia de un Trastorno de TICS reciente o antigua.</b>

## 2.2 CLASIFICACIÓN

En cuanto a la clasificación del trastorno, el TOC es un problema heterogéneo, en el que se encuentran distintos tipos de obsesiones y compulsiones. La mayoría de los pacientes con TOC (60% de los casos clínicos) presentan más de un tipo de obsesión y compulsión (Cruzado, 2014).

Por un lado, Marks (1987) diferenció entre tres tipos de manifestaciones clínicas: rituales compulsivos con obsesiones, lentitud compulsiva sin rituales visibles (la lentitud se debe a las numerosas repeticiones que el paciente hace al realizar una tarea) y obsesiones. Por otro lado De Silva y Rachman (1992) identificaron cinco subtipos: compulsiones de limpieza/lavado, compulsiones de comprobación, otro tipo de compulsiones manifiestas (repetición reiterada de determinadas conductas, seguir una secuencia al realizar una conducta), obsesiones no acompañadas por conducta compulsiva manifiesta y lentitud obsesiva primaria (llevar a cabo alguna actividad de forma pausada y lenta).

Por otra parte, Cruzado (2014) encuentra que los tipos más frecuentes son; ideas de contaminación, dudas sobre posibles daños o errores graves, violencia y agresión, orden o simetría, repetición y pensamientos inaceptables donde las obsesiones pueden implicar; aspectos religiosos, preocupaciones sexuales, creencia de que la conducta de uno afectará de forma negativa a otros, pensamientos acerca de la muerte de alguien u obsesiones somáticas.

Por último, Lee y Kwon (2003) clasificaron las obsesiones en dos tipos: autógenas y reactivas. Las obsesiones autógenas son aquellas que aparecen súbitamente, sin que sea fácil identificar los estímulos evocadores. Se perciben como egodistónicas, irracionales y aversivas. Por otro lado, las obsesiones reactivas son evocadas por estímulos externos identificables y se perciben como realistas y racionales.

Según estos autores, las obsesiones autógenas llevan a que la persona emplee estrategias de evitación para controlar los pensamientos y las reactivas dan lugar a estrategias de confrontación.

### **3. COMIENZO Y EPIDEMIOLOGÍA**

El TOC suele comenzar en la adolescencia o al principio de la vida adulta aunque puede iniciarse en la infancia. Anteriormente la edad de comienzo se situaba más temprano en los hombres entre los 6-15 años, que en las mujeres que era entre los 20-29 años (APA, 2002). Sin embargo, se ha encontrado más recientemente en el DSM-V (APA, 2013) que los hombres en la mayoría de los casos representan un inicio muy temprano, situándose la cuarta parte antes de los 10 años y las mujeres lo presentan después de esta edad. Por lo que respecta a su curso, suele ser crónico aunque con altibajos.

Por su parte, la prevalencia en los diferentes estudios varía notablemente entre 0,7-3% (Fontenelle, Mendlowicz y Versiani, 2006). En concreto, Ruscio, Stein, Chiu y Kessler (2010) encuentran que la prevalencia del TOC es 2,3%, y que en los 12 últimos meses es de 1,2% en muestras norteamericanas. Los resultados muestran que las más comunes son las de comprobación (15,4%), almacenamiento (14,4%) y ordenación (9,1%). En un estudio más reciente realizado en Canadá, Osland, Arnold, y Pringsheim (2018), encontraron que la prevalencia de TOC era de 0,93%.

En cuanto al género, la prevalencia es similar en hombres y mujeres adultos, aunque existen diferencias en los tipos de obsesiones y compulsiones. En la investigación realizada por Labad et al. (2008), encontraron que las obsesiones de contaminación y limpieza se dan en una proporción mayor en las mujeres que en los hombres, y en cambio, las obsesiones de contenido sexual o religioso se dan en mayor proporción en hombres que en mujeres.

Por último, en un artículo de revisión reciente Mathes, Morabito y Schmidt (2019), encontraron que en general, cuando hay diferencias de género, los resultados indican una mayor proporción de mujeres con TOC. Además, entre los adultos, las mujeres eran más propensas a los síntomas de contaminación y responsabilidad por el daño, y los hombres eran más propensos a las obsesiones blasfemas.



