

Obsesiones y compulsiones

José Antonio Aldaz
M.^a Montserrat Sánchez

guías de intervención

psicología clínica



EDITORIAL
SINTESIS

OBSESIONES Y COMPULSIONES

PROYECTO EDITORIAL
PSICOLOGÍA CLÍNICA

Serie
GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Directores:
Manuel Muñoz López
Carmelo Vázquez Valverde

OBSESIONES Y COMPULSIONES

José Antonio Aldaz Armendáriz
M.^a Montserrat Sánchez Martín



Diseño de cubierta: JV Diseño gráfico

© José Antonio Aldaz Armendáriz
M.^a Montserrat Sánchez Martín

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-975691-9-4

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

Capítulo 1. Introducción

1.1. Descripción clínica

1.2. Clasificaciones

 1.2.1. *Clasificación de Marks (1987-1991)*

 1.2.2. *Clasificación de De Silva y Rachman (1992)*

 1.2.3. *Clasificación del grupo de Foa*

 1.2.4. *Clasificación de Rachman (1994)*

1.3. Epidemiología del trastorno obsesivo-compulsivo

 1.3.1. *Prevalencia*

 1.3.2. *Edad de aparición e incidencia por sexos*

 1.3.3. *Curso*

 1.3.4. *Estrés y acontecimientos precipitantes*

 1.3.5. *Comorbilidad*

Cuadro resumen

Exposición de un caso clínico

Preguntas de autoevaluación

Capítulo 2. Etiología

2.1. Aspectos biológicos

 2.1.1. *Bases neuroanatómicas del TOC*

2.2. Neuropsicología del TOC

 2.2.1. *Lateralización del déficit*

 2.2.2. *Alteraciones en el procesamiento de la información*

 2.2.3. *Alteraciones frontales*

2.3. Estudios cognitivo-conductuales

 2.3.1. *Investigaciones desde el paradigma conductual*

 2.3.2. *Modelos cognitivos*

2.4. Situación actual de la investigación sobre la etiología del trastorno obsesivo-compulsivo

Cuadro resumen
Exposición de un caso clínico
Preguntas de autoevaluación

Capítulo 3. Evaluación

- 3.1. Consideraciones generales
- 3.2. Objetivos de la evaluación
- 3.3. Instrumentos de evaluación
 - 3.3.1. Entrevista clínica*
 - 3.3.2. Cuestionario YBOCS*
 - 3.3.3. Escalas de autoevaluación*
 - 3.3.4. Autorregistros*
 - 3.3.5. Medidas de comorbilidad*
- 3.4. Diagnóstico y diagnóstico diferencial
- 3.5. Formulación del trastorno
 - 3.5.1. Análisis conductual*
 - 3.5.2. Formulación clínica conductual*

Cuadro resumen
Exposición de un caso clínico
Preguntas de autoevaluación

Capítulo 4. Tratamiento (I). Guía para el terapeuta

- 4.1. Objetivos de la fase de tratamiento
- 4.2. Psicoeducación
- 4.3. Introducción del modelo cognitivo-conductual
- 4.4. Motivación y adherencia al tratamiento
- 4.5. Planificación del tratamiento
 - 4.5.1. Aspectos formales*
 - 4.5.2. Tipo de intervención*
 - 4.5.3. Entorno*
 - 4.5.4. Elección del tratamiento*
 - 4.5.5. Contrato terapéutico*
- 4.6. Tratamiento
 - 4.6.1. Tratamiento conductual*
 - 4.6.2. Tratamiento cognitivo*
 - 4.6.3. Tratamiento farmacológico*

- 4.7. Abordaje de los diferentes subtipos del trastorno obsesivo-compulsivo
 - 4.7.1. *Terapia del temor a la contaminación con rituales de limpieza*
 - 4.7.2. *Terapia de rituales de comprobación*
 - 4.7.3. *Terapia de los pacientes con temor a hacer daño*
 - 4.7.4. *Terapia de la lentitud obsesiva primaria*
 - 4.7.5. *Tratamiento de las obsesiones sin conductas compulsivas explícitas*
 - 4.8. Formatos de intervención
 - 4.8.1. *Tratamiento conductual en grupo*
 - 4.8.2. *Intervenciones en el tratamiento familiar*
 - 4.9. Propuesta de programa de intervención
 - 4.10. Guía del consenso de expertos sobre el trastorno obsesivo-compulsivo
 - 4.11. Problemas más habituales
- Cuadro resumen
- Exposición de un caso clínico
- Descripción de materiales necesarios específicos para el tratamiento
- Preguntas de autoevaluación

Capítulo 5. Tratamiento (II). Guía para el paciente

- 5.1. ¿Qué es el trastorno obsesivo-compulsivo?
- 5.2. ¿Qué causa el trastorno?
- 5.3. Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo
- 5.4. ¿Cómo se trata el trastorno obsesivo-compulsivo?
 - 5.4.1. *Objetivos del tratamiento*
 - 5.4.2. *Tratamiento del TOC*
- 5.5. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual
- 5.6. Material de autoayuda
 - 5.6.1. *Guía abreviada de terapia conductual*
 - 5.6.2. *Material de autoayuda: registros y autoaplicaciones*
 - 5.6.3. *Reglas generales para los diferentes tipos de TOC*
- 5.7. Información a la familia

Clave de respuestas

Lecturas recomendadas y bibliografía

1

Introducción

El término obsesión viene de la palabra latina *obsessio, -onis*, que significa asediar o sitiar. Gracias a los estudios epidemiológicos llevados a cabo en los últimos años se ha confirmado que el trastorno obsesivo-compulsivo es un trastorno psiquiátrico mucho más frecuente de lo que en un principio se creía, con una prevalencia en torno al 2-3% en la población general y que puede provocar grados elevados de discapacidad.

1.1. Descripción clínica

A) Las *obsesiones* son pensamientos, imágenes, ideas e impulsos intrusivos que invaden persistentemente la mente del paciente en contra de su voluntad y que el sujeto considera repugnantes, inaceptables y absurdas, y que causan ansiedad y malestar significativo en la persona que las sufre. Pueden ser provocadas por situaciones estimulantes externas o no. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, rumiaciones, impulsos o imágenes o bien intenta neutralizarlos con otros pensamientos o actos (DSM-IV). Muchas obsesiones están relacionadas con preocupaciones de contaminación, de provocar daño accidental a otras personas; otras obsesiones pueden implicar aspectos religiosos (blasfemar, dudas religiosas) o preocupaciones sexuales (Marks, 1991). La persona que las sufre no desea tenerlas, más bien al contrario normalmente se resiste a poseerlas y trata de librarse de ellas. La obsesión es una experiencia pasiva y la persona puede estar llevando a cabo cualquier otra actividad cuando ésta irrumpe en su conciencia, interfiriendo en su pensamiento o conducta.

Con respecto al contenido de las obsesiones puede ser muy variado. Hay temas más habituales como la contaminación, la suciedad, las enfermedades, la muerte, la violencia, la agresión, el peligro y temas religiosos o morales. Pueden darse también obsesiones relacionadas con temas sexuales y con menor frecuencia algunas otras más triviales o carentes de sentido. En otros casos, la obsesión consiste en dudas sobre cualquier cosa que lleve a cabo la persona.

Como podemos ver, las principales características de una obsesión son: se

introducen en la conciencia como algo indeseable; pueden adoptar la forma de un pensamiento, una imagen, un impulso, o una combinación de todos ellos. Si bien, las obsesiones en forma de pensamiento aparecen con mayor frecuencia que las obsesiones en forma de impulso o imagen. Cuando se produce la obsesión, la persona trata de resistirse y de eliminarla. Algunos pacientes informan que sus obsesiones pueden estar presentes la mayor parte del día a pesar del esfuerzo para librarse de ellas. El esfuerzo llevado a cabo para la eliminación de las obsesiones puede ser agotador. A diferencia de otros trastornos mentales, el paciente sabe que la obsesión se origina en su interior, que es producto de su propio pensamiento y no la percibe como algo originado en el exterior (De Silva y Rachman, 1992).

Los aspectos que para algunos autores (Reed, 1985) resultan básicos en la definición de este trastorno serían: *a)* la cualidad compulsiva de la experiencia; *b)* el reconocimiento de la misma como irrelevante, absurda o sin sentido; *c)* que la persona se resista en algún grado a dicha experiencia (autor citado en Botella y Robert, 1995). Si bien, aunque la característica “grado de resistencia que ofrece el paciente” se ha mantenido durante mucho tiempo como esencial en la definición de este trastorno, en la actualidad ya no se mantiene. Si bien, en la mayoría de los casos, la persona se resiste a la obsesión o a la urgencia compulsiva, se dan muchas excepciones, especialmente en relación a las compulsiones. En las fases iniciales del trastorno, el paciente se resiste fuertemente a la necesidad de realizar la compulsión, pero después de pasado un tiempo, y de repetidos fracasos puede manifestar mucha menos resistencia. Incluso los pacientes con TOC crónicos pueden experimentar escasa o ninguna resistencia a la obsesión o a la urgencia compulsiva. Cada subgrupo dentro del TOC manifiesta un grado diferente de resistencia, de forma que la resistencia en los dubitativos-comprobadores es elevada, moderada en los pacientes con rituales de limpieza y baja en los enlentecidos (De Silva y Rachman, 1992; Vallejo, 1997).

A pesar de que a veces hay un miedo fundamentado en algunas obsesiones (por ejemplo, miedo a la contaminación) el alcance de estos miedos se reconoce como irracional o desmedido incluso por el propio paciente. La suciedad y la contaminación parecen ser el contenido más usual de las obsesiones, seguido por la agresión y violencia, religión y sexo (Turner y Beidel, 1988).

B) Las *compulsiones* son conductas o acciones repetitivas que el sujeto lleva a cabo para neutralizar un contenido obsesivo y que tienen la finalidad de reducir la ansiedad o el malestar del sujeto. La conducta compulsiva se realiza de una forma estereotipada o de acuerdo con determinadas reglas (DSM-IV). La compulsión puede ser completamente inaceptable o a menudo sólo aceptable en parte. La conducta que se lleva a cabo no es un fin en sí misma pero pretende prevenir algún acontecimiento o situación desagradable; en ocasiones la actividad o conducta llevada a cabo no tiene un hilo conductor realista ni lógico con lo que se pretende conseguir (por ejemplo, tocar un objeto sistemáticamente un determinado número de veces para prevenir que a un familiar le ocurra algo), o puede ser excesiva (como lavarse las manos reiteradas veces con lejía para no contaminarse). A

veces la persona inicia la compulsión para librarse de la ansiedad que le resulta insopportable; el paciente puede sentir una fuerte urgencia de ejecutar la conducta (urgencia compulsiva); normalmente se produce el deseo de resistirse. La persona es consciente de la irracionalidad y falta de sentido de la conducta, y no obtiene ningún placer al llevarla a cabo aunque se produce un alivio de la tensión a corto plazo (De Silva y Rachman, 1992).

La compulsión invade al paciente: éste no se alegra de llevarla a cabo pero es una acción voluntaria, ejecutada como resultado de una urgencia compulsiva y no como una conducta automática (a diferencia de los tics o espasmos musculares, que son respuestas motoras involuntarias).

Los rituales, además de manifiestos, también pueden ser de naturaleza exclusivamente cognitiva. Un ritual cognitivo se define como un acto mental realizado de manera específica y consistente en una serie de pasos concretos. Ejemplos de este tipo de rituales cognitivos serían el recitar una oración, visualizar una imagen concreta, recitar una serie de frases o de números. Tienen un punto final determinado puesto que son comportamientos finalistas que el sujeto lleva a cabo con la intención de prevenir algún tipo de daño o desastre; por tanto, algunos acontecimientos mentales funcionan como *compulsiones encubiertas* y se pueden entender como rituales compulsivos que servirían para que el sujeto neutralice los pensamientos intrusivos. Rachman mantiene que deberíamos referirnos a ellas como compulsiones o rituales cognitivos (autor citado en Botella y Robert, 1995)

La mayoría de los investigadores coinciden en que los rituales están asociados a obsesiones concretas. Asimismo, existe evidencia empírica respecto a que la obsesión produce malestar. La presencia de la obsesión provocaría una urgencia para llevar a cabo ciertos comportamientos, por lo que las compulsiones tendrían la función de reducir el nivel de ansiedad y malestar provocado por la obsesión. Los que sufren obsesiones y compulsiones manifiestan ansiedad crónica desadaptativa y grados diferentes de depresión. La ansiedad se manifiesta en forma de nerviosismo general, irritabilidad, aprensión, inquietud, quejas somáticas y pensamientos de duda (Turner y Beidel, 1988).

A la hora de diagnosticar el trastorno obsesivo compulsivo además de la existencia de obsesiones y compulsiones, es importante determinar el grado en que éstas ocasionan angustia e interfieren en la vida de la persona. Las obsesiones y las compulsiones son frecuentes en la población general, y no se consideran problemáticas salvo que generen angustia o afecten gravemente a la vida o actividades de la persona que las padece.

La relación que existe normalmente entre la obsesión y la compulsión, es que la primera conduce a la segunda; en la mayoría de los trastornos obsesivo-compulsivos, esto ocurre así (por ejemplo, el paciente que toca algo y se siente contaminado y tiene la compulsión de lavarse reiteradamente las manos un determinado número de veces). A estas compulsiones en ocasiones se las denomina “neutralizantes” porque su función es la de neutralizar o corregir la obsesión o sus consecuencias. En otros casos menos frecuentes, puede ocurrir que la obsesión se produzca sola, es decir, que no vaya seguida de ninguna conducta compulsiva. Y más extraño aún, pero posible, es que puede haber

compulsión sin obsesión que la preceda (De Silva y Rachman, 1992).

1.2. Clasificaciones

Diferentes autores han intentado delimitar los posibles subtipos clínicos que se pueden identificar entre los pacientes diagnosticados de TOC.

1.2.1. Clasificación de Marks (1987-1991)

Existen varias formas de rituales que se pueden solapar porque algunos pacientes presentan más de un tipo de ellos (Botella y Robert, 1995).

1. *Rituales de limpieza* (51%): se presentan más en mujeres que en hombres; vienen provocados por miedos a la suciedad e ideas de contaminación (germenes, sangre, radiación, venenos, personas enfermas, hospitalares...). En este caso la compulsión más común puede consistir en lavarse, y ducharse varias veces, o lavar durante horas los platos o la ropa con el objetivo de llevar a cabo la desinfección de todos los objetos *contaminados*.
2. *Rituales de repetición* (40%): los rituales con números son el ejemplo principal de repetición; por ejemplo, repetir una cierta cantidad de veces un determinado número cada vez que aparezca un determinado pensamiento. Los rituales de repetición también son comunes en muchos casos de lavado o comprobación. Por ejemplo, las secuencias de lavado deben repetirse un determinado número de veces, y la secuencia se reinicia si se ve interrumpida antes de terminar.
3. *Rituales de comprobación* (38%): este tipo de compulsiones sería más frecuente en hombres que en mujeres. Los pacientes pueden gastar horas comprobando que puertas, ventanas, llaves del gas o de la luz están bien cerradas al salir de casa por la mañana o al acostarse por la noche; o recorrer varias veces el camino realizado con su coche para asegurarse de que no han atropellado a nadie por el camino.
4. *Rituales de acumulación* (2%): en estos casos los pacientes encuentran muy difícil el ser capaces de tirar cualquier cosa llegando incluso a almacenar durante décadas basuras, papeles, comida enlatada, ropa y objetos que nunca utilizan. Desprenderse de lo acumulado les provocaría un alto nivel de ansiedad, y puede darse el caso de que les resulte difícil moverse por su

- propia casa por la gran cantidad de objetos inservibles acumulados.
5. *Rituales de orden* (9%): relacionados con la compulsión a ordenar objetos de una manera determinada que puede derivar en la pérdida de una gran cantidad de tiempo impidiendo llevar a cabo tareas más productivas.
 6. *Lentitud compulsiva*: se trataría de un trastorno especialmente problemático, difícil de abordar y resistente al tratamiento. Se caracteriza por la lentitud en acabar una tarea de la vida cotidiana (como levantarse de la cama, ducharse, cepillarse los dientes o vestirse). El paciente puede tardar horas en realizar estas actividades diarias; dicha lentitud sería consecuencia de la repetición de la secuencia total de las acciones o de sus componentes. En opinión de Marks, en algunos de estos casos no se manifiestan rituales visibles y los sujetos parecen perdidos en meditaciones y posteriormente afirman que estaban llevando a cabo controles mentales. Este tipo de trastorno es más frecuente en hombres que en mujeres. La lentitud es selectiva a un tipo de tareas determinadas. (Marks, 1991: 26). Rachman (1974) denominó a este tipo de trastorno *enlentecimiento obsesivo primario*. Aparentemente estas conductas no se asocian a ningún ritual y no van seguidas de la reducción de ansiedad.

1.2.2. Clasificación de De Silva y Rachman (1992)

Distinguen diferentes manifestaciones o subtipos clínicos, que son los siguientes:

1. *Compulsiones de limpieza/lavado*: la forma más común de TOC. El paciente procura evitar todo aquello que crea que puede ensuciarle o contaminarle; de no ser posible, lleva a cabo largos rituales de limpieza y desinfección. Es más frecuente en mujeres que en hombres.
2. *Compulsiones de comprobación*: el siguiente subtipo en cuanto a la frecuencia de aparición en la clínica. Estos autores afirman que se presenta por igual en hombres que en mujeres (a diferencia del autor anterior). Los rituales de comprobación irían asociados a obsesiones en forma de duda que les generan angustia sobre si lo han hecho bien, por lo que continúan comprobando una y otra vez. Temen que la falta de comprobación dé lugar a una catástrofe de la que serían ellos los responsables.
3. *Otro tipo de compulsiones manifiestas*: no habría diferencias por sexos en este subtipo. Se trataría de otras modalidades de compulsiones manifiestas, como: repeticiones reiteradas de determinadas conductas; seguir un orden muy estricto al realizar una conducta (por ejemplo, cocinar o limpiar); o compulsiones de tocar (por ejemplo, tocar todas las esquinas); con este tipo de compulsiones manifiestas los pacientes evitarían un peligro o catástrofe; otros

pacientes comentan que lo hacen para evitar la sensación de gran malestar o ansiedad que se produciría si no lo hicieran. Otra posible modalidad dentro de este subtipo serían los pacientes que acumulan o almacenan una gran cantidad de objetos inservibles, que también informan de una gran ansiedad o malestar en el caso de que tuvieran que desprenderse de lo acumulado.

4. *Obsesiones no acompañadas de conducta compulsiva manifiesta*: se trataría de la presencia de pensamientos, imágenes o impulsos no acompañados de rituales. En algunos casos, estas obsesiones van seguidas de *compulsiones encubiertas o rituales mentales* que son muy parecidos a los rituales manifiestos puesto que el paciente sentiría una gran urgencia por llevarlos a cabo y servirían para reducir la ansiedad o el malestar (por ejemplo, contar según una secuencia, pensar una frase que contrarreste la obsesión, etc.). Otros pacientes tienen compulsiones mentales sin que éstas estén asociadas a obsesiones; y otros presentarían rumiaciones mentales e invertirían gran cantidad de tiempo pensando de forma improductiva sobre cualquier asunto (por ejemplo, una cuestión filosófica, religiosa, cualquier asunto familiar...). Algunos autores consideran las obsesiones como sucesos mentales y las compulsiones como sucesos abiertos o motores. Según los autores de esta clasificación esta división es incorrecta; si bien es cierto que todas las obsesiones son hechos mentales, no todas las compulsiones son conductas motoras manifiestas. Muchos pacientes tienen compulsiones encubiertas o mentales con las mismas características de las compulsiones abiertas. Las compulsiones encubiertas también reciben el nombre de “rituales cognitivos” o “compulsiones cognitivas”
5. *Lentitud obsesiva primaria*: como se ha comentado anteriormente, este subtipo fue identificado inicialmente por Rachman en 1974 y se manifiesta en un pequeño número de pacientes, preferentemente hombres; consiste en llevar a cabo algunas actividades de forma extraordinariamente lenta y pausada mientras que otras se realizan de forma normal. Todo el ensayo mental implicado en llevar a cabo la conducta no es vivenciado por el sujeto como algo molesto, intrusivo y generalmente el paciente no se resiste a esta lentitud compulsiva. Este subtipo aparece al inicio de la vida adulta, tiene un curso crónico, suele dar lugar a un gran nivel de incapacidad y el paciente suele estar socialmente aislado.

1.2.3. Clasificación del grupo de Foa

A partir del trabajo de Foa y su grupo (Foa, Steketee y Ozarow, 1985) sobre los trastornos de ansiedad, Kozack y sus colaboradores (1988) proponen una clasificación

que intenta ofrecer directrices útiles en cuanto al tratamiento del TOC. Proponen una clasificación del TOC que se basa por una parte en los indicios o señales que evocan ansiedad, y por otra en el tipo de actividad (motora o cognitiva) que reduce o elimina la ansiedad; ello da lugar a distintos subtipos de obsesiones:

- a) Presencia de ideas intrusivas, señales o estímulos externos y miedos a desastres.
- b) Presencia de ideas intrusivas, señales o estímulos externos en ausencia de pensamientos de desastre.
- c) Presencia de ideas intrusivas y miedo a desastres sin señales o estímulos externos.
- d) Teóricamente sería posible un cuarto subtipo de obsesiones, en el que no se detectarían ni señales externas ni miedo al desastre, pero los autores señalan que no se ha encontrado ningún caso en la práctica clínica.

1.2.4. Clasificación de Rachman (1994)

Rachman en 1994 introduce un nuevo concepto en el trastorno obsesivo-compulsivo, al que llama la “polución de la mente”. El autor diferencia entre “sentirse sucio” y la “sensación de polución”. La sensación de estar sucio surge normalmente al estar en contacto con algún objeto o material objetivamente sucio (por ejemplo, animales, excreciones corporales o materia putrefacta). Este sentimiento se basa en una evidencia objetiva que puede ser corroborada por otros; el malestar o la sensación de suciedad puede desaparecer al lavarse la parte del cuerpo afectada. Por el contrario la sensación de *polución mental* hace referencia a una “suciedad interior” que generalmente surge y persiste con independencia de la presencia o ausencia de suciedad observable.

Cuadro 1.1. *Criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo [300.3] según DSM-IV*

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):

- (1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos.
- (2) Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- (3) La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

- (4) La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

- (1) Comportamientos (por ejemplo, lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (por ejemplo, rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
- (2) El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. *Nota:* Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (por ejemplo, preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Cuadro 1.2. *Criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo (CIE-10)*

F.42 Presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes.

Obsesiones: ideas, impulsos o imágenes mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables (porque su contenido es violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido) y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos.

Actos o rituales compulsivos: conductas estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles. Para el individuo tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable. Suelen tratarse de rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien, o se lo pueda producir a otros. A menudo, aunque no siempre, esta conducta es reconocida por el sujeto como carente de sentido o eficacia, y hace reiterados intentos para resistirse a ella.

Pautas para el diagnóstico CIE 10

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de

incapacidad durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas, síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos. Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:

- a) Son reconocidos como pensamientos o impulsos propios.
- b) Se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista.
- c) La idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido).
- d) Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.

F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos

Pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos a actuar. Su contenido es muy variable, pero se acompañan casi siempre de malestar subjetivo.

F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)

La mayoría de actos compulsivos se relaciona con la limpieza, con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se ha evitado una situación potencialmente peligrosa, o con la pulcritud y el orden. Los rituales compulsivos pueden ocupar muchas horas de cada día y suelen acompañarse a veces de una marcada incapacidad de decisión y de un enlentecimiento.

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos

Esta subcategoría debe de ser usada cuando ambos (obsesiones y actos compulsivos) son igualmente intensos, como es frecuente, aunque es útil especificar sólo uno cuando destaca con claridad, ya que pensamientos y actos pueden responder a tratamientos diferentes.

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación

1.3. Epidemiología del trastorno obsesivo-compulsivo

1.3.1. Prevalencia

La prevalencia real del trastorno obsesivo-compulsivo en la población general es mucho más alta de lo que se pensaba hasta hace unas décadas. La aparición del trastorno en la población general se estimaba hasta hace poco tiempo alrededor del 0,05%, es decir, una de cada dos mil personas (De Silva y Rachman, 1995). Antes se creía que el TOC era relativamente raro, estudios recientes han estimado una prevalencia global del 2,5% y una prevalencia anual que se sitúa entre el 1,5 y el 2,1% (DSM-IV). Las cifras ofrecidas por diversos estudios epidemiológicos actuales muestran prevalencias de hasta un 3% en

la población general.

Las investigaciones muestran que entre los pacientes psiquiátricos externos, menos del 1% padecen este trastorno. Entre los pacientes internos, la cifra es superior, pero inferior al 5%. Sin embargo, los datos son muy divergentes porque los diagnósticos no son muy sistemáticos en los diferentes estudios. Entre los factores que inciden en un bajo reconocimiento del TOC en la clínica estarían: la escasa demanda de atención psiquiátrica, el nivel de gravedad moderado en la mayoría de los pacientes, la dificultad diagnóstica y la dificultad terapéutica (Bousoño y cols., 1998).

A continuación se exponen los datos de prevalencia para el TOC del estudio de Torres de Galvis (2000), del Estudio Nacional de Colombia.

	Masculino %	Femenino %	Total %						
PREVALENCIA DE VIDA según género de acuerdo al DSM-IV	3,3	3,9	3,6						
<hr/>									
	Hombres	Mujeres	Total (%)						
<hr/>									
PREVALENCIA ANUAL según sexo de acuerdo al DSM-IV	2,4	3,8	3,1						
<hr/>									
PREVALENCIA DE VIDA según edad de acuerdo al DSM-IV	12-15	16-19	20-24	25-29	30-37	38-49	50-60	> 61	Total (%)
TOC	2,7	4,1	4,6	3,0	3,1	3,1	6,2	2,0	3,6

PREVALENCIA DE VIDA según escolaridad de acuerdo al DSM-IV	Sin escolaridad	1-6	7-12	13-16	>17
Trastorno obsesivo-compulsivo	3,9	3,0	3,5	6,0 *	2,3

* Según el autor del estudio este resultado puede interpretarse en dos sentidos: o que la educación reafirma los rasgos obsesivo-compulsivos del individuo o que personas con dichos rasgos, por las características del trastorno, tengan mayor posibilidad de avanzar y tener éxito en el sistema educativo.

Cuadro 1.3. *Comparación de la prevalencia de vida del TOC en los estudios E.C.A., N.C.S. y E.N.S.M.*

	E.C.A. ⁽¹⁾	N.C.S. ⁽²⁾	E.N.S.M. ⁽³⁾
Tamaño de la muestra (n)	19.182	8.098	15.045
Año de publicación	1990	1994	1997
T. obsesivo-compulsivo	2,5	N.D.	3,6

- (1) Estudio denominado "Epidemiological Catchment Area". Fue publicado en 1990, realizado en una muestra representativa de 5 ciudades de Estados Unidos (n = 19.182), utilizando el Diagnostic Interview Schedule y criterios DSM-III. (Regier, D.A. y cols.: Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse. *JAMA* 264 (19): 2511-2518).
- (2) Estudio denominado "National Comorbidity Survey". Publicado en 1994, realizado en una muestra representativa de Estados Unidos, utilizando el UM-CIDI y criterios DSM-IIIR. (Kessler, R. y cols.: Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-IIIR Psychiatric Disorders in the United States. *Arch Gen Psych* 51: 8-19, 1994).
- (3) Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia. Publicación preliminar en 1997. Realizado en una muestra representativa de la población general de Colombia, utilizando el CIDI-1 y criterios DSM-IV.

1.3.2. Edad de aparición e incidencia por sexos

La edad de aparición del TOC es variable, aunque suele aparecer en la adolescencia o al principio de la edad adulta, también puede hacerlo en la infancia. Existen pruebas que demuestran que la edad de inicio es menor en los hombres que en las mujeres: entre 6 y

15 años para los varones y entre 20 y 29 años para las mujeres (DSM-IV). Se calcula que el período medio que transcurre entre la aparición y la primera presentación clínica es de siete u ocho años aproximadamente. Hay datos que respaldan la existencia de un subgrupo de aparición tardía, caracterizado por obsesiones exclusivamente en comparación con el grupo de aparición precoz que es predominantemente compulsivo.

El trastorno muestra una incidencia similar en varones que en mujeres; sin embargo puede haber diferencias de género relacionadas con los síntomas que presentan: por ejemplo, los miedos a la contaminación acompañados por rituales de limpieza y lavado se presentan con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, sin embargo, la lentitud obsesiva es más frecuente en hombres que en mujeres.

1.3.3. Curso

En la mayoría de los casos la aparición del trastorno es de forma gradual aunque existen casos de inicio agudo. El curso del TOC es variable. La mayoría de los sujetos presentan un curso crónico con altas y bajas, con exacerbaciones de los síntomas que podrían estar relacionadas con sucesos estresantes. Alrededor del 15% presenta un deterioro progresivo de las relaciones sociales y laborales. Aproximadamente el 5% sigue un carácter episódico, con síntomas mínimos o ausentes en los períodos intercríticos (DSM-IV). Puede haber períodos en los que el problema está presente seguidos de etapas relativamente buenas; si bien en estos períodos relativamente buenos puede haber síntomas en la mayoría de los casos. En aproximadamente la mitad de los pacientes se da un empeoramiento progresivo del trastorno. Los síntomas empeoran con la aparición de una depresión, y bajo condiciones de estrés.

1.3.4. Estrés y acontecimientos precipitantes

La investigación sobre los factores precipitantes ha arrojado resultados dispares: desde investigaciones que hablan que de un 30 a un 50% de los casos no identifican sucesos precipitantes, hasta otros estudios que sugieren que de un 56 a un 90% de los pacientes con TOC pueden identificar un factor desencadenante. Cuando el trastorno se presenta de forma más gradual, en los meses previos a su aparición se identifican experiencias estresantes tales como estrés emocional en el ámbito doméstico o laboral, problemas relacionados con la salud o con pérdidas emocionales (exceso de trabajo, embarazo y parto, problemas maritales o sexuales, enfermedad o muerte de un familiar...). En algunos casos, la aparición del TOC va precedida por algún episodio depresivo. La aparición aguda es más característica en mujeres. No se ha establecido una relación entre

la forma de aparición y el pronóstico (De Silva y Rachman, 1992).

1.3.5. Comorbilidad

La comorbilidad del TOC con otros trastornos mentales del Eje I es alta, de tal forma que en la investigación a veces es difícil obtener grupos homogéneos. Además muchos pacientes obsesivo-compulsivos crónicos tienen a lo largo de su vida otros trastornos del Eje I; y en ocasiones la distinción entre un diagnóstico primario y secundario es difícil, cuando no imposible de determinar.

La coexistencia con otros trastornos como ansiedad, depresión, esquizofrenia y algunas patologías neurológicas (síndrome de Gilles de la Tourette), está bien documentada en la bibliografía sobre el tema.

En una muestra de 100 pacientes estudiados por Rasmussen y cols. (2001) diagnosticados de TOC *primario*, encontraron que dos tercios de los pacientes tenían una historia de depresión mayor a lo largo de su vida; un tercio sufría depresión mayor en el momento de la primera evaluación. Estimaron que un 85% tenían un trastorno del estado de ánimo secundario al TOC y al 15% le diagnosticaron depresión mayor recurrente asociada. También se encontró un solapamiento con otros trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de pánico, la fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad de separación. Otros síndromes en los que también se encontró comorbilidad fueron los trastornos de la alimentación (sobre todo en la anorexia nerviosa), el síndrome de la Tourette y la esquizofrenia. Los diagnósticos del Eje II que más frecuentemente se asocian al TOC son: personalidad dependiente, evitativa, pasivo-agresiva y obsesiva. Y como rasgos de personalidad habitualmente asociados al TOC estarían: sentimientos de insatisfacción e imperfección, indecisión, perfeccionismo, ambivalencia, dedicación excesiva al trabajo, hipermoralidad, duda patológica, temor anormal a la evaluación, valoración excesiva del peligro, necesidad de tenerlo todo *bajo control* (falta de tolerancia a la incertidumbre).