A partir de los criterios que definen al trastorno y de la epidemiología encontrada surgen algunas preguntas, tales como: ¿Por qué aparece este problema en unas personas y en otras no?, ¿Es el miedo la causa del trastorno?, ¿Por qué se manifiesta el miedo a través de ideas obsesivas y rituales de conducta?. Para responder a estas preguntas e identificar la causa, se han propuesto algunos modelos explicativos que serán desarrollados en los siguientes apartados.

#### **4. MODELOS EXPLICATIVOS**

##### **4.1 MODELO CONDUCTUAL**

Desde esta perspectiva, se conocen unos aspectos básicos para explicar en que se basa el TOC (Cruzado, 2014).

Por un lado, bajo este modelo se considera que las obsesiones son pensamientos asociados a unos niveles de ansiedad muy elevados, que desencadenan las conductas compulsivas para escapar de la exposición de los mismos. Las compulsiones pueden ser comportamientos tanto voluntarios, como motores y cognitivos. Así mismo, las personas afectadas con este trastorno aprenden con el tiempo unas determinadas conductas, conocidas como conductas de evitación, para lograr disminuir la frecuencia de exposición a las obsesiones.

Bajo esta perspectiva por tanto, se considera que los niveles de ansiedad aumentan por las obsesiones, lo cual conlleva a que el paciente haga uso de sus rituales compulsivos o emplee conductas de evitación. Esto hará que la ansiedad a corto plazo se reduzca, pero en cambio las obsesiones se seguirán manteniendo (Valaer, 2015).

Por otro lado, una teoría importante de este modelo consiste en la teoría bifactorial de Mowrer (1951). El autor plantea que existen dos momentos en los trastornos de ansiedad y los separa por el tipo de condicionamiento. La primera fase consiste en el condicionamiento clásico, empleado para explicar el contenido de las emociones. En cambio la segunda fase consiste en el condicionamiento instrumental, en el que la persona emite respuestas de

evitación o de escape que serán reforzadas de forma negativa para reducir la ansiedad (Botella y Robert, 2009).

#### **4.2 MODELO COGNITIVO**

Las teorías cognitivas proponen que el problema derivado de las obsesiones se debe a la tendencia que tienen las personas en malinterpretar sus pensamientos de una forma negativa y catastrófica (Vallejo, 2011).

Bajo esta perspectiva, se considera que existen una serie de factores cognitivos que explican el TOC. Por ello, a continuación se nombran brevemente una serie de autores destacados dentro de este modelo (Botella y Robert, 2009):

Por un lado, Carr (1974) afirma que hay dos factores que determinan los síntomas del TOC. El autor defiende que se encuentran las valoraciones irreales sobre las posibles amenazas y las evaluaciones erróneas sobre la capacidad de poder hacerles frente.

Por otro lado, Barlow (1988) defiende que existen dos tipos diferentes de vulnerabilidades. Afirma que las reacciones de estrés que están acompañadas de respuestas emocionales fuertes corresponden a la vulnerabilidad biológica, y el aprendizaje de que algunos pensamientos resulten peligrosos, corresponde a la vulnerabilidad psicológica.

Por su parte, Salkovskis (1985) realiza una distinción entre los pensamientos automáticos y las obsesiones. El autor afirma que ambos son cogniciones intrusivas pero que se distinguen en el grado de intrusión percibida, el grado de accesibilidad a la conciencia y el grado en que son consistentes con el sistema de creencias de la persona.

#### **4.3 MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL**

El modelo cognitivo conductual surge de la fusión del modelo conductista junto al modelo cognitivo. Se considera la existencia de una interacción entre los factores internos de las personas y el entorno, dicha interacción entre

ambos factores consiste en un proceso de aprendizaje. Desde esta perspectiva se describen y relacionan los tres factores del comportamiento; la conducta, la emoción y el pensamiento. Además, se afirma que existe un aprendizaje bidireccional entre el nivel cognitivo y la conducta. Por tanto, el modelo tiene como finalidad producir cambios en el individuo para que desarrolle una mejor adaptación en su vida diaria (Romero, 2018).

Antes de la aparición del modelo se consideraba que las perspectivas cognitiva y conductual por separado eran eficaces para el tratamiento del TOC. Esto se puede observar en diversos estudios, como por ejemplo: el estudio de Abramowitz (1996) donde el autor afirma un grado significativo de mejoría en los síntomas del TOC asociados al empleo de la terapia de Exposición y Prevención de Respuesta. Shinmei et al. (2017) también encontraron una reducción de los síntomas del trastorno con el empleo de la terapia de Exposición y Prevención de Respuesta.

Por otro lado, Behobi, García y Fernández-Álvarez (2013) encuentran una mejoría en la intensidad de los síntomas obsesivos y compulsivos y una marcada flexibilización de los sesgos con el empleo de las estrategias cognitivas.

Sin embargo, en las investigaciones posteriores en las que se aúnan los dos enfoques terapéuticos los resultados han sido más favorables (Jamil, 2013; Valaer, 2015). Esto se observa en varios estudios, como en el de Fernández-Montes y García (2019) donde encuentran una disminución de ansiedad y de los síntomas obsesivos y compulsivos con el empleo de ambos procesos terapéuticos. Y, por último, en otro estudio realizado en España, Vílchez y Orozco (2015) encuentran una extinción de conductas neutralizadoras y una reducción de la frecuencia de las compulsiones y obsesiones con la combinación de ambas terapias.

A la vista de que la investigación señala que el enfoque cognitivo conductual ofrece los mejores resultados y aportaciones al tratamiento del Trastorno

Obsesivo Compulsivo, nos vamos a centrar en este enfoque para ahondar en la propuesta de evaluación y tratamiento del presente trabajo.

## **5. EVALUACIÓN**

A partir de lo que hemos comentado en el apartado anterior, comenzaremos a explicar el desarrollo de la evaluación desde esta óptica.

Haremos una evaluación exhaustiva por medio del empleo de entrevistas, observación y autorregistros junto con el empleo de cuestionarios, escalas e inventarios que completen el análisis. De esta forma obtendremos un perfil de los puntos débiles y fuertes del paciente a través de la evaluación psicométrica y podremos adecuar un tratamiento más personalizado.

Teniendo en cuenta que el Trastorno Obsesivo Compulsivo afecta a otras áreas además de la personal, provocando un malestar significativo tanto en el que lo sufre como en su entorno, conviene incluir a la familia y a las personas cercanas en el proceso terapéutico, ya que nos ayudará a confirmar la información proporcionada por el paciente y pueden ofrecernos más información o ampliar un mayor conocimiento del problema. De esta manera recabaremos distintos puntos de vista y obtendremos una fiabilidad y una validez mayor en el diagnóstico.

### **5.1 ENTREVISTA**

Al comenzar la evaluación primero haremos uso de una entrevista general para obtener un conocimiento amplio del paciente y observar el problema por el que acude a consulta. Por medio de esta entrevista recogeremos diferentes datos, como pueden ser de; contacto y biográficos, motivo de la consulta, forma en la que se accedió a la consulta (por iniciativa o derivación de un profesional), antecedentes personales y sus expectativas en el tratamiento.

Una vez hayamos realizado la entrevista general formularemos la hipótesis de diagnóstico en base a los criterios de la APA (2013). A continuación, seguiremos con una entrevista más específica acorde con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Tabla 2).

**Tabla 2. Entrevista. Elaboración propia en base a Labrador (2011); Cruzado (2014)**

<b>ENTREVISTA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>AUTOR/ES</b>
<b>Conductual</b>	Identificar y definir las conductas problemáticas, determinar los objetivos del proceso terapéutico, decidir una estrategia de intervención y evaluar sus resultados.	Fernández Ballesteros (1994)
<b>Estructurada para Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV)</b>	Evalúa el trastorno actual de ansiedad y realiza la diferencia entre los distintos tipos de trastornos de ansiedad actuales y pasados.	Brown, Di Nardo y Barlow (1994)

## **5.2 AUTORREGISTRO Y OBSERVACIÓN**

Para completar la parte conductual de la evaluación del paciente, se hará uso del autorregistro y de la observación directa con los tests de evitación conductual BAT (Tabla 3). De esta forma, se tendrá un seguimiento de las obsesiones del paciente y de su conducta de evitación.