Como hemos visto a lo largo del capítulo, en el trastorno obsesivo-compulsivo se identifican diferentes subgrupos: pacientes con obsesiones de limpieza y rituales de lavado; obsesivo-dubitativos con conductas de comprobación; pacientes con pensamientos obsesivos pero que no manifiestan rituales (rumiadores) y obsesivos con enlentecimiento primario. En opinión de Vallejo (1997) en el futuro habrá que establecer una clasificación que valide estos subgrupos que parece que responden de formas diferentes a distintos tratamientos y que es posible que tengan una etiopatogenia distinta puesto que ya existen datos al respecto, como en el caso de los obsesivos con enlentecimiento primario, que tienen un deterioro motor y cognitivo con disfunciones frontobasales, con signos neurológicos menores y con disfunciones registradas en la PET.

Cuadro resumen

Las dudas, preocupaciones y creencias supersticiosas pueden ser comunes a la mayoría de las personas en mayor o menor medida en la vida diaria. Cuando se hacen excesivas e interfieren en el funcionamiento cotidiano produciendo un malestar significativo y dificultades en las áreas social, familiar y/o laboral, es cuando se realiza el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo.

El TOC es un trastorno mental incluido en los trastornos de ansiedad en el que aparecen obsesiones y compulsiones, aunque en algunos casos pueden presentarse o bien sólo obsesiones o bien, sólo compulsiones.

Las *obsesiones* son pensamientos, imágenes o impulsos que invaden una y otra vez la mente en contra de la voluntad de la persona. Son egodistónicas, el sujeto las encuentra inaceptables, absurdas e irracionales pero no las puede evitar. Las obsesiones van acompañadas de sentimientos muy desagradables como el miedo, la angustia, la duda y producen sufrimiento intenso en la persona que las padece.

Las *compulsiones* están relacionadas con las obsesiones en la medida en que la persona que padece la obsesión intenta librarse de la misma a través de la compulsión. Las compulsiones son actos o conductas que la persona realiza una y otra vez de forma repetitiva y a menudo siguiendo unas reglas o normas determinadas, con la finalidad de reducir el malestar o la ansiedad que le produce la obsesión.

Los estudios epidemiológicos han demostrado que el TOC es una patología más frecuente de lo que en un principio se creía y que afecta a más del 2% de la población. La edad de aparición del TOC es variable, aunque suele aparecer en la adolescencia o al principio de la edad adulta, también puede hacerlo en la infancia. El trastorno muestra una incidencia similar en varones que en mujeres; sin embargo puede haber diferencias de género relacionadas con los síntomas que presentan.

Exposición de un caso clínico

El señor Martínez tiene 35 años, está casado desde hace 14, y es padre de tres niños de 10, 8 y 5 años. Reside en un pequeño pueblo a escasos kilómetros de la capital de su provincia. Compagina las labores en el campo con un trabajo como electricista en una gran empresa. Su nivel de formación es medio, si bien no llegó a terminar sus estudios de formación profesional. Su nivel socio-económico es medio.

El paciente acude a la consulta de psicología derivado por su médico de cabecera. Lleva 12 meses de baja laboral porque sus temores a ser contaminado le impiden salir de su casa. Hasta este momento ha estado en tratamiento psicofarmacológico con un psiquiatra privado con 40 mg de fluoxetina y 2,5 mg de risperidona. El paciente no refiere ninguna mejoría en sus temores ni en sus conductas de evitación.

El cuadro ha sido diagnosticado como un trastorno obsesivo-compulsivo. El cuadro en estos momentos es tremadamente incapacitante por cuanto el paciente no abandona prácticamente su hogar y nunca entra en contacto físico con otras personas, lo que ha perjudicado seriamente sus relaciones laborales, sociales y familiares. Incluso está empezando a afectar a su vida familiar ya que ha comenzado a no besar o tocar a sus hijos cuando vuelven de la escuela hasta que no se lavan y cambian de ropa. Esta última situación provocó la petición de ayuda profesional debido al gran malestar y pesar que el paciente sufría ante este temor que consideraba irracional.

La esposa informa que consume una gran cantidad de productos desinfectantes como alcohol, lejía e incluso aguarrás. En algunos casos ha llegado a consumir más de un litro al día de algunas de estas sustancias. El efecto de las mismas se puede apreciar en las manos del paciente, que están muy

deterioradas apreciándose incluso llagas en la parte posterior de la mano. La esposa asimismo informa que suele poner una o dos lavadoras de ropa al día a petición de su esposo y que los cromados de los pomos de las puertas de su casa y del coche están deteriorados debido a la utilización de productos abrasivos para su limpieza por parte del paciente.

Preguntas de autoevaluación

1. ¿Cuál es la prevalencia global del trastorno obsesivo-compulsivo en la población general?
a) 2,5%
b) 0,5%
c) 5%
d) 4%
2. ¿Cuál es la edad de inicio en este cuadro?
a) La mayoría de los cuadros comienzan en la infancia
b) Más temprana para hombres (6-15 años), más tardía para mujeres (20-29 años)
c) Más temprana para mujeres (6-15 años), más tardía para mujeres (20-29 años) hombres (20-29 años)
d) La edad de inicio es similar para ambos sexos y es en torno a los 20-25 años
3. ¿Cuál es el curso habitual de este trastorno?
a) La mayoría de los cuadros tienen un inicio súbito y una remisión total sin recaídas
b) La mayoría de los cuadros obsesivos tienen un inicio insidioso con remisión espontánea
c) La mayoría tienen un curso crónico con recuperación interepisódica parcial
d) Los cuadros de inicio en la infancia tienen un curso crónico, mientras que los que comienzan en la edad adulta no evolucionan hacia la cronicidad
4. ¿Cuál es la patología que más frecuentemente se asocia a los trastornos obsesivo-compulsivos?
a) Trastorno esquizoafectivo
b) Trastornos depresivos
c) Trastornos psicóticos
d) Trastornos de la conducta alimentaria

2

Etiología

El estudio de las bases etiológicas de los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) ha experimentado un creciente interés en los últimos veinticinco años a raíz del desarrollo de las teorías cognitivoconductuales y la mejora en las técnicas de neuroimagen. Estos desarrollos han permitido conocer más detalladamente las bases neuroanatómicas, neuroquímicas, neuropsicológicas y cognitivoconductuales de estos trastornos.

Desde la teoría psicoanalítica se formularon propuestas sobre la etiología de estos trastornos que estuvieron muy consideradas durante la primera mitad del siglo pasado, no obstante, su falta de validación experimental las ha relegado a un plano secundario hoy día.

El espectro de manifestación de los trastornos obsesivo-compulsivos es variado tanto en su presentación (por ejemplo: comprobadores, rituales de orden, limpieza, etc.) como en su intensidad y gravedad, y no siempre ha sido sencillo su estudio. El diagnóstico de TOC ha variado con los años, siendo hoy día más laxo y amplio que al principio, y predomina la influencia de sistemas de clasificación como el DSM IV, en contra de los matices diagnósticos que los psicopatólogos europeos expresaron en sus inicios (Berrios, 1995).

Este capítulo se hará un breve repaso de las principales aportaciones en tres grandes áreas: el área de la biología (estudios neuroanatómicos y neuroquímicos), el área de la neuropsicología y las investigaciones en el área de la psicología cognitivo-conductual. Finalmente, se explicarán brevemente los principales modelos etiológicos derivados de las investigaciones más recientes.

2.1. Aspectos biológicos

El estudio de las bases biológicas del trastorno obsesivo-compulsivo ha experimentado un gran avance gracias al desarrollo principalmente de dos nuevas técnicas de neuroimagen: la tomografía de emisión de positrones (PET) y la tomografía computarizada de emisión de fotones (SPECT). La PET permite cuantificar el flujo sanguíneo y el metabolismo

cerebral. Por su parte, con la SPECT cerebral de perfusión es posible estudiar la densidad, distribución y el grado de ocupación de receptores del sistema nervioso central y los sistemas de neurotransmisión implicados en los diferentes patologías mentales. Ambas técnicas, junto con otras más antiguas como TAC y EEG han permitido conocer más a fondo el funcionamiento cerebral y las alteraciones neuroanatómicas de los cerebros de personas que están diagnosticadas de TOC. La segunda parte de la contribución al conocimiento de las bases biológicas del TOC ha partido de un más amplio conocimiento de las bases neuroquímicas, sobre todo a partir de los estudios con fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y otros.

2.1.1. Bases neuroanatómicas del TOC

A) *Estudios de neuroimagen*

Son múltiples las investigaciones en las que se han empleado técnicas de neuroimagen para estudiar las implicaciones neuroanatómicas del TOC. En algunos casos se han estudiado personas con daño cerebral que han presentado cuadros compatibles con trastornos obsesivo-compulsivos, en otros casos enfermedades neurológicas como el síndrome de Gilles de la Tourette, que se caracteriza por la presencia de coprolalia, copropraxia y tics motores repetitivos. Por último, pacientes diagnosticados con TOC han sido estudiados con diferentes métodos de neuroimagen.

La mayoría de los estudios mediante exploración con PET han encontrado áreas cerebrales alteradas en pacientes obsesivos, como las siguientes: la región orbitofrontal izquierda, la corteza sensorial motora izquierda, el *gyrus cinguli* anterior bilateral, áreas prefrontales bilaterales, el orbital medial, el lateral prefrontal y el cuerpo estriado y el tálamo. En general, en los pacientes con TOC se aprecian tasas metabólicas elevadas en estas áreas cerebrales. La mayoría de los estudios con PET son bastante consistentes y apuntan a una disfunción en los circuitos que enlazan la corteza orbitaria con los ganglios de la base. Estos últimos guardan una estrecha relación con vías serotoninérgicas y conexiones cortico-subcorticales.

En los estudios de neuroimagen donde se ha utilizado SPECT se ha apreciado un aumento del flujo sanguíneo en la región medial frontal en pacientes diagnosticados de TOC. Estos estudios apuntan a implicaciones neuroanatómicas en el lóbulo frontal (corteza orbitofrontal), ganglios de la base (núcleo caudado) y cíngulo (región del lóbulo frontal que conecta con los ganglios de la base).

En general, en los estudios de neuroimagen las alteraciones neuroanatómicas detectadas se sitúan al nivel de las zonas orbitarias del lóbulo frontal, del córtex cingular y de los ganglios de la base, con especial incidencia en el núcleo caudado (PET). En SPECT aparece un aumento en la recaptación en las zonas frontoorbitarias.

B) Estudios sobre neurotransmisión

Coexisten hasta cuatro hipótesis respecto a la alteración de la neurotransmisión en los pacientes diagnosticados de TOC. La hipótesis serotoninérgica es quizá la más popular y aceptada en estos momentos debido probablemente al auge de los ISRS y su supuesta eficacia clínica en el tratamiento del TOC. No obstante, otras hipótesis como la dopaminérgica, la catecolaminérgica y la endorfinica también se han formulado para explicar algunos de los síntomas del TOC. Existen datos experimentales que avalan estas diferentes hipótesis.

La hipótesis serotoninérgica surge con fuerza a raíz de la eficacia en la disminución de sintomatología obsesivo-compulsiva de la clomipramina, un inhibidor de la recaptación de la serotonina (IRS). Varios estudios han hallado una disminución en la sintomatología obsesiva si a través de este tipo de medicamentos se aumenta la neurotransmisión serotoninérgica (5-HT). Varios datos procedentes de estudios farmacológicos avalan la implicación de la serotonina en la acción terapéutica antiobsesiva de algunos fármacos: *a)* sólo los antidepresivos con una eficaz acción sobre la recaptación del 5-HT tienen acción antiobsesiva demostrada; *b)* existen datos bioquímicos que indican una correlación entre la acción de la clomipramina y la movilización de algunos marcadores bioquímicos de tipo serotoninérgico; y *c)* los síntomas obsesivos que mejoran con la acción de la clomipramina reaparecen con la administración de antagonistas serotoninérgicos (Vallejo, 1995). Sin embargo, existen datos procedentes de estudios con precursores del 5-HT, agonistas del 5-HT y antagonistas que arrojan dudas sobre el alcance de estos hallazgos y la verdadera implicación del 5-HT en los TOC. La hipótesis serotoninérgica no puede por sí misma explicar la fisiopatología de este trastorno, por lo que es necesario valorar otros sistemas de neurotransmisión (dopamina, noradrenalina) neuromoduladores (neuropéptidos, segundos mensajeros, factores de liberación hipotalámicos) y, como ya mencionamos, anomalías estructurales del cerebro.

Por otro lado, también se ha apreciado en varios estudios una reducción de la sintomatología obsesiva con fármacos que producen un bloqueo dopaminérgico. La hipótesis dopaminérgica en relación a los trastornos obsesivo-compulsivos se ha establecido por las interacciones entre el TOC con un conjunto de entidades nosológicas presuntamente ligadas al TOC como la esquizofrenia (elevada comorbilidad con TOC), discinesia tardía, corea de Huntington y sobre todo el síndrome de Gilles de la Tourette. Existe una serie de datos que avalan la implicación de vías dopaminérgicas en los TOC: *a)* el aumento de la transmisión dopaminérgica (por anfetaminas, L-dopa) produce estereotipias en animales; *b)* se aprecia una relación de los síntomas obsesivos con determinadas enfermedades neurológicas que llevan una lesión de las vías dopaminérgicas (Vallejo, 1995). No obstante, la mayor parte de los datos proceden de estudios con animales o de lesiones neurológicas que presentan estereotipias o elevados niveles de impulsividad que no se pueden equiparar directamente a un TOC primario, lo que limita seriamente la generalización de estos hallazgos.