**Tabla 3. Autorregistro y Observación. Elaboración propia en base a Berrío y Luciano (2017)**

<b>INSTRUMENTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>AUTOR/ES</b>
<b>Test de Evitación Conductual (BAT)</b>	Mide la conducta de evitación y los niveles de ansiedad.	Lang y Lazovick (1963)
<b>Registro Diario de la Obsesión Primaria</b>	Permite conocer la frecuencia, la ansiedad y la necesidad de emplear la neutralización.	Clark y Beck (2012)
<b>Registro de Estrategias de Control Asociadas a la Obsesión Primaria</b>	Mide el tipo de frecuencia y su nivel de eficacia de las estrategias de neutralización.	Clark y Beck (2012)

### 5.3 CUESTIONARIOS, ESCALAS E INVENTARIOS

Tras la realización de la entrevista inicial, y de la cumplimentación del uso de autorregistros y de observaciones de la conducta del paciente, se procederá a la aplicación de cuestionarios, escalas e inventarios para evaluar las manifestaciones clínicas del TOC. De estos últimos, las tablas 4, 5 y 6 resumen los que se vienen utilizando tanto en la práctica clínica como en la investigación. Del conjunto de todos ellos se seleccionarán aquellos que manifiesten una buena bondad psicométrica y los más empleados en distintas investigaciones (Yacila, Cook-del Águila, Sánchez-Castro, Reyes-Bossio y Tejada (2016); Belloch, Reina, García-Soriano y Clark (2009); Belloch, Cabedo, Morillo, Lucero y Carrió (2003)):

- **La Escala de Obsesión-Compulsión de Yale-Brown (Y-BOCS)**
- **Inventario Obsesivo-Compulsivo (CBOCI)**
- **Inventario de Creencias Obsesivas (ICO)**

**Tabla 4. Escalas. Elaboración propia en base a Berrío y Luciano (2017)**

<b>INSTRUMENTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>AUTOR/ES</b>
<b>Escala de Obsesión-Compulsión (Y-BOCS)</b>	Evalúa la gravedad y los tipos de síntomas analizando las obsesiones y compulsiones.	Yale-Brown (1989)
<b>Escala de Actitud hacia la Responsabilidad (RAS)</b>	Evalúa las creencias de la idea exagerada de responsabilidad del TOC.	Salkovskis et al., (2000)
<b>Escala de Fusión Pensamiento-Acción (TAFS)</b>	Evalúa en que grado el sujeto iguala acción y pensamiento.	Shafran, Thordarson y Rachman (1996)

**Tabla 5. Cuestionarios. Elaboración propia en base a Berrío y Luciano (2017)**

INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN	AUTOR/ES
<b>Cuestionario de Creencias Obsesivas (OBQ)</b>	Evalúa las creencias que pueden predisponer fácilmente la aparición del TOC por medio de 58 ítems.	Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005)
<b>Cuestionario de Interpretaciones de Responsabilidad (RIQ)</b>	Prueba con 22 ítems que mide la frecuencia y la creencia de las interpretaciones de pensamientos, imágenes e impulsos intrusos.	Salkovskis et al., (2000)
<b>Cuestionario de Control de Pensamientos (TCQ)</b>	Consta de 30 ítems para evaluar los medios que usan los sujetos para controlar sus pensamientos indeseados.	Wells y Davies (1994)
<b>Cuestionario de Intrusiones Cognitivas (CIQ)</b>	Empleado para identificar si recientemente ha ocurrido algún pensamiento, impulso o imagen intrusivo, y posteriormente clasificarlos en comportamental, cognitivo o emocional.	Freeston y Ladouceur (1993)

**Tabla 6. Inventarios. Elaboración propia en base a Berrío y Luciano (2017)**

<b>INSTRUMENTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>AUTOR/ES</b>
<b>Inventario de Creencias Obsesivas (ICO)</b>	Inventario compuesto por 58 ítems que trata de analizar las creencias subyacentes al TOC.	Belloch, Cabedo, Morillo, Lucero & Carrió (2003)
<b>Inventario Obsesivo-Compulsivo (CBOCI)</b>	Consiste en una prueba de 25 ítems valorados en una escala de 0 a 3 por su frecuencia, que pretende evaluar la intensidad y la frecuencia de la sintomatología del TOC.	Clark, Antony, Beck, Swinson & Steer (2005)
<b>Inventario de Creencias Relacionadas con las Obsesiones (IBRO)</b>	Consta de 20 ítems valorados en una escala de 1 a 6. Consiste en evaluar el significado de los pensamientos intrusivos y las creencias disfuncionales.	Freeston, Ladouceur, Gagnon y Thibodeau (1993)

Aparte de las escalas, cuestionarios e inventarios anteriores para evaluar las manifestaciones clínicas del TOC, se emplearán listados para observar los síntomas obsesivos (las compulsiones y obsesiones) más frecuentes (Tabla 7).