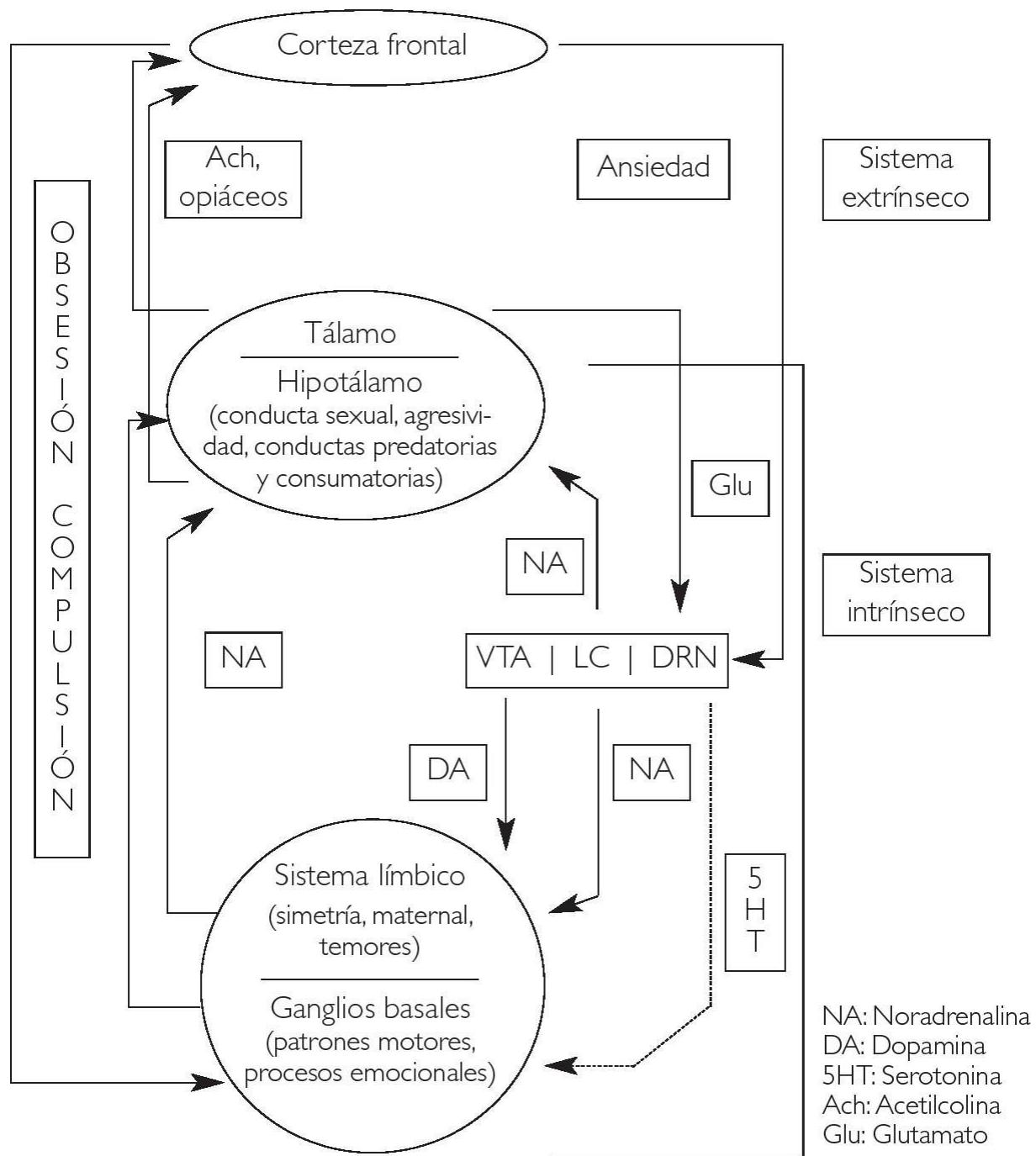


FIGURA 2.1. *Modelo orgánico del trastorno obsesivo-compulsivo basado en investigaciones con animales (Dodman, 2001).*

Asimismo, se han formulado dos nuevas hipótesis sobre alteraciones en la neurotransmisión de las vías catecolaminérgicas y endorfinicas basadas en hallazgos puntuales en algunos estudios. La hipótesis catecolaminérgica se basa en la apreciación

en algunos pacientes con TOC de un incremento de la actividad noradrenérgica presináptica y una disminución compensatoria de los receptores post-sinápticos adrenérgicos. Por otro lado, algunos datos implican de alguna forma a los opiáceos endógenos en la fisiopatología del TOC. Así, por ejemplo, la administración de naloxona (antagonista opiáceo) aumenta la sintomatología TOC.

C) Enfermedad y lesiones neurológicas

Existen múltiples alteraciones y enfermedades neurológicas que presentan, entre sus síntomas, alteraciones que manifiestan ciertas similitudes con la sintomatología TOC. Basándose en estos paralelismos, algunos investigadores han pretendido ver mecanismos neurofisiopatogénicos similares. Algunos de los trastornos neurológicos que presentan alteraciones se muestran en el [cuadro 2.1](#).

La investigación de las lesiones neurológicas producidas por traumatismos craneoencefálicos (TCE) o inducidas por la psicocirugía, ha sido utilizada para el estudio de las bases neuroanatómicas del TOC. Determinados TCE que afectan a áreas motoras presentan tics motores repetitivos que se han asimilado a las conductas compulsivas del TOC, si bien no suele aparecer ningún componente cognitivo asociado. Por otro lado, a través de intervenciones de psicocirugía se ha determinado que algunas áreas cerebrales, si son lesionadas, mitigan o a veces exacerbar la sintomatología TOC. Conviene reseñar, en este momento, que los tratamientos neuroquirúrgicos fueron una opción terapeútica ampliamente utilizada en el pasado, y aún en algunos casos en el presente, para la disminución de la sintomatología obsesiva grave. Estas intervenciones han utilizado diferentes técnicas: lobotomía, leucotomía (desconexión de las vías frontotálámicas) con el fin de reducir las alteraciones cognitivas de la enfermedad; lesiones en el cíngulo que producían una reducción de la ansiedad y de los movimientos estereotipados; lesiones quirúrgicas en el cuadrante bajo medial del lóbulo frontal y capsulotomía anterior bilateral esterotáctica que presentaban mejorías similares a la cingulotomía.

Cuadro 2.1. Alteraciones neurológicas que han sido relacionadas con el trastorno obsesivo-compulsivo

Síndrome de Gilles de la Tourette	Anoxia
Neuroacantosis	Parálisis supranuclear progresiva
Parkinsonismo postencefálico	Corea de Sydenham
Infarto del núcleo caudado	Lesiones en el lóbulo frontal

2.2. Neuropsicología del TOC

El auge del estudio neuropsicológico del TOC comienza en los años ochenta del siglo pasado. Uno de los problemas que surge a la hora de interpretar las alteraciones neuropsicológicas que aparecen en pacientes con TOC es determinar si estas alteraciones son primarias o secundarias. La gran comorbilidad del TOC con otros trastornos, pero en especial con alteraciones del estado de ánimo y psicóticas determina que, por ejemplo, en el primero de los casos aparezca una alteración de la memoria congruente con otros hallazgos en personas con depresión y, en el segundo de los casos, se manifiesten alteraciones en las funciones frontales en línea con los hallazgos en estudios con pacientes esquizofrénicos.

Los estudios neuropsicológicos del TOC se han centrado en analizar la lateralización del déficit, las alteraciones en el procesamiento de la información, las alteraciones frontales y fronto-estriatales.

2.2.1. Lateralización del déficit

Las primeras hipótesis a favor de la lateralización del déficit en pacientes con TOC se formulan a raíz de las investigaciones de Flor-Henry y cols. (1979) que utilizando la batería Haltstead-Reitan llegaron a la conclusión de la existencia de una pérdida de la capacidad de inhibición verbal debida a una alteración del lóbulo frontal del hemisferio izquierdo. En posteriores investigaciones, esta conclusión no se ha mantenido, así la mayoría de los estudios apuntan hacia una mayor probabilidad de una alteración en el hemisferio derecho. A favor de esta última hipótesis está el hecho de que se han detectado alteraciones visuoespaciales en pacientes TOC. El hallazgo más replicado ha sido la dificultad que muestran los pacientes TOC para realizar el Tactual Performance Test (TPT). Esta prueba consiste en encajar nueve figuras geométricas primero con la mano derecha, luego con la izquierda y finalmente con ambas manos. Los pacientes con TOC emplean un mayor tiempo de ejecución en la realización de la prueba que los sujetos control y presentan, asimismo, déficit en la memorización de la posición espacial de los objetos. En la realización de esta prueba está implicado el lóbulo parietal derecho, que es el encargado del reconocimiento táctil (asterognosia), del procesamiento visuoperceptivo (agnosia visual) y de la capacidad de dibujar (praxia constructiva).

Otros resultados a favor de la implicación del hemisferio derecho han sido que los

pacientes con TOC presentan déficit en la ejecución de movimientos en espejo. En la realización del Test de Retención Visual de Benton, los pacientes con TOC rendían por debajo del grupo control. (Esta prueba es especialmente sensible a lesiones focales parietales derechas.)

2.2.2. Alteraciones en el procesamiento de la información

En general todos los estudios apuntan a que los pacientes con TOC no presentan déficit de memoria generalizados, si bien aparecen alteraciones en los componentes de la memoria de tipo visuoespacial. Así, la memoria visual a corto plazo está alterada en pacientes con TOC en la ejecución del Benton. La memoria procedimental también aparece alterada en pacientes con TOC en el aprendizaje de laberintos, así como la memoria asociativa objetoposición espacial en el CPT (Continuous Performance Test).

2.2.3. Alteraciones frontales

La mayoría de los estudios neuropsicológicos en pacientes con TOC apoyan la existencia de un déficit frontal bilateral. Si bien el Wisconsin Card Sorting Test (WCST) no es una prueba selectiva de la función frontal, sí se aprecia un menor rendimiento en este test entre pacientes con TOC comparados con controles. No obstante, recientes investigaciones aportan datos que apuntan a una alteración en el sistema frontoestriatal en pacientes con TOC.

2.3. Estudios cognitivo-conductuales

En este apartado se van a resumir brevemente las principales formulaciones desde las orientaciones de aprendizaje y desde la orientación cognitiva. Otras formulaciones psicológicas, como la realizada desde la orientación psicoanalítica, no se incluyen por considerarse superadas históricamente y con escaso fundamento empírico.

Función cerebral

Disfunción
frontoestriatal

Núcleo caudado
Corteza prefrontal orbitaria
Corteza cingulada anterior



Función neuropsicológica

Afectación de
la memoria

Afectación ejecutiva

Dificultades
Codificación y recuperación
de la información

Dificultades
Apreciación del contexto amplio
Priorización y planificación
Inicio de la acción estratégica
Control y desviación de la conducta



Función psicológica

Síntomas clínicos

Obsesiones y compulsiones

FIGURA 2.2. *Modelo de la hipótesis neuropsicológica del trastorno obsesivo-compulsivo (Savage, 2001).*

2.3.1. Investigaciones desde el paradigma conductual

La premisa básica de la que parten todas las formulaciones conductuales es que los denominados trastornos “neuróticos” son de naturaleza aprendida y por tanto, se rigen y se explican a partir de los principios de la teoría del aprendizaje.

El modelo bifactorial de Mowrer ha sido uno de los más utilizados para explicar el origen y mantenimiento de los trastornos de ansiedad, incluido el trastorno obsesivo-compulsivo. Este modelo recurre al paradigma del condicionamiento clásico y operante. Así, en los trastornos de ansiedad se producen respuestas de escape o evitación que son a continuación reforzadas negativamente por su capacidad para reducir la ansiedad (condicionamiento instrumental). Asimismo, se produce otro tipo de condicionamiento de orden superior cuando el sujeto asocia otros estímulos mentales (en el caso de los trastornos obsesivo-compulsivos palabras, imágenes, pensamientos, objetos o sucesos) con el estímulo condicionado inicial.

En los pacientes con trastornos obsesivo-compulsivos, las respuestas de evitación o escape se manifestarán en forma de compulsiones o rituales reductores de la ansiedad (refuerzo negativo) (Foa, Steketee y Ozarow, 1985).

Los trastornos obsesivo-compulsivos presentan básicamente dos tipos de respuestas evitativas. Por un lado, respuestas evitativas pasivas similares a las que manifiestan los sujetos fóbicos, y por otro lado, respuestas activas de escape que estarían relacionadas específicamente con los TOC, como compulsiones o rituales. La primera de ellas correspondería al paradigma de aprendizaje de “evitación” observado claramente en las conductas fóbicas y la segunda al paradigma de “escape”, donde la realización de la compulsión elimina o reduce la ansiedad.

Teasdale (1974) afirmó que “la evitación activa se produce porque la evitación pasiva no es capaz de controlar la ansiedad. Se habrían producido procesos de generalización muy importantes y la ansiedad estaría asociada a tal cantidad de estímulos que la evitación pasiva sería prácticamente imposible”. En este contexto, se pueden incluir las conductas supersticiosas que aparecen en muchos casos de TOC. Así, por ejemplo, es frecuente encontrar en la clínica conductas de tipo supersticioso, y probablemente la explicación a la aparición de dichas conductas es una asociación producida al azar según un paradigma de condicionamiento clásico.

El modelo de dos factores de Mowrer ha sido muy criticado, tanto por su soporte empírico como por su relevancia y capacidad para explicar fenómenos encontrados en la clínica de los TOC. Por un lado, no existe suficiente evidencia que apoye que el condicionamiento clásico desempeñe un papel central en la etiología del TOC. En múltiples ocasiones, es difícil encontrar o identificar la experiencia traumática que pudiera dar origen al TOC. La mayoría de los pacientes con TOC no suelen recordar o niegan abiertamente haber experimentado ningún acontecimiento traumático previo a la aparición de los primeros síntomas. El patrón habitual descrito en la clínica suele ser más el de un inicio gradual y progresivo de la sintomatología, si bien en algunos casos se pueden identificar un conjunto de sucesos estresantes previos a la aparición de los primeros síntomas, como pérdida de un ser querido, embarazos, exámenes, etc.

Otra crítica respecto a la capacidad del paradigma del condicionamiento clásico para explicar la etiología TOC es que gran cantidad de pacientes presentan diversos rituales simultáneamente sin aparente conexión entre los mismos, lo que podría implicar la coexistencia de varios sucesos traumáticos. Algunos autores han pretendido explicar este

hecho recurriendo al fenómeno de la generalización. Esta explicación no resulta convincente ya que en la clínica no se encuentran nexos de unión entre muchos de los rituales, nexos que aparecerían en caso de haberse producido un fenómeno de generalización. En otros muchos casos se puede apreciar una evolución en el contenido y la forma de los síntomas obsesivos en la historia personal del paciente que no responden aparentemente a ningún acontecimiento personal concreto.

Finalmente, dos nuevas objeciones se han planteado desde el campo de la experimentación. La mayoría de la evidencia obtenida para apoyar este modelo está basada en el campo de la experimentación animal cuya extrapolación a los humanos levanta serias dudas. Además, este modelo fue originariamente concebido para explicar las conductas fóbicas. El comportamiento fóbico en los pacientes con TOC es uno entre un conjunto de complejos patrones comportamentales que se pueden observar. Dado el repertorio conductual y cognitivo presente en el TOC esta extrapolación no consigue explicar adecuadamente la complejidad de este cuadro.

2.3.2. Modelos cognitivos

Ya desde los años setenta del siglo pasado se comienzan a formular diferentes modelos cognitivos del trastorno obsesivo-compulsivo. En este apartado se va a desarrollar más detalladamente el modelo propuesto por Salkovskis (1985) por su especial relevancia y actualidad en el estudio e investigación del trastorno obsesivo-compulsivo.

- *Modelo de Salkovskis*

En primer lugar, Salkovskis parte de una distinción entre lo que él denomina pensamientos automáticos negativos y las obsesiones. Entiende que esta distinción es fundamental para entender el funcionamiento cognitivo del TOC. Los pensamientos automáticos negativos los define en términos del modelo cognitivo de Beck y son básicamente egosintónicos. Las obsesiones son definidas como ideas, pensamientos, imágenes e impulsos inaceptables que atentan contra el sistema de creencias del individuo, y son de naturaleza egodistónica. Para Salkovskis, las diferencias básicas entre las obsesiones y los pensamientos automáticos negativos se plantean en tres niveles: el grado de intromisión percibida, el grado de accesibilidad a la conciencia y el grado de consistencia con el sistema de creencias de la persona. En el modelo de Salkovskis, las obsesiones actuarían como un estímulo desencadenante de un determinado conjunto de pensamientos automáticos específicos de los trastornos obsesivo-compulsivos.

En los últimos años se han realizado varios estudios que muestran consistentemente

evidencia a favor de la existencia de pensamientos intrusivos frecuentes hasta en un 80% de la población normal sin que este fenómeno cognitivo genere alteraciones emocionales o malestar psicológico en dichas personas. Partiendo de estos datos, Salkovskis postula que estas intrusiones se transformarían en una alteración emocional y serían capaces de generar malestar si en un momento concreto pudieran activar determinados pensamientos automáticos negativos al chocar con el sistema de creencias del individuo. En este sentido, las intrusiones, en personas que desarrollan un trastorno obsesivo-compulsivo, actúan siguiendo los postulados de Beck, activando esquemas disfuncionales que dan lugar a pensamientos automáticos negativos en el TOC. Propone que estos pensamientos automáticos negativos surgen en respuesta a intrusiones relacionadas con ideas de ser responsables de posibles perjuicios o daños a uno mismo o a otros.

La responsabilidad se convierte por tanto en el eje principal de los contenidos de los pensamientos negativos automáticos del paciente obsesivo-compulsivo. Al igual que para otros investigadores desde el punto de vista cognitivo, Salkovskis postula que la preocupación del paciente gira en torno a la responsabilidad sobre hechos realizados u omitidos e incluso sobre el mero hecho de haber tenido un determinado pensamiento, idea o imagen. El hecho de poder considerarse o ser considerado responsable del daño o las consecuencias de una acción o incluso una falta de acción genera una carga emocional y un malestar tal en la persona, que le resulta altamente aversivo.