**Tabla 7. Listas de chequeo. Elaboración propia en base a Berrío y Luciano (2017)**

<b>INSTRUMENTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>AUTOR/ES</b>
<b>Inventario de Pensamientos Obsesivo-Compulsivo (OCTC)</b>	Consta de 28 ítems con una escala de frecuencia de 0 a 4, para evaluar el nivel de perturbación asociada al trastorno.	Bouvard et al., (1997)
<b>Lista de Verificación de Actividades Compulsivas (CAC)</b>	Consta de actividades autovaloradas por el paciente, para medir como interfieren las conductas obsesivas-compulsivas en la realización de tales actividades.	Freund, Steketee & Foa (1987)



Una vez se ha realizado y completado la evaluación, el tratamiento clínico estará integrado con los resultados de la misma.

## **6. TRATAMIENTO**

A lo largo del tiempo, se ha podido observar que muchas personas diagnosticadas de este trastorno no buscan ayuda psicológica. Esto es debido a que la mayoría temen ser juzgados como “locos” por las obsesiones y compulsiones que realizan. Sin embargo, el TOC dispone de datos muy bajos de remisión espontánea, por lo que es necesario que se aplique un tratamiento adecuado para evitar la cronicidad del mismo (Cruzado, 2014).

Por ello, el trabajo terapéutico va a consistir en el empleo de la Terapia de Exposición y Prevención de Respuesta (EPR) junto con la Reestructuración Cognitiva (RC).

### **6.1 EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE RESPUESTA (EPR)**

Comenzamos la propuesta de tratamiento del paciente con la **Terapia de Exposición y Prevención de Respuesta** (Tabla 8). Por medio de esta terapia tendremos como objetivo provocar las obsesiones del paciente de una forma prolongada a través de la exposición a estímulos, mientras que al mismo tiempo se vayan bloqueando las conductas compulsivas habituales (Cruzado, 2014). De esta forma se intentará reducir la ansiedad empleando la habituación (Menchón y Vallejo, 2009).

**Tabla 8. Exposición y Prevención de Respuesta. Elaboración propia en base a Valaer (2015)**

<b>FASES</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>1ªFASE</b>	Se le explicará al paciente que se expondrá a una situación que teme durante un tiempo prolongado.
<b>2ª FASE</b>	Se le comentará la conveniencia de usar las exposiciones (imaginarias o en vivo) en lugar de las conductas de escape y evitación.
<b>3ª FASE</b>	Realización de una jerarquía ordenada por el nivel de ansiedad de aquellas situaciones a las que el paciente se va a exponer
<b>4ª FASE</b>	Se comenzará por la situación que le produzca menos ansiedad.
<b>5ª FASE</b>	Se le pedirá al paciente que evite usar sus rituales compulsivos habituales o conductas de evitación. En lugar de ello deberá exponerse a la situación intentando controlar la ansiedad producida.
<b>6ª FASE</b>	Una vez la ansiedad disminuya, repetiremos el proceso con la siguiente situación.
<b>7ªFASE</b>	El paciente seguirá practicando la terapia tanto en la sesión como en casa.

A la hora de aplicar esta terapia, hay que informar previamente al paciente de los fundamentos de la misma. A lo largo de la intervención se dispondrá de unas sesiones que deben de estar planificadas, ya que se va a ver envuelto en un nivel de ansiedad significativo y no se podrá improvisar la mecánica de las sesiones. Por ello, el programa suele ser de exposición gradual, aunque en algunos casos se podrá utilizar la inundación.

Esta exposición se puede realizar en vivo o de forma imaginaria, pero en este caso haremos uso de los dos tipos de exposición ya que se observa una eficacia mayor con el empleo de ambas (Abramowitz, 1996).

Al emplear la exposición en vivo, el terapeuta junto con el paciente elegirán una serie de situaciones donde se evoque la perturbación para cada obsesión

que tenga. Cuando ya dispongamos de todas las situaciones (un máximo de 20) continuaremos ordenándolas jerárquicamente y agruparemos aquellas que produzcan el mismo nivel de perturbación.

En cambio, cuando empleemos la exposición imaginaria, el paciente deberá imaginar aquellos contenidos (situaciones u objetos) que le provoquen las obsesiones y con ello el malestar. De esta forma, una vez esté pensando los contenidos problema, los tolerará hasta que se reduzca de forma significativa el malestar, para evitar así hacer uso de los rituales compulsivos o emplear la conducta de evitación (Valaer, 2015).

Finalmente, para seguir practicando lo aprendido en la terapia se le pondrán algunas actividades para casa teniendo en cuenta los niveles de dificultad que se van solventando en la consulta.

## **6.2 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (RC)**

Seguiremos el tratamiento con la **Reestructuración Cognitiva** (Tabla 9). El objetivo consistirá en proporcionarle una ayuda y una guía en su proceso de descubrir los pensamientos negativos que están en la base de sus obsesiones (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011). De esta forma, el paciente identificará y cambiará sus pensamientos y creencias erróneas de una manera directa y podrá modificarlos por otros más adaptativos y realistas (Menchón y Vallejo, 2009).

A la hora de aplicar este proceso terapéutico, al igual que con la EPR, hay que informar al paciente de los fundamentos técnicos, así como de la justificación de su empleo en el tratamiento. Además, hay que tener en cuenta que cabe la posibilidad de que el paciente piense que no es una estrategia efectiva y que no podrá cambiar sus creencias. Por tanto, hay que lograr que piense que existe la posibilidad de modificarlas porque sino esto dificultará el proceso terapéutico, haciéndole ver que a lo largo de su vida habrá tenido que cambiar alguna de sus creencias por darse cuenta de que no eran útiles para él.

**Tabla 9. Reestructuración Cognitiva. Elaboración propia en base a Labrador (2011); Valaer (2015).**

FASES	DESCRIPCIÓN
1ª FASE	Se introduce una labor psicoeducativa que proporcione una explicación objetiva y realista del problema y motive al paciente.
2ª FASE	Se identificarán las distorsiones cognitivas (los pensamientos negativos irracionales) y se registrarán posteriormente.
3ª FASE	Se analizarán si esos pensamientos irracionales tienen veracidad (método socrático).
4ª FASE	Modificar las creencias de los pensamientos irracionales con pensamientos alternativos
5ª FASE	Esos pensamientos alternativos se ponen en práctica en la vida diaria

Comenzaremos con una labor psicoeducativa ofreciendo una explicación adecuada y realista acerca del problema que vamos a abordar. Vamos a explicarle al paciente cual es la prevalencia del trastorno y cuales son las similitudes y diferencias de los pensamientos intrusivos entre las personas diagnosticas de TOC y las personas que no presentan dicho problema. Esto hará que el paciente haga una reformulación más realista y tranquilizadora del problema (Valaer, 2015).

A continuación, le ayudaremos a que identifique y localice los pensamientos negativos. Una vez los tenga localizados, deberá prestar atención a su estado anímico y cuando note que vaya empeorando, registrará sus pensamientos. De esta manera, conoceremos mejor aquellas situaciones en las que las distorsiones cognitivas están afectando a su estado de ánimo.

El siguiente paso será cuestionar verbalmente las distorsiones cognitivas para analizar su veracidad mediante el método socrático (hacer que el paciente se plantee lo que piense por medio de unas preguntas). En un principio le ayudaremos dándole algunas preguntas como ejemplo, pero al final el paciente por sí mismo deberá aprender a cuestionarse sus propios pensamientos. Unos ejemplos de preguntas serían: “¿Qué datos existen a favor de este

pensamiento?, ¿Me ayuda este pensamiento a conseguir mis objetivos?” (Labrador, 2011).

Con este procedimiento conseguiremos que empiece a plantearse la veracidad y utilidad de sus distorsiones cognitivas y vaya modificando el sesgo de esos pensamientos que están relacionados con sus obsesiones y compulsiones. Esto también se logrará mediante pensamientos alternativos racionales; se le harán preguntas, como por ejemplo: ¿Podría hacer algo más útil que pensar continuamente en ese pensamiento?. De esta forma el paciente irá sustituyendo sus pensamientos negativos que le producen ansiedad por otros más apropiados/racionales, que permitan reducir o eliminar su malestar.