Para Salkovskis la perturbación afectiva producida por el trastorno obsesivo-compulsivo es consecuencia de los pensamientos automáticos negativos activados por la intrusión. En su opinión, los pensamientos obsesivos desempeñarían el papel de activadores de los pensamientos automáticos negativos pero no serían los responsables directos del malestar emocional que la persona experimenta. Las neutralizaciones (conductas compulsivas o estrategias cognitivas) serían intentos de evitar o minimizar la posibilidad de ser considerado el responsable del daño que pueda derivarse para uno mismo o para otro. Las posibles consecuencias de la acción o la omisión son tales y el malestar que genera tan elevado que el tiempo y esfuerzo invertidos en neutralizarlas por parte del paciente no supone, según Salkovskis, un coste tan elevado como sería el de asumir la responsabilidad del supuesto que ocupa al paciente. En estadios avanzados del trastorno, no obstante, se puede observar que el fenómeno de la neutralización se ha convertido en un mecanismo de respuesta automática a la intrusión sin que en algunos casos medie malestar emocional alguno.

En 1985 Salkovskis publica un análisis de los mecanismos y factores moduladores implicados en el trastorno obsesivo-compulsivo (véase la [figura 2.3](#)). Existe una gran variedad de estímulos que potencialmente podrían desencadenar pensamientos intrusivos. La persona afectada por este trastorno intentará denodadamente evitar dichos estímulos aunque no siempre tendrá éxito. La evitación puede realizarse manifiestamente (evitando lugares, objetos, situaciones) o de manera encubierta (intentando no pensar en determinados temas o supuestos). Los intentos de evitación suelen fracasar en muchos casos o provocar en sí mismos la activación de los pensamientos no deseados. En estos casos el estímulo se convierte en un desencadenante de la intrusión. Ésta es por

definición egodistónica, percibida como atentatoria contra el sistema de creencias del individuo, a veces aberrante o irracional. La reacción del individuo ante el pensamiento dependerá en gran medida del grado de malestar, de las consecuencias para el sujeto y de la importancia que le atribuya. En la medida en que estos factores afecten al individuo la intrusión activará o no los pensamientos automáticos negativos. Éstos se basan en determinados supuestos disfuncionales que interactúan con las intrusiones. Salkovskis menciona algunos de estos supuestos:



FIGURA 2.3. *Factores cognitivos y conductuales implicados en el mantenimiento y la modulación del trastorno obsesivo-compulsivo (Salkovskis, 1985).*

1. Tener un pensamiento sobre una acción es como realizar la acción.
2. El fracaso en impedir (o el fracaso al intentar prevenir) daño a uno mismo o a los demás es lo mismo que causar daño.
3. La responsabilidad no se atenúa por otros factores (por ejemplo, una baja probabilidad de ocurrencia).
4. No llevar a cabo la neutralización cuando se produce la intrusión es similar o equivalente a buscar o desear el daño relacionado con la intrusión.
5. Una persona debe y puede ejercer control sobre sus propios pensamientos.

Los supuestos disfuncionales siempre tendrán componentes relacionados con la responsabilidad, la culpa o el control que interactúan con los diferentes contenidos del pensamiento intrusivo activando pensamientos automáticos negativos. Éstos producen una alteración emocional con la consiguiente aparición de intentos de neutralización a través de conductas compulsivas o encubiertas. La probabilidad de ocurrencia de estas respuestas neutralizadoras a su vez dependerá de la experiencia previa y del nivel de responsabilidad percibida por la acción u omisión.

Para Salkovskis (1985) la neutralización puede tener una serie de consecuencias importantes:

1. La neutralización habitualmente tiene como resultado la reducción del malestar. Esto puede aumentar la probabilidad de la neutralización en un futuro, y además puede dar lugar a una generalización de estas estrategias para la reducción del malestar en otras situaciones.
2. La neutralización es reforzada al no ir seguida por un nocástigo y porque proporciona un importante apoyo a las creencias que mantiene el sujeto.
3. La puesta en marcha y la realización de la neutralización se convierte en un poderoso e inevitable estímulo desencadenante.

Salkovskis da una especial relevancia al estado de ánimo en el momento previo a la intrusión y la neutralización. Según este autor, el estado de ánimo puede actuar de diferentes maneras:

1. Ampliando la gama de estímulos que activan las intrusiones.
2. Ampliando la gama de intrusiones que desencadenan pensamientos negativos.
3. Ampliando el nivel de actividad de los esquemas disfuncionales preexistentes.

Salkovskis ha desarrollado una propuesta de modelo cognitivo de los trastornos obsesivo-compulsivos que se representa en la [figura 2.4](#). Para este investigador algunas personas presentan una mayor vulnerabilidad para interpretar los pensamientos intrusivos (normalmente ocurrientes en la población normal) como una indicación de su

responsabilidad en un previsible daño que les pueda ocurrir a ellos o a los demás. Esta mayor vulnerabilidad puede tener que ver con factores educacionales, estilos de crianza, entorno familiar o social. Esta mayor predisposición daría lugar a la formación de esquemas disfuncionales que dadas las condiciones adecuadas (por ejemplo, un incidente determinado) originaría la activación de las creencias disfuncionales con la interacción de pensamientos negativos automáticos con las ideas o pensamientos intrusivos. Los intentos de neutralización serían el colofón de este proceso y darían lugar a la manifestación de un trastorno obsesivo-compulsivo.

El modelo de Salkovskis es especialmente relevante porque representa un intento de ampliar la compresión del trastorno obsesivo-compulsivo incluyendo aspectos novedosos como la noción de responsabilidad o la interacción entre pensamientos intrusivos y pensamientos negativos automáticos. Asimismo, esta formulación presenta interesantes implicaciones de cara al tratamiento cognitivo de los trastornos obsesivo-compulsivos como veremos en el [capítulo 4](#). No obstante, persisten aún múltiples lagunas en la comprensión del TOC y este modelo también ha recibido críticas por parte de otros investigadores.

2.4. Situación actual de la investigación sobre la etiología del trastorno obsesivo-compulsivo

El estudio de los factores etiológicos del trastorno obsesivo-compulsivo está aún lejos de ofrecer una explicación razonable del trastorno. La complejidad y variabilidad de las manifestaciones clínicas del TOC no se explican debidamente desde ninguno de los enfoques propuestos. Los hallazgos neuroanatómicos y los modelos derivados de ellos se basan principalmente en la experimentación animal y en alteraciones neurológicas que no son equiparables al TOC en humanos. Las investigaciones neuroquímicas se centran principalmente en la supuesta eficacia de los psicofármacos en el control de la sintomatología obsesiva, pero están lejos de ofrecer una explicación convincente de fenómenos presentes en la clínica, como la gran variabilidad de respuesta a los fármacos y los fracasos terapéuticos. Los modelos cognitivo-conductuales sufren de similares limitaciones y están aún lejos de poder explicar la complejidad del fenómeno obsesivo. Se echa en falta una mayor integración entre los hallazgos neuroanatómicos, bioquímicos y psicológicos en un trastorno que probablemente sólo se podrá comprender más adecuadamente desde una visión más amplia e integrada del conocimiento actual.

Experiencia previa, experiencia actual y percepción de:

1. Problemas causados por “no tener suficiente cuidado con lo que haces”
2. Enseñanza específica de códigos de conducta y responsabilidad

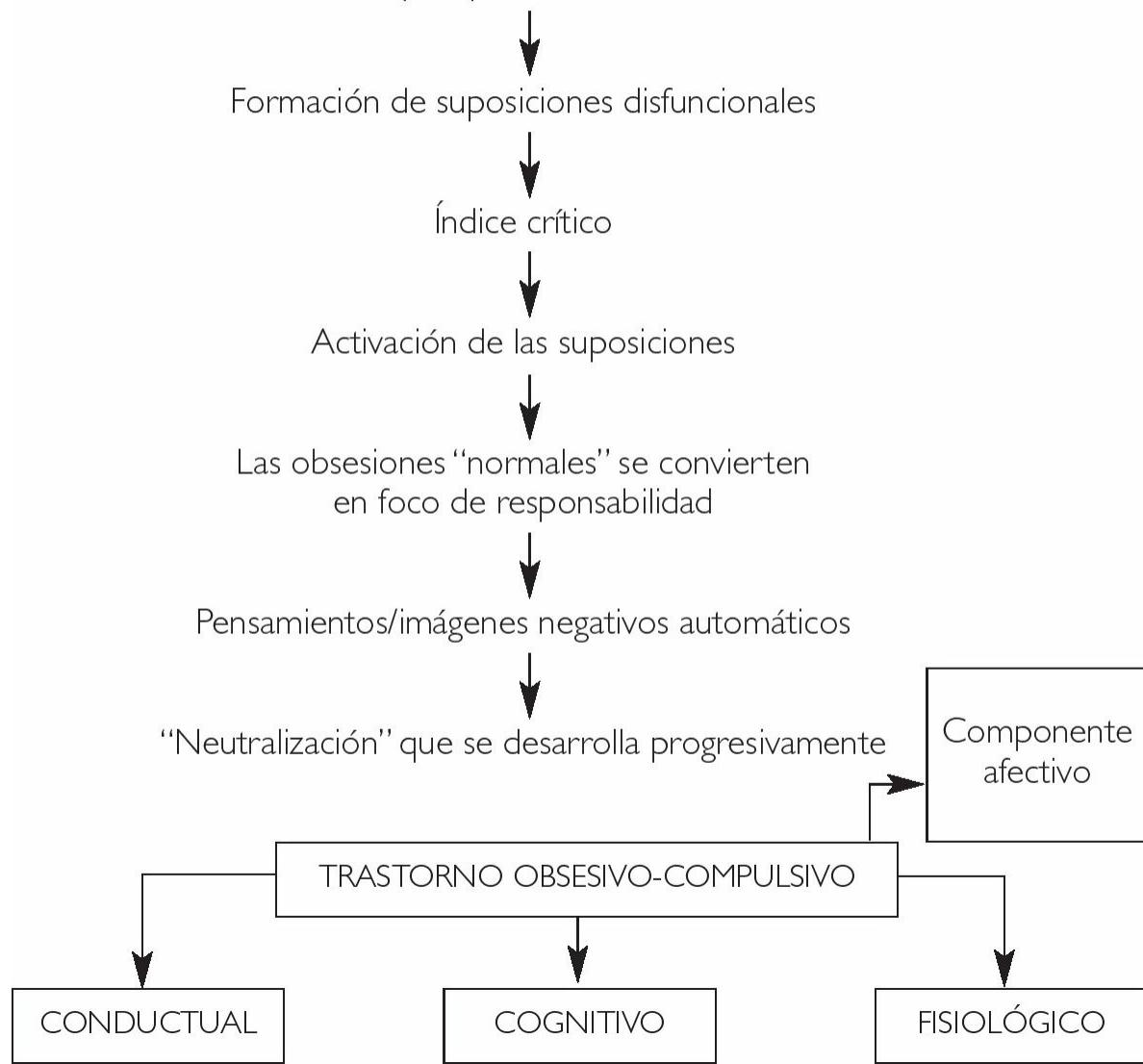


FIGURA 2.4. *Modelo cognitivo del trastorno obsesivo-compulsivo de Salkovskis (adaptado de Botella y Robert, 1995).*

Es probable que estemos ante un trastorno donde las transformaciones neuroanatómicas (de origen genético o por alteraciones en el desarrollo cerebral durante la gestación), unidas a las variaciones en vías serotoninérgicas, dopaminérgicas u otras, determinen déficit neuropsicológicos y en el procesamiento de la información que junto con factores educacionales, ambientales y personales determinen la aparición de un

TOC. Esta integración permitiría una mejor comprensión del trastorno. Tanto la variabilidad en la presentación del cuadro como su inicio y evolución indican que probablemente coexisten diferentes factores etiológicos dentro del TOC que habría que estudiar.

Cuadro resumen

La etiología del trastorno obsesivo-compulsivo despierta un creciente interés entre los investigadores. En los últimos 20 años, gracias a los desarrollos tecnológicos en el estudio del cerebro y a la investigación en el área de la psicología, se ha ampliado el conocimiento de este trastorno.

Múltiples estudios basados en técnicas de neuroimagen (PET y SPECT) han determinado la existencia de alteraciones en el funcionamiento cerebral de determinadas áreas como la región orbitofrontal izquierda, el *gyrus cinguli* anterior bilateral, los ganglios de la base, las áreas prefrontales bilaterales y otras. Asimismo, otros estudios han hallado alteraciones en la neurotransmisión principalmente en las vías serotoninérgicas, pero también en vías dopaminérgicas, catecolaminérgicas y endorfinas.

Los estudios neuropsicológicos sugieren alteraciones en el procesamiento de la información, memoria, alteraciones frontales y fronto-estriatales. Algunos estudios han hallado alteraciones en el hemisferio derecho con afectación en el área visuoespacial tanto en el procesamiento visuoperceptivo como en los componentes de la memoria de tipo visuoespacial. Asimismo han determinado la existencia de un déficit frontal bilateral en algunos pacientes.

Los estudios cognitivo-conductuales han aportado interesantes datos sobre el funcionamiento cognitivo y conductual de los pacientes que padecen este trastorno. El modelo bifactorial de Mowrer ha sido uno de los más utilizados para explicar el origen y mantenimiento de los trastornos de ansiedad incluido el TOC, si bien tiene importantes limitaciones a la hora de explicar la complejidad de la sintomatología obsesivo-compulsiva. Las investigaciones sobre el procesamiento de la información en este tipo de pacientes así como los estudios clínicos han dado lugar a formulaciones como el modelo de Salkovskis que aportan una mejor comprensión de los mecanismos cognitivo-conductuales de esta patología.

Exposición de un caso clínico

A) Antecedentes familiares

El paciente informa que su abuelo paterno se había suicidado tras varios años de padecer una depresión. Asimismo describe a su padre como una persona muy rígida, exigente, perfeccionista, emocionalmente distante, escrupuloso y ordenado. Un padre que siempre le insistía en la importancia del orden, la limpieza y la rectitud en su conducta. De sus cuatro hermanos, la hermana mayor también ha sido diagnosticada de un trastorno obsesivo-compulsivo con rituales de comprobación que tras un tratamiento farmacológico está bajo control. Su hermano menor está actualmente en tratamiento por un episodio depresivo mayor.

B) Antecedentes personales

En su infancia, la vida familiar del paciente no presentó ninguna problemática importante, si bien la recuerda como una vida con escasa afectividad, mucha disciplina y con énfasis en la responsabilidad. Desde muy pequeño, él y sus hermanos eran responsables de sus cosas, de ordenar su habitación, de su higiene personal y en caso de que no cumplieran con alguna de las normas eran castigados. Su vida escolar transcurrió sin problemas. Se describe como un niño obediente, no muy popular socialmente, exigente consigo mismo pero con un rendimiento escolar medio-bajo. A la edad de siete u ocho años, el paciente ya recuerda algún episodio de intenso temor a enfermar que remitía espontáneamente al cabo de unos días. A la edad de 10 años, uno de sus amigos desarrolló un herpes zóster y recuerda ese episodio con especial repugnancia y temor de haber sido contagiado por lo que acudió al médico del pueblo para asegurarse de que estaba bien. No informa sin embargo de ningún ritual de limpieza, ni de conductas de evitación específicas. Era no obstante una persona aseada, escrupulosa y con cierto temor a las enfermedades. A los 17 años, fruto de un encuentro casual tuvo una relación sexual con una chica del pueblo. Al cabo de unos días vio a esa misma chica con un vecino que “decían que era drogadicto”. Empezó a desarrollar un intenso temor a haber contraído alguna enfermedad (tenía especial temor al sida) y a realizar conductas compulsivas de limpieza de su cuerpo y genitales con varias duchas diarias utilizando grandes cantidades de jabón. El paciente informa que a raíz de ese incidente comienza a evitar algunas situaciones como baños públicos, personas que considera de “potencial riesgo” y lugares frecuentados por gente marginal. No obstante, estas preocupaciones son esporádicas y con un nivel de ansiedad leve. Esta situación se mantiene hasta los 30 años aproximadamente, cuando el paciente comienza a trabajar en una gran empresa compaginando su trabajo con las labores del campo. Empieza a experimentar un gran estrés y sufre pequeños accidentes laborales con heridas sangrantes en manos y brazos, por lo que comienza la preocupación sobre si la suciedad del entorno podría transmitirle alguna enfermedad grave. A raíz de ese tipo de situaciones, relativamente frecuentes, empieza a experimentar cada vez un mayor nivel de ansiedad que calma limpiándose constantemente, limpiando la zona de trabajo, su ropa y evitando el contacto con compañeros más descuidados que no llevan a cabo una limpieza personal tan *esmerada* como la suya.

Preguntas de autoevaluación

1. ¿Qué alteraciones neuroanatómicas aparecen más consistentemente reflejadas en los estudios de neuroimagen ligados a los trastornos obsesivo-compulsivos?
a) Alteraciones en el lóbulo occipital
b) Alteraciones en el cerebelo
c) Alteraciones en áreas prefrontales
d) Alteraciones en la amígdala
2. ¿Qué fármaco se ha utilizado en la mayoría de los estudios que avalan la implicación de las vías serotoninérgicas en la fisiopatogenia del trastorno obsesivo-compulsivo?
a) Clomipramina
b) Fluvoxamina
c) Alprazolán
d) Venlafaxina
3. ¿Qué alteración se ha hallado más consistentemente en los estudios neuropsicológicos

de pacientes obsesivo-compulsivos?

- a) Alteraciones en la memoria semántica
- b) Alteraciones en áreas visuoperceptivas
- c) Alteraciones neuropsicológicas similares a pacientes depresivos
- d) Problemas atencionales generalizados

4. Según Salkovskis, ¿cuál es la relación que se establece entre las intrusiones que experimentan las personas con trastorno obsesivo-compulsivo y los pensamientos negativos automáticos?

- a) Los pensamientos negativos automáticos son equiparables a rituales mentales en un intento de reducir el malestar producido por las intrusiones obsesivas
 - b) Las intrusiones actúan como estímulos desencadenantes de los pensamientos negativos que son los causantes del malestar experimentado por el paciente
 - c) Son procesos cognitivos independientes y autónomos
 - d) La existencia de pensamientos negativos automáticos predispone a la aparición de pensamientos o ideas intrusivas
-

3

Evaluación

3.1. Consideraciones generales

La evaluación del paciente obsesivo presenta algunas características propias. Muchos de estos pacientes viven su sintomatología rodeada de secretismo y ambivalencia. Los recelos que su patología les ocasiona pueden condicionar la veracidad y calidad de la evaluación. Algunos justifican su sintomatología como una conducta normal propia de su *forma de ser* y ofrecen importantes resistencias a un análisis detallado de la misma. Otros muestran un gran pesimismo ante las posibilidades de recuperación y están escasamente motivados para colaborar en las fases de evaluación y tratamiento. La mayoría guardan celosamente en secreto algunas de sus obsesiones y rituales por temor a que su revelación, o bien haga más probable que su obsesión se lleve a cabo o bien porque las viven como aberrantes, indignas, propias de una persona despreciable, signos inequívocos de locura. La habilidad del terapeuta y el conocimiento del cuadro son esenciales en estos casos para obtener una información precisa y de calidad.

La correcta evaluación del paciente obsesivo requiere tiempo y la utilización de diversos métodos de evaluación. La entrevista clínica al paciente y en su caso a familiares, los autorregistros, la observación directa, y la utilización de escalas son los más habituales. La evaluación es un proceso continuo y no es infrecuente tener que reformular algún planteamiento del plan de tratamiento al aparecer durante una fase de exposición un nuevo dato o síntoma no conocido hasta entonces. Tampoco se debe descartar la aparición de nuevos rituales u obsesiones a lo largo de la intervención que requieran un análisis detallado.

La elevada comorbilidad de los trastornos obsesivo-compulsivos con otras patologías, especialmente alteraciones del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad hace aconsejable una pormenorizada exploración psicopatológica del paciente para determinar las interacciones entre las diferentes patologías y su impacto en el plan de tratamiento. En ocasiones la existencia de otras patologías puede condicionar gravemente la posibilidad de tratamiento del TOC. Hay que determinar si el cuadro obsesivo es primario o secundario y optar en algunos casos por abordar previamente otras patologías (por ejemplo, mejorar el cuadro depresivo antes de

atacar la sintomatología obsesiva). Estas otras patologías también pueden afectar a la voluntad del paciente de emprender un tratamiento. Si él es reacio a iniciar un tratamiento las probabilidades de éxito de la intervención se reducen considerablemente ya que el tratamiento se basa en una relación de colaboración y en una participación activa en el mismo.

La participación de la familia en el proceso de evaluación es muy importante ya que permite que ésta sea más pormenorizada con determinados rituales que aparecen en el ámbito doméstico o familiar. Asimismo permite la valoración de la dinámica familiar porque en muchas ocasiones se precisará de su comprensión y colaboración como terapeutas. Algunas familias castigan las conductas TOC de los pacientes obligando a que sean encubiertas o secretas. El paciente en estos casos presenta elevados niveles de angustia y ocultación de los síntomas. En estas ocasiones puede ser necesaria una intervención familiar psicoeducadora con el fin de reducir el impacto negativo de esta actitud para así poder permitir al paciente manifestar libremente su sintomatología. Al mismo tiempo permite incluir a algunos miembros de la unidad familiar en el plan de intervención terapéutica. En otras ocasiones el paciente obsesivo ha conseguido que el entorno familiar se adapte a su propia patología, esto es especialmente frecuente por ejemplo en amas de casa con rituales de orden y limpieza, y se hace necesario evaluar y actuar sobre el entorno familiar. Algunos miembros de la familia contribuyen a las conductas de evitación o en la realización de determinados rituales a petición o por imposición del paciente. En estos casos hay que evaluar pormenorizadamente las conductas de tipo obsesivo que manifiesta cada miembro de la familia para restablecer un funcionamiento normal en el entorno familiar y modificar su dinámica. Sólo con la colaboración activa de estos miembros de la familia se podrá evaluar y poner coto a la sintomatología obsesiva.

3.2. Objetivos de la evaluación

El objetivo primordial del terapeuta es obtener la máxima información posible del paciente sobre su patología. Para ello el terapeuta observará cuidadosamente al paciente, medirá y analizará sus pensamientos, sentimientos y conductas para entender el cuadro obsesivo en su contexto.

Se pueden resumir en cuatro los objetivos básicos de la evaluación (Salkovskis, 1989):

- a) Acordar una lista de problemas.
- b) Alcanzar una formulación psicológica de cada problema incluyendo factores predisponentes, precipitantes y factores que mantienen actualmente el problema.

- c) Valorar la adecuación del paciente para el tratamiento psicológico.
- d) Desarrollar medios para valorar el progreso realizado.

Para alcanzar estos objetivos el terapeuta realizará un análisis funcional de cada problema. Además el sistema triple de respuesta relacionado con los síntomas de ansiedad es de utilidad en estos casos. Hay que estudiar los síntomas conductuales (acciones observables, rituales y evitación), subjetivos (cogniciones y respuestas afectivas) y las manifestaciones somáticas o fisiológicas.

3.3. Instrumentos de evaluación

3.3.1. Entrevista clínica

Es el primer y fundamental instrumento de evaluación del paciente. La entrevista clínica debe ocupar una parte importante de las primeras sesiones. La entrevista se debe centrar en el problema actual del paciente, en valorar la comorbilidad y el contexto, en analizar sus actitudes hacia el trastorno, en estudiar sus rasgos de personalidad y en valorar la adecuación del paciente para el tratamiento. Asimismo la entrevista clínica es el marco donde por primera vez entran en contacto paciente y terapeuta, por lo que debe servir para marcar los primeros pasos de la intervención. El terapeuta debe contribuir a crear un clima de colaboración y empatía hacia el paciente. Un adecuado manejo de las técnicas de entrevista clínica contribuye a este fin.

Existen una serie de condicionantes que suelen darse durante la entrevista clínica que el terapeuta debe manejar:

A) Ocultación de síntomas

Algunos pacientes son reacios a revelar algunos síntomas al evaluador durante la entrevista porque entienden que son incomprendibles, horrorosos o socialmente inaceptables. El entrevistador debe comenzar con preguntas abiertas y en algunos casos adelantarse al paciente haciendo referencia a pensamientos horrorosos o inaceptables que otros pacientes tienen y preguntar por ellos. En algunos casos los pacientes han sufrido la descalificación o la mofa al relatar algunos de sus síntomas, por lo que este castigo experimentado previamente puede condicionar su disposición a relatar al evaluador estos síntomas. Éste no debe reaccionar emocionalmente ante la descripción de determinados pensamientos obsesivos por parte del paciente por muy horribles que sean. Es por tanto

fundamental un adecuado control de las respuestas emocionales verbales y no verbales. El terapeuta debe estar preparado para cualquier obsesión ya que algunas pueden ser realmente impactantes.

B) Ambivalencia ante la intervención

Los signos de ambivalencia se manifiestan en primer lugar durante la entrevista clínica inicial. Algunos pacientes pueden acudir a consulta por presiones familiares o con experiencias de intervenciones previas negativas. La ambivalencia se manifiesta de diversas maneras: regateo sobre la importancia de determinados síntomas que se van a evaluar, negociación sobre la orientación de la entrevista o futuro tratamiento, información parcial o poco detallada, etc. Si se detecta este problema el terapeuta debe hacerlo explícito, discutirlo con el paciente y señalar que es el terapeuta el que decide tanto los métodos y contenidos de la evaluación como la orientación general del tratamiento. Si el terapeuta durante la fase de evaluación percibe un elevado nivel de ambivalencia por parte del paciente o un intento de controlar la entrevista que impide una evaluación adecuada debe plantear una suspensión de la intervención hasta que el paciente esté preparado y dispuesto para llevar a cabo la intervención en condiciones viables.

Cuadro 3.1. *Resumen de los procedimientos más habituales de evaluación del trastorno obsesivo-compulsivo (Salkovskis, 1989)*

Descripción general de la naturaleza del problema

- Utilizar preguntas abiertas
- Utilizar ejemplos recientes y específicos, descritos cronológicamente
- Describir situaciones en las que hay más probabilidades de que aparezcan obsesiones y en las que hay menos, buscar conexiones funcionales (desencadenantes o factores de mantenimiento)

Descripción detallada y específica y análisis conductual

- Cognitiva y subjetiva
 1. Aspectos formales de las obsesiones: pensamientos, imágenes o impulsos
 2. Contenido de las obsesiones
 3. Factores cognitivos desencadenantes de las obsesiones
 4. Neutralización cognitiva
 5. Evitación cognitiva
 6. Resistencia subjetiva a las obsesiones
 7. Percepción de las obsesiones como sin sentido

- Emocional
 1. Estudiar la naturaleza de los cambios emocionales asociados con las obsesiones (ansiedad, depresión, malestar)
 2. Estudiar la naturaleza de la asociación (si los cambios emocionales preceden o son posteriores a la obsesión o ambos)
- Conductual
 1. Desencadenantes para las ideas obsesivas
 2. Evitación de las situaciones en las que los pensamientos obsesivos pueden aparecer
 3. Evitación activa: conductas que tienen el objetivo de controlar la aparición de las obsesiones
 4. Rituales
 5. Buscar reaseguramiento, preguntando a otros cómo llevar a cabo tareas que podrían de otro modo estar asociadas con una obsesión
- Fisiológica
 1. Desencadenantes
 2. Cambios fisiológicos subsecuentes a la obsesión

Antecedentes del problema

- Historia
- Desarrollo del problema y sus componentes (obsesiones, neutralización, evitación)
- Grado de incapacitación en el funcionamiento laboral, sexual, social y doméstico
- Relaciones significativas
- Beneficios y costes del cambio

Experimentos conductuales

- En la consulta
- En situaciones concretas que se van a trabajar

Observación directa

- Por parte de parientes y familiares
- Durante las visitas domiciliarias

Cuestionarios

- Inventario obsesivo-compulsivo de Maudsley
- Lista de actividades compulsivas

- Inventario de depresión de Beck
 - Inventario de ansiedad de Beck
-

Autorregistros

- Registros del malestar emocional, pensamientos, rituales y sub-productos conductuales
-

C) Hostilidad del paciente

El terapeuta durante la entrevista inicial puede encontrarse con una hostilidad manifiesta o encubierta por parte del paciente. En ocasiones el paciente, sobre todo en jóvenes que acuden a consulta por presiones familiares o instados por sus cónyuges, muestran una clara indiferencia y una conducta hostil hacia el evaluador. En estos casos el terapeuta debe afrontar esta cuestión antes de proseguir con la evaluación. En otros casos la hostilidad es encubierta bien sea regateando información o cuestionando alguna cualidad o cualificación del terapeuta. En algunos casos puede ser el resultado de una elevada ansiedad ante la situación de evaluación o ante el temor de que sus revelaciones al terapeuta puedan ser utilizadas como juicio de valor hacia la persona del paciente. El manejo más adecuado de estas situaciones es el reconocimiento de la hostilidad como resultado de los altos niveles de ansiedad que experimenta el paciente. En muchos casos los pacientes obsesivos más graves pueden tener serios problemas para describir algunas de las obsesiones o rituales porque experimentan mucha ansiedad al hacerlo, o por procesos de enlentecimiento cognitivo o de interferencia. En estos casos es conveniente retrasar la evaluación a posteriores sesiones o solicitar al paciente que escriba sobre dichos contenidos. Este procedimiento tiene la ventaja de eliminar parte de la ansiedad que el paciente puede experimentar al solicitar el terapeuta la información y no poder articularla convenientemente. Al hacerlo por escrito no siente tanta presión y se le permite estructurar más adecuadamente la información y descansar si fuera necesario para retomar el proceso en otro momento si la ansiedad fuera muy alta. Una vez que el paciente entrega el escrito al terapeuta, éste debe solicitar cualquier aclaración sobre el texto ya en un contexto de menor ansiedad.

D) Otras consideraciones

Durante la entrevista también es conveniente evaluar la relación familiar del paciente, su actitud ante la patología y de qué modo la familia ha entrado en el ritual

obsesivo o recrimina el mismo. Esta valoración exige al menos una entrevista familiar en el proceso de evaluación y en ella es conveniente evaluar tanto el grado de comprensión del problema como su actitud de cara a la colaboración en el tratamiento.

Una faceta importante en esta fase es valorar el estado mental del paciente dada la alta comorbilidad que existe con otros trastornos tanto del estado de ánimo, de personalidad o alteraciones psicóticas.

Durante la entrevista clínica es conveniente que el terapeuta vaya ofreciendo información al paciente y a la familia sobre el trastorno para ir creando una atmósfera de colaboración. Esta práctica permite asimismo mejorar el proceso de evaluación al permitir al paciente y su familia incorporar información valiosa sobre el trastorno conforme conocen más del mismo. Esta práctica da la posibilidad de compartir un lenguaje común sobre la patología, lo que facilita una mejor y más precisa comunicación sobre la sintomatología y su manejo. Esto último será de gran utilidad en la fase de tratamiento.

3.3.2. Cuestionario YBOCS

El YBOCS (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and Symptom Check list*) (Goodman y cols., 1989) inicialmente se desarrolló como un instrumento para la investigación pero es también una buena herramienta para su utilización en el ámbito clínico. Hoy día es una de las escalas más populares y utilizadas ya que determina la gravedad de los síntomas y los cambios producidos por el tratamiento sin verse afectada por el número y tipo de obsesiones y compulsiones. Se trata de una escala de 16 ítems, entre los que destacan 10, que son fundamentales. Cinco evalúan obsesiones y cinco compulsiones. De la suma de estos 10 ítems se obtiene la puntuación total. Los seis restantes evalúan las áreas de introspección (ideas sobrevaloradas), evitación, indecisión, sentido de la responsabilidad, lentitud y duda patológica. El evaluador comienza por definir qué es una obsesión y una compulsión. A continuación el evaluador interroga al paciente sobre 39 aspectos obsesivos y 25 rituales compulsivos. Entre los componentes obsesivos se incluyen aspectos agresivos (temor a hacerse o hacer daño a otras personas), contaminación, obsesiones de contenido sexual, de acumulación, de tipo religioso, de simetría/exactitud, somáticos y varios (incluye preocupaciones por el saber, el decir o por recordar correctamente y miedos de tipo supersticioso). Esta clasificación, sin ser exhaustiva, permite al clínico una evaluación inicial adecuada del cuadro obsesivo y es una excelente guía para estructurar una primera entrevista clínica sin que el terapeuta deba dejar escapar cualquier nueva obsesión no contemplada o inusual que pudiera aparecer en el contexto de la entrevista.