Supongamos que el paciente tiene la idea obsesiva de que si no comprueba que ha cerrado la puerta de su casa se producirá un robo. El proceso terapéutico se dirige a que cambie la creencia de ese pensamiento disfuncional y pueda llegar a la conclusión de que en realidad, está sobrestimando la amenaza de producirse un robo por el hecho de pensar continuamente en ello.

Por último, según se avance en las sesiones se le pondrán algunas actividades para reforzar lo aprendido en las consultas terapéuticas y para que lo pueda aplicar en su vida cotidiana.

Una actividad a realizar en casa podría consistir en anotar en un papel su distorsión cognitiva. A continuación, en la parte alta de la hoja y en grande, escribirá preguntas alternativas acerca de la distorsión. El paciente ya conoce por todo el proceso terapéutico, que por medio de preguntas alternativas también puede lograr cambiar la creencia, por lo que deberá escribirlo de manera llamativa para que sea en lo primero que se fije cada vez que tenga la distorsión. Puede llegar así a la conclusión de que está sobrestimando la amenaza de producirse el robo por pensar repetidas veces en ello.

Todo este proceso de intervención terapéutico y todos los avances que se han realizado en la evaluación del trastorno, nos lleva a plantearnos que hay dificultades a la hora de tratar el TOC dada su complejidad. Esto nos lleva a

hacer una serie de reflexiones sobre el mismo que serán comentadas a continuación.

## **7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El Trastorno Obsesivo Compulsivo es uno de los trastornos más incapacitantes para las personas que lo sufren. A pesar de que las obsesiones y compulsiones derivadas, son consideradas por el paciente como absurdas y exageradas, no evita que cause una angustia grave y recurrente en el individuo. En muchas ocasiones, la angustia que procede del TOC puede aumentar con la comorbilidad con otros trastornos mentales, siendo los más frecuentes la depresión mayor (67%) y la fobia social (25%) (Sadock, Sadock y Ruíz, 2015).

A lo anterior hay que añadirle que muchos individuos pasan de 5 a 10 años sin pedir atención psicológica (Sadock et. al, 2015). El motivo principal de evitar acudir a terapia es por temor a ser juzgados como enfermos mentales. Por ello, resulta necesario llevar a cabo programas de prevención que promuevan la búsqueda de ayuda psicológica para los afectados (prevención secundaria y terciaria). Aunque el TOC no tiene una prevalencia alta (0,7-3%), las conductas compulsivas y los pensamientos obsesivos están presentes en la población general, y esto podría aumentar la probabilidad de riesgo de sufrir el problema en un futuro (prevención primaria).

Por tanto, será de utilidad realizar talleres psicoeducativos en todos los niveles de edad (colegios, asociación de vecinos, entornos de trabajo, universidad...), para promover que los pacientes no tengan miedo de buscar ayuda, y para que la población conozca el sufrimiento de las personas afectadas y las apoyen, en vez de juzgarlas.

En estos talleres se ofrecerá una concienciación de la existencia del trastorno, una comprensión y un conocimiento más amplio acerca del mismo. Para ello se abordarán aspectos tales como; qué es el TOC, cuáles son sus síntomas y cómo se manifiestan, qué tipos de tratamientos efectivos se pueden emplear y qué repercusión tiene en la vida de los afectados.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

Abramowitz, J. (1996). Variants of Exposure and Response Prevention in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789496800451>

American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Editorial Masson.

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.

Behobi, W., García, F., & Fernández-Álvarez, H. (2013). Psicoterapia cognitiva individual del TOC. *Salud mental*, 36(4), 347-354. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252013000400010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000400010)

Belloch, A., Cabedo, E., & Carrió, C. (2011). *TOC: Obsesiones y compulsiones: Tratamiento cognitivo*. Madrid: Alianza Editorial.

Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C., Lucero, M., & Carrió, C. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar las creencias disfuncionales del trastorno obsesivo-compulsivo: resultados preliminares del Inventario de Creencias Obsesivas (ICO). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(2), 235-250. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33730202.pdf>

- Belloch, A., Reina, N., García-Soriano, G., & Clark, D. (2009). Inventario Clark-Beck de obsesión-compulsión (C-BOCI): validación para su uso en población española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 95-105. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4069>
- Berrío, N., & Luciano, D. (2017). Instrumentos de evaluación del trastorno obsesivo compulsivo: Revisión. *Revista Poiésis*, 32, 101-115. Recuperado de: <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/2303>
- Botella, C., & Robert, C. (2009). El trastorno obsesivo-compulsivo. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (pp. 150-167). Madrid: McGRAW-HILL.
- Carr, A. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81(5), 311-318. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/1974-30284-001>
- Cruzado, J. (2014). Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. En V. Caballo, I. Salazar, & J. Carrobbles (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 246-268). Madrid: Pirámide.
- De Silva, P., & Rachman, S. (1992). *Obsessive-compulsive disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Fernández-Montes, I., & García, S. (2019). Tratamiento cognitivo-conductual en una adolescente con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Casos clínicos en Salud Mental*, 7(1), 39-61. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7323082>



- Fontenelle, L., Mendlowicz, M., & Versiani, M. (2006). The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 327-337. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0278584605003465>
- Jamil, M. (9 de Junio de 2013). Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Modelos teóricos explicativos. [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <http://averroespsicologos.blogspot.com/2013/06/trastorno-obsesivo-compulsivomodelos.html>
- Labad, J., Menchon, J., Alonso, P., Segalas, C., Jimenez, S., Jaurrieta, N., et al. (2008). Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depression and Anxiety*, 25, 832-838. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.20332>
- Labrador, F. (Coord.). (2011). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Lee, H., & Kwon, S. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 11-29. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796701001012>
- Marks, I. (1987). *Fears, phobias and rituals: Panic, anxiety, and their disorders*. Nueva York: Oxford University Press.
- Mathes, B., Morabito, D., & Schmidt, N. (2019). Epidemiological and Clinical Gender Differences in OCD. *Current Psychiatry Reports* 21, 36, 1-7. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-019-1015-2>

- Menchón, J., & Vallejo, J. (2009). Trastorno obsesivo-compulsivo. En T. Palomo, M. Jiménez-Arriero, A. Fernández, M. Gómez, & J. Vallejo (Eds.), *Manual de psiquiatría* (pp. 372-373). Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores.
- Mowrer, O. (1951). Two-factor learning theory: summary and comment. *Psychological Review*, 58(5), 350–354. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fh0058956>
- Osland, S., Arnold, P., & Pringsheim, T. (2018). The prevalence of diagnosed obsessive compulsive disorder and associated comorbidities: A population-based Canadian study. *Psychiatry Research*, 268, 137-142. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016517811830444X>
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796797100419?via%3Dihub>
- Romero, J. (15 de diciembre de 2018). ¿Qué es modelo cognitivo conductual?. [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <https://www.webpsicologos.com/blog/que-es-modelo-cognitivo-conductual/>
- Ruscio, A., Stein, D., Chiu, W., & Kessler, R. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53-63. Recuperado de: <https://www.nature.com/articles/mp200894>
- Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P. (2015). Trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados. En *Kaplan & Sadock: Sinopsis de psiquiatría* (pp. 919). Barcelona: Wolters Kluwer.

- Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571-583. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0005796785901056>
- Shinmei, I., Kanie, A., Kobayashi, Y., Nakayama, N., Takagishi, Y., Iijima, S., et al. (2017). Pilot study of exposure and response prevention for Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 15, 19-26. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211364917300568?via%3Dihub>
- Valaer, Á. (2015). *Abordaje clínico y tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. Alemania: PUBLICIA.
- Vallejo, J. (2011). Trastornos obsesivos. En J. Vallejo, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (p. 341). Barcelona: Elsevier-Masson
- Vílchez, M., & Orozco, M. T. (2015). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en un caso de trastorno obsesivo compulsivo. *Revista De Casos Clínicos En Salud Mental*, 3(1), 79-100. Recuperado de: <http://ojs.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/19>
- Yacila, G., Cook-del Águila, L., Sánchez-Castro, A., Reyes-Bossio, M., & Tejada, R. (2016). Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *Acta Médica Peruana*, 33(3), 253-255. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172016000300018&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172016000300018&script=sci_arttext&tlng=pt)