Una vez completado el YBOCS se seleccionan las tres principales obsesiones y conductas sobre las que se va a comenzar a trabajar. A continuación se pasa a cuantificar

el grado de intensidad de estos síntomas sobre una escala de 0 a 4 en un listado de 10 ítems sobre obsesiones y compulsiones de acuerdo al tiempo empleado en su ejecución, grado de interferencia, malestar emocional generado, resistencia, y control. La escala no se centra en la cantidad de síntomas sino en la “calidad” de los mismos. La puntuación total del YBOCS se obtiene a partir de las puntuaciones parciales de obsesiones y compulsiones. El rango de puntuación total oscila de 0 a 40, con un punto de corte en 17 o más para una indicación de tratamiento. La prueba presenta una buena fiabilidad ($r = 0,98$), validez ($r = 0,67-0,74$), y consistencia interna ($\alpha = 0,89$) a la hora de valorar la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos.

El YBOCS es la única herramienta de evaluación de momento que valora la severidad del TOC de manera estandarizada independientemente del tipo de obsesión o compulsión manifestada. El tiempo de duración de la prueba oscila entre 30 y 45 minutos según los casos. No obstante hay que señalar que esta escala exige para su correcta realización que el clínico tenga un conocimiento exhaustivo sobre el TOC para poder realizar una evaluación correcta del cuadro.

3.3.3. Escalas de autoevaluación

Existen múltiples escalas a disposición del terapeuta que permiten obtener información detallada sobre el trastorno. Es importante señalar que estas escalas no han sido diseñadas para diagnosticar el trastorno sino para evaluar aspectos como la severidad, la disfuncionalidad y las conductas rituales.

Cuadro 3.2. *Ejemplo de contenido de las sesiones de evaluación de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (Steketee, 1993)*

Sesión	Procedimiento
1-2	<ul style="list-style-type: none">– Orientar al paciente hacia la terapia conductual– Indagar sobre los síntomas obsesivo-compulsivos y verificar el diagnóstico– Obtener más información sobre los síntomas obsesivo-compulsivos:<ul style="list-style-type: none">• Completar la lista de síntomas del YBOCS.• Identificar los desencadenantes de las obsesiones (externos e internos), miedos a desastres

- Comenzar a elaborar la lista de situaciones obsesivas
 - Evaluar el grado de introspección sobre las creencias obsesivas
 - Identificar conductas de evitación
 - Identificar rituales conductuales y mentales
 - Evaluar la implicación de familiares y otros en los síntomas obsesivos
 - Recoger la historia de los síntomas: inicio, curso, historia de otros tratamientos
 - Pedir autorregistros y cuestionarios como tareas para casa
-

3-4

- Revisión de los autorregistros y cuestionarios
 - Evaluar comorbilidad (por ejemplo: ansiedad, depresión, trastornos de personalidad)
 - Hacer la historia general
 - Evaluar el apoyo social
 - Verificar la motivación para el tratamiento
 - Describir el programa de tratamiento y explicar en detalle el modelo conductual del TOC
 - Desarrollar una jerarquía detallada para exposición en vivo
 - Determinar la necesidad de exposición en imaginación: identificar el contenido de las escenas para la exposición
 - Entrevistar a familiares y determinar su papel en la terapia
 - Elaborar un contrato terapéutico con el paciente
 - Planificar el calendario de las sesiones
 - Planificar el contenido de las sesiones de tratamiento
 - Planificar las tareas para casa
-

A) Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI)

Esta escala consta de 30 ítems que evalúan diversos tipos de trastorno obsesivo (Hodgson y Rachman, 1977). En concreto evalúa cuatro áreas del TOC: rituales de comprobación, rituales de limpieza, lentitud obsesiva y duda. Ofrece una puntuación total junto con las de los subtipos de TOC. No es una escala que cubra todos los aspectos del trastorno ni evalúa detalladamente el contenido de pensamientos obsesivos ni imágenes, sino que se centra primordialmente en pensamientos o rituales comunes. La prueba posee una buena fiabilidad test-retest ($r = 0,89$). En su validación se emplearon tanto pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo como una muestra de estudiantes universitarios.

El MOCI es una prueba sencilla de administrar y corregir. Ofrece datos relevantes

sobre varios subtipos de TOC en sus 30 ítems. No obstante presenta algunos inconvenientes. La prueba se centra en torno a determinados rituales, dejando al margen otros componentes del TOC. Además su formato verdadero/falso no permite una adecuada valoración del grado de severidad de los síntomas. Este último aspecto es especialmente relevante dada la variabilidad y el espectro de presentación de los síntomas obsesivos. El MOCI no es un buen instrumento para el seguimiento de un caso porque no permite determinar la evolución en la severidad de los síntomas, ya que muchos de ellos pueden estar presentes pero en menor medida después del tratamiento. La tendencia a la cronicidad de muchos trastornos TOC requiere una valoración más cuantitativa y cualitativa. El MOCI no fue diseñado para esta función sino para discriminar entre pacientes TOC de personas con estilos o rasgos obsesivos.

B) Leyton Obsessional Inventory (LOI)

El LOI (Cooper, 1970) es una escala de 60 ítems que valora síntomas y rasgos obsesivos. Consta de dos apartados, uno dedicado a los síntomas obsesivos (ítems 1-46) y el segundo a rasgos obsesivos (ítems 47-60). Los ítems se responden en términos SÍ/NO. En los ítems respondidos afirmativamente se solicita información adicional sobre el grado en que la persona entiende que la conducta no tiene sentido y el grado de incapacidad funcional generado por la misma. El grado de resistencia se mide en una escala del 1 al 5 y el de disfuncionalidad de 1 a 4. Este inventario ofrece una estimación del paciente sobre severidad e incidencia y permite obtener puntuaciones de los síntomas, rasgos, resistencia e interferencia.

Las propiedades psicométricas indican que el LOI posee una adecuada capacidad concurrente o discriminativa.

Al contrario que el MOCI, el LOI permite al clínico una más adecuada valoración del cambio producido durante la fase de tratamiento. No obstante en algunos pacientes puede presentar algunos problemas dada su longitud y la dificultad que algunos pacientes TOC presentan a la hora de acotar los síntomas en términos dicotómicos (SÍ/NO).

C) Lynfield Obsessional/Compulsive Questionnaire(s) (Allen y Tune, 1975)

Este cuestionario posee veinte ítems extraídos del LOI. Once de éstos corresponden a los tres principales componentes del LOI: limpieza, comprobación y dificultad para completar tareas. Los otros nueve ítems se centran en la valoración del componente rumiativo del trastorno. La escala se presenta en formato A (resistencia) y B (interferencia). Al centrarse en la valoración de síntomas obsesivos, esta prueba no tiene

una adecuada capacidad para discriminar entre pacientes TOC y otros que presentan sintomatología obsesiva (trastornos esquizofrénicos, trastornos de la conducta alimentaria, etc.). Por tanto, no debe ser utilizada como prueba diagnóstica.

3.3.4. Autorregistros

Los autorregistros son de utilidad tanto para el paciente como para el terapeuta. A ambos les permiten desarrollar una estrategia de recogida de información sistemática que a lo largo del proceso de tratamiento puede servir de *feedback* positivo en la evolución. Asimismo permiten al paciente reconocer algunos de los rituales más automatizados sobre los que no tiene una conciencia real de su intensidad, frecuencia o duración. Algunos pacientes tienen dificultades al principio para adaptarse a esta metodología de recogida de información, por lo que es conveniente que el terapeuta modele a través de un experimento conductual cómo se toma la información.

El principal objetivo del autorregistro conductual es la recogida sistemática, diaria, de información sobre las obsesiones y compulsiones, su frecuencia y duración, el malestar emocional que generan y los estímulos que las activan. Es importante dar un formato adaptado a las características del paciente diseñado *ex profeso* a partir de la información obtenida en la entrevista o a través de experimentos conductuales realizados a tal efecto.

Los pensamientos obsesivos, los pensamientos neutralizadores, los rituales, las compulsiones se presentan con una alta frecuencia. En muchos casos son activados por factores situacionales y adoptan formas muy específicas y singulares para cada paciente. Por todo ello es importante conseguir información relevante del comportamiento y la manifestación del cuadro en el entorno y las circunstancias donde se desenvuelve el paciente. La entrevista clínica o las escalas no permiten una evaluación personalizada del cuadro. Los autorregistros conductuales permiten obtener información individualizada de cada paciente. La relevancia clínica de los datos obtenidos dependerá en gran medida de un adecuado diseño del registro que se va a utilizar. Es muy importante que el terapeuta en colaboración con el paciente diseñe un registro personalizado, ajustado a las características del paciente (nivel intelectual y educativo, tiempo disponible) y a las características del trastorno. El terapeuta debe a través de la entrevista clínica con el paciente detectar situaciones, pensamientos y conductas para posteriormente diseñar un registro que permita al paciente tomar datos en su vida diaria de las manifestaciones de su patología en un entorno determinado.

El registro debe incluir al menos información sobre la frecuencia y severidad de los pensamientos y rituales. Adicionalmente conviene incluir información sobre el estado emocional, la respuesta emocional asociada a la aparición de los pensamientos y rituales, los estímulos desencadenantes, los pensamientos neutralizadores, las conductas de

evitación, etc.

Los autorregistros permiten obtener información diaria sobre la evolución del paciente, además permiten a éste identificar con mayor detalle sus conductas patológicas ya que no es infrecuente encontrar pacientes que debido a la duración del trastorno y a la alta frecuencia de las conductas rituales no distinguen qué conductas están dentro de la normalidad o cuáles no (por ejemplo, han perdido en muchos casos la referencia de cuantas veces es “normal” lavarse las manos a lo largo del día y bajo qué condiciones). No obstante este procedimiento de obtención de información puede presentar algunas dificultades. La más frecuente es que muchos pacientes encuentran demasiado demandante tener que registrar sistemáticamente sus conductas, por lo que en muchos casos no completan adecuadamente los registros, se niegan a hacerlos o lo que es peor, los cumplimentan en el último momento “de memoria” con el fin de satisfacer o no defraudar al terapeuta. Éste debe estar atento a estas señales y aclarar si fuera preciso los requisitos mínimos de la recogida de datos con el fin de que la información obtenida sea fiable y no lleve a decisiones terapéuticas erróneas. El otro inconveniente que se puede observar y que hay que manejar es que algunos pacientes pueden experimentar aumentos considerables de ansiedad por el hecho de registrar y anotar pensamientos egodistónicos o rituales, por lo que evitan activamente y rechazan la realización de dichos registros. Otros pacientes pueden presentar tal grado de rumiación, ansiedad y rituales que les resulta prácticamente imposible plasmar un cuadro tan complejo en una hoja de registro debido a la propia confusión que el cuadro les genera. En estos casos, se aconseja simplificar al máximo los registros centrándose en pensamientos específicos o en determinadas conductas rituales.

Cuadro 3.3. Autorregistro de rituales

Anote el tiempo (en minutos) y el número de veces que realiza los rituales a continuación especificados. Anote asimismo la situación que le llevó a su realización, así como el grado de malestar o ansiedad en una escala de 0 a 100, siendo 0 ningún malestar y 100 un malestar extremo.

Ritual 1: Lavado de manos

Ritual 2: Comprobación del gas

Ritual 3: (especificar)

Hora	Ritual	Situación	Malestar	Tiempo invertido

Comentarios y observaciones:

Una vez que el paciente entrega sus registros diarios es importante que el terapeuta dedique un tiempo de la sesión a su análisis y a aclarar cualquier duda que surja independientemente de un estudio más pormenorizado a posteriori. Este procedimiento refuerza la conducta del paciente, lo motiva para que siga cumpliendo con la tarea y permite al terapeuta aclarar de primera mano cualquier duda que pueda dificultar el análisis de la información contenida en el registro. Esto es especialmente relevante en pacientes con un nivel académico bajo o con dificultades en la expresión escrita.

En ocasiones, los autorregistros generan una disminución de la frecuencia y duración de los rituales. Se ha especulado que el motivo tiene que ver con una mayor toma de conciencia por parte del paciente de los síntomas obsesivos. Esta reactividad al registro es mayor en algunos subtipos de TOC que en otros. En el caso de personas con rituales de comprobación puede incluso llegar a aumentar la frecuencia del ritual. Si apareciera este fenómeno habría que plantearse la conveniencia de utilizar esta forma de evaluación.

3.3.5. Medidas de comorbilidad

El trastorno obsesivo-compulsivo presenta una elevada tasa de comorbilidad con otros trastornos. Las alteraciones del estado de ánimo son quizás las más frecuentes sin descartar otros trastornos de ansiedad o trastornos de personalidad. En ocasiones el

trastorno obsesivo es secundario a cuadros psicóticos, trastornos de la conducta alimentaria, etc.

Una evaluación correcta del trastorno obsesivo debe incluir una exploración psicopatológica que determine la presencia o no de estas otras patologías. El instrumento fundamental es la entrevista clínica y las técnicas de exploración psicopatológica sobre las que aquí no nos vamos a extender. No obstante es aconsejable completar la exploración con instrumentos de medida bien de evaluación de psicopatología general (SCL-90R), bien de patologías específicas (BDI, ISRA) o de evaluación de la personalidad (MMPI-2, MCMII).

Una correcta valoración de la psicopatología asociada al trastorno obsesivo va a determinar el curso de acción. Por ejemplo, la existencia de un trastorno del estado de ánimo obliga a un abordaje previo del mismo, antes de realizar la intervención terapéutica sobre el trastorno obsesivo. La existencia de crisis de ansiedad obliga a un reajuste en las técnicas de exposición y al abordaje simultáneo de esta otra patología ansiosa. La coexistencia de trastornos de personalidad puede determinar un mal pronóstico atendiendo a la bibliografía existente y obligar a un manejo diferente del tratamiento. Si el trastorno obsesivo es secundario por ejemplo a un trastorno de la conducta alimentaria en muchos casos es sólo necesario una adecuada re-nutrición para que las conductas rituales desaparezcan. En conclusión, una inadecuada evaluación de la psicopatología del paciente puede llevar a decisiones erróneas sobre el tipo de tratamiento, su secuenciación y el pronóstico.

3.4. Diagnóstico y diagnóstico diferencial

El diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo requiere una evaluación exhaustiva del paciente, un conocimiento profundo del trastorno y en ocasiones, la realización de un adecuado diagnóstico diferencial de patologías que comparten con el TOC algunas características o que incluso generan síntomas similares al TOC pero con una etiología bien distinta.

Los sistemas de clasificación más ampliamente utilizados para el diagnóstico del TOC son el DSM-IV y la CIE-10. Los criterios diagnósticos ya se incluyeron en el [capítulo 1](#) del libro. Es necesario realizar asimismo un diagnóstico adicional de cualquier otra patología detectada en la exploración psicopatológica.

El diagnóstico diferencial es importante por cuanto que existen múltiples patologías que presentan sintomatología obsesiva. Un primer grupo está compuesto por patologías físicas que dan como resultado un cuadro similar al TOC. Por ejemplo, conviene recordar la existencia de un grupo de población infantil con un TOC precipitado por el estreptococo. Como es bien conocido, un tipo de estreptococo, el estreptococo grupo A beta-hemolítico (GABHS), puede ser el origen de una reacción autoinmune que afectaría

al sistema nervioso, pudiendo llegar a generar alteraciones neuropsiquiátricas (PANDAS: *Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal*). En niños que comiencen de forma brusca con una sintomatología obsesivo-compulsiva o que presenten un cuadro obsesivo-compulsivo recurrente con exacerbaciones abruptas, con o sin tics asociados, es necesario realizar un estudio detallado para descartar infección estreptocócica (analítica con determinaciones de ASLO, cultivo de exudado faríngeo). Existen otras muchas patologías (esto es, neurológicas) que presentan cuadros similares. Un detallado estudio de los antecedentes médicos, y en ocasiones exploraciones médicas complementarias son necesarias para determinar el diagnóstico adecuado. En estos casos, siguiendo criterios DSM-IV el diagnóstico es el de trastorno de ansiedad debido a enfermedad física. En otros casos, la exposición a o el consumo de determinadas sustancias produce cuadros obsesivos que deberían ser diagnosticados de trastorno de ansiedad relacionado con sustancias.

El diagnóstico de TOC no debe realizarse si el contenido de las obsesiones o los rituales se relaciona exclusivamente con otro trastorno mental (trastorno dismórfico corporal) o por una preocupación con una situación u objeto (fobia específica o social) o tricotilomanía. En otros trastornos mentales como el episodio depresivo mayor, el trastorno de ansiedad generalizada o la hipocondría, patologías que presentan pensamientos recurrentes e incluso la realización de conductas reiterativas o de evitación, no se corresponderían con un TOC.

En algunos casos las ideas obsesivas pueden adquirir un carácter delirante con una pérdida del sentido de la realidad. Si existen síntomas psicóticos es necesario realizar un diagnóstico adicional de trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado. En muchas ocasiones se pueden observar conductas de corte obsesivo-compulsivo en pacientes esquizofrénicos pero se diferencian del TOC en que son de carácter egosintónico y que no suelen ser congruentes con la realidad. No se puede descartar, no obstante, la coexistencia de un TOC junto con un cuadro esquizofrénico.

El trastorno de tics, el trastorno de movimientos estereotipados así como los trastornos alimentarios, algunas parafilias y el juego patológico son patologías que presentan conductas repetitivas, en ocasiones sistematizadas, que hay que diferenciar de un trastorno obsesivo-compulsivo.

Una mención aparte merece el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. En este caso no se aprecian obsesiones o compulsiones sino más bien un estilo de vida caracterizado por la constante preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control. Son personas muy estrictas, rígidas, responsables pero no necesariamente tienen por qué desarrollar un trastorno obsesivo-compulsivo.

Finalmente existen múltiples rituales, supersticiones y conductas de comprobación que están incorporados a nuestra vida cotidiana y que en muchos casos forman parte de nuestro acerbo cultural o religioso. Por ejemplo, personas que se persignan antes de abandonar su casa, personas que colocan crucifijos o postales en el coche para evitar un accidente, comprobaciones rutinarias de gas, puertas. Estas conductas no van acompañadas de malestar emocional alguno y su olvido o alteración no comporta ningún

malestar clínico significativo.

3.5. Formulación del trastorno

Una vez realizado el diagnóstico es necesario realizar un análisis funcional de la conducta con el fin de desarrollar una adecuada formulación del trastorno que permita la realización de un plan de intervención cognitivo-conductual ajustado a las características del cuadro.

3.5.1. Análisis conductual

Una vez que a través de preguntas abiertas el evaluador ha determinado el cuadro general que presenta el paciente se procede a un análisis más pormenorizado de la sintomatología. Utilizando como punto de partida los diferentes sistemas de respuesta (cognitivo, subjetivo/emocional/fisiológico y conductual) se analiza cada patrón de respuesta con información sobre pensamientos y desencadenantes, conductas de evitación y rituales. La calidad y cantidad de la información obtenida debe ser contrastada regularmente con el paciente resumiendo brevemente lo comentado o realizando breves esquemas o sumarios.

A) Análisis de los componentes cognitivos

El objetivo principal del evaluador es determinar la forma, contenido y frecuencia de las intrusiones obsesivas. Éstas pueden adoptar la forma de pensamientos, imágenes o impulsos en la mente del paciente. El contenido puede ser muy diverso, desde intrusiones de temática religiosa, sexual hasta impulsos autoagresivos. Aunque el contenido puede ser muy variado suelen predominar algunos temas como el orden, la limpieza o el temor a hacer o hacerse daño inadvertidamente. No obstante el terapeuta debe estar abierto a cualquier variante que el paciente pueda manifestar. El contenido es idiosincrásico y su análisis debe ser pormenorizado.

Los desencadenantes de las intrusiones obsesivas se pueden evaluar a la vez que su contenido. El objetivo es identificar los desencadenantes específicos bien sean de origen interno o externo para poder posteriormente llevar a cabo técnicas como la exposición con prevención de respuesta.

Los desencadenantes de origen externo hay que identificarlos en el entorno; por ello es importante identificar todas y cada una de las situaciones que provocan malestar y las fuentes subyacentes de los miedos obsesivos que conectan con las mismas. En muchos casos los desencadenantes que inicialmente activaban las intrusiones obsesivas se generalizan a otros estímulos que por proximidad u otras relaciones con los mismos el paciente asocia con sus temores obsesivos. Por ello es importante analizar las posibles generalizaciones que se hayan producido, ya que esta información será muy importante para diseñar adecuadamente el tratamiento. Una gran mayoría de pacientes TOC presenta estímulos desencadenantes externos asociados a determinados entornos, por ejemplo llaves del gas que generan pensamientos obsesivos sobre una posible explosión o envenenamiento que generan rituales de comprobación, lugares u objetos supuestamente contaminados que activan obsesiones sobre efectos contaminantes o enfermedades infecciosas. Es muy habitual que el paciente refiera un proceso de generalización cuando describe la historia de la aparición de su trastorno obsesivo de unos estímulos específicos y restringidos a una gama más amplia de estímulos. En algunos casos este proceso de generalización se produce por proximidad o contacto (por ejemplo, un objeto que está cercano o toca a otro, una persona que pasa al lado de un objeto contaminado) y en otros casos por similitud de contextos sin que haya mediado una relación directa entre ellos. No obstante en algunos casos los pacientes evitan o temen determinados objetos o situaciones pero ya no recuerdan qué temor obsesivo provocó esa respuesta.

Prácticamente todos los pacientes obsesivos suelen presentar señales internas que activan miedos obsesivos o cualquier otra emoción negativa como sentimientos de culpa, lástima, disgusto u horror. Estas señales se manifiestan en forma de ideas o pensamientos, imágenes o impulsos, y en algunos casos pueden desencadenar obsesiones e impulsos sin la presencia de desencadenantes externos. Muchos de estos desencadenantes internos el paciente los vive como lastimosos o degradantes y a veces es difícil que los revele, por lo que el terapeuta tiene que hacer en muchos casos preguntas directas sobre los mismos.

Los estímulos desencadenantes internos (EDI) presentan para el clínico una mayor dificultad a la hora de identificar y evaluar los mismos. El paciente no siempre reconoce fácilmente los EDI o en algunos casos su procesamiento es tan rápido que puede pasarse casi desapercibido. En general los EDI más frecuentes tienen que ver con sentimientos de culpa, horror, desagrado, lástima y responsabilidad. Normalmente se presentan como pensamientos, impulsos o imágenes. Dado que el contenido muchas veces es vivido como aberrante, el terapeuta puede encontrar una cierta resistencia por parte del paciente para reconocer o entrar en detalles sobre el contenido de los mismos. Los EDI deberán ser evaluados detalladamente para favorecer la estrategia de exposición encubierta a los mismos durante el tratamiento. Algunos de los impulsos, imágenes o pensamientos que el paciente refiera al terapeuta pueden resultar aberrantes tanto para el uno como para el otro. Es importante no transmitir ninguna reacción emocional cuando el paciente describe este material cognitivo para facilitar la autoexploración del paciente y no impedir su colaboración y entrega de información cognitiva de este tipo. Una actitud abierta y

colaboradora del terapeuta facilitará de manera importante al paciente el esfuerzo de activar y exponer dicha información. En algunos casos el terapeuta se puede encontrar con pacientes que son reacios a dar información verbal sobre estos pensamientos por presentar un cierto pensamiento mágico de que verbalizarlos puede hacer que ocurran de alguna manera (por ejemplo, un paciente temía decir en voz alta un pensamiento obsesivo sobre su deseo de que un amigo muriese por si al decirlo este fallecía inmediatamente de un infarto). En estos casos el terapeuta debe encontrar vías para que el paciente ofrezca esta información. Se pueden utilizar preguntas SÍ/NO que por sucesivas aproximaciones permitan al paciente desvelar el contenido de dichos pensamientos o solicitar que los escriba en un papel si el temor es a reproducirlos verbalmente y no de otra manera.

Un número importante de pacientes obsesivos presenta un intenso temor a las consecuencias desastrosas de sus obsesiones e intentan evitarlas con diferentes rituales o conductas de evitación. Otro aspecto que se debe evaluar son las ideas sobrevaloradas que el paciente presenta sobre su cuadro obsesivo, ya que éstas son un importante factor de interferencia con el tratamiento conductual. Es por ello importante identificar este tipo de ideación antes de proceder a cualquier intervención.

1. *Neutralización encubierta*. El evaluador debe dedicar una especial atención al análisis de los rituales mentales que el paciente utiliza para neutralizar sus obsesiones. El paciente es interrogado sobre cualquier pensamiento o imagen que utilice para calmar su malestar cuando aparece un pensamiento obsesivo. Hay que valorar cualquier actividad mental del tipo que sea que pueda estar relacionada con las intrusiones obsesivas. En algunos casos se presenta como intentos de “racionalizar” las obsesiones, en otros puede ser simplemente una secuencia de números o de palabras inconexas.

En los pacientes con cuadros con un elevado nivel de cronicidad, el contenido de las obsesiones puede estar entremezclado con la actividad neutralizadora. En estos casos es difícil evaluar adecuadamente la actividad neutralizadora y las intrusiones cognitivas. Una opción para solventar esta dificultad es solicitar al paciente que evoque una obsesión y que describa el fenómeno resultante, de esta manera el evaluador puede obtener valiosa información sobre la posible actividad neutralizadora.

2. *Evitación cognitiva*. La evitación cognitiva se manifiesta bien en forma de intentos por parte del paciente de “no pensar” o intentando pensar en otras cosas. La evitación cognitiva afecta de manera importante a la exposición con prevención de respuesta pero también aumenta la preocupación al focalizar la atención en pensamientos sobre los que el paciente no quiere pensar.

En conclusión, muchas de las características de las obsesiones son subjetivas y sólo se pueden valorar verbalmente. Hay que establecer si el paciente considera que sus ideas obsesivas forman parte integral de su personalidad, ya que en este caso pueden aparecer resistencias en la implantación de la fase de tratamiento. También hay que establecer el grado

de resistencia a sus obsesiones y rituales porque puede afectar a la prevención de respuesta. Finalmente hay que valorar hasta qué punto el paciente ve las obsesiones como sin sentido. Si el paciente considera que pueden tener sentido hay que contemplar la posibilidad de otras patologías y descartarlas como obsesivas.

B) Factores emocionales

Las alteraciones emocionales relacionadas con la aparición de las intrusiones obsesivas tienen que ser evaluadas. Hay que prestar especial atención a las alteraciones del estado de ánimo y ansiedad pero sin descartar otras formas de malestar emocional como tensión, repugnancia, rabia e irritación. El evaluador debe determinar claramente si la alteración emocional es anterior o posterior a la aparición de la idea obsesiva. De este modo establecerá más adecuadamente las relaciones funcionales entre los componentes afectivos y cognitivos del trastorno.

C) Análisis de los componentes conductuales

La evaluación de la conducta es determinante. Hay que examinar detalladamente las conductas que puedan desencadenar intrusiones obsesivas o que contribuyan a la evitación de determinados estímulos o a la reducción del malestar provocado por los mismos.

Determinadas conductas sirven de desencadenantes de intrusiones obsesivas. Por ejemplo, la utilización de cuchillos de cocina por parte de una madre generaba un impulso de acuchillar a su hijo. Cada vez que tenía que utilizarlos el impulso agresivo estaba presente.

1. *Evitación.* El paciente obsesivo, al igual que el fóbico, presenta múltiples conductas de evitación cognitiva y conductual. En algunos casos las conductas de evitación pueden llegar a ser extremadamente sutiles y difíciles de observar o evaluar. En otras ocasiones son conductas muy elaboradas, por ejemplo en el entorno familiar, donde algunos parientes, voluntaria o involuntariamente, pueden estar contribuyendo a las conductas de evitación. Un ejemplo puede ser el del paciente que siempre insiste en que el familiar salga primero de casa con el fin de evitar tocar el pomo de la puerta y no contaminarse. Por todo ello es importante que el terapeuta recabe información no solamente del

paciente sino de su entorno familiar o social más cercano. En algunos casos la exposición en vivo puede resultar un excelente método de evaluación de conductas de evitación.

Las conductas de evitación pueden ser activas o pasivas. Hay que evaluar las conductas que vayan encaminadas a prevenir la exposición a la aparición de determinado estímulo de manera activa. Por ejemplo, un paciente que cambiaba sistemáticamente de canal de televisión cada vez que intuía la posibilidad de que aparecieran noticias sobre drogas y contaminantes químicos. O aquellas conductas encaminadas a no exponerse a estímulos por inacción. Por ejemplo, un paciente que no utilizaba su vehículo particular para que no pudiera existir la posibilidad de atropellar inadvertidamente a un viandante.

2. *Rituales.* Los rituales obsesivos son conductas que el paciente utiliza para disminuir el malestar emocional que las obsesiones le provocan. La evaluación de los rituales requiere un cuestionamiento detallado sobre su frecuencia, duración y contexto. Existen rituales muy simples pero en un determinado número de pacientes obsesivos pueden llegar a ser extremadamente elaborados e intrincados. En muchos casos con secuencias de conductas muy complejas, con un orden determinado y difíciles de evaluar incluso con la colaboración del propio paciente.

Los rituales encubiertos sustituyen en ocasiones a rituales explícitos cuando el paciente se ve impedido para realizarlos abiertamente. Por ejemplo, un paciente que era reprendido por su esposa por los rituales de comprobación sobre la llave del gas de la cocina recurría a estrategias encubiertas de comprobación en su presencia mientras que en soledad las realizaba constantemente sobre la llave. Una forma de ritual encubierto en muchas ocasiones es la constante búsqueda por parte de los pacientes obsesivos de reaseguramiento. Esta conducta tiene dos funciones, por un lado la de comprobación (*¿Seguro que he cerrado bien la puerta del coche?*) y por otro lado la de reasignar la responsabilidad de una acción u omisión al hacer participar a una segunda persona en el hecho que le preocupa.

Hay que evaluar la forma de los rituales, su duración, frecuencia y consistencia en el tiempo. Determinar qué factores hacen que las conductas se intensifiquen o minimicen. Estos factores moduladores pueden ser situacionales, afectivos, cognitivos o interpersonales.

D) Análisis de los componentes fisiológicos

En muchas ocasiones los síntomas físicos que experimentan los pacientes con problemas obsesivos son muy similares a las respuestas fisiológicas de otros trastornos de

ansiedad. No obstante algunas sensaciones físicas ocasionadas por la ansiedad pueden activar en algunos pacientes los pensamientos y conductas obsesivas. En estos casos hay que considerar estos síntomas como estímulos desencadenantes y estudiarlos como tales. En personas con preocupaciones obsesivas sobre la salud o con temor a contaminantes es frecuente encontrar este tipo de reacciones asociadas a componentes fisiológicos.

3.5.2. Formulación clínica conductual

Una vez realizado un exhaustivo análisis conductual de la sintomatología obsesivo-compulsiva se debe estructurar la información obtenida de tal manera que se determinen las interrelaciones entre los diferentes componentes del análisis conductual, los desencadenantes, las relaciones causales y las consecuencias de las conductas analizadas. En la [figura 3.1](#) se resume brevemente la formulación clínica conductual del TOC.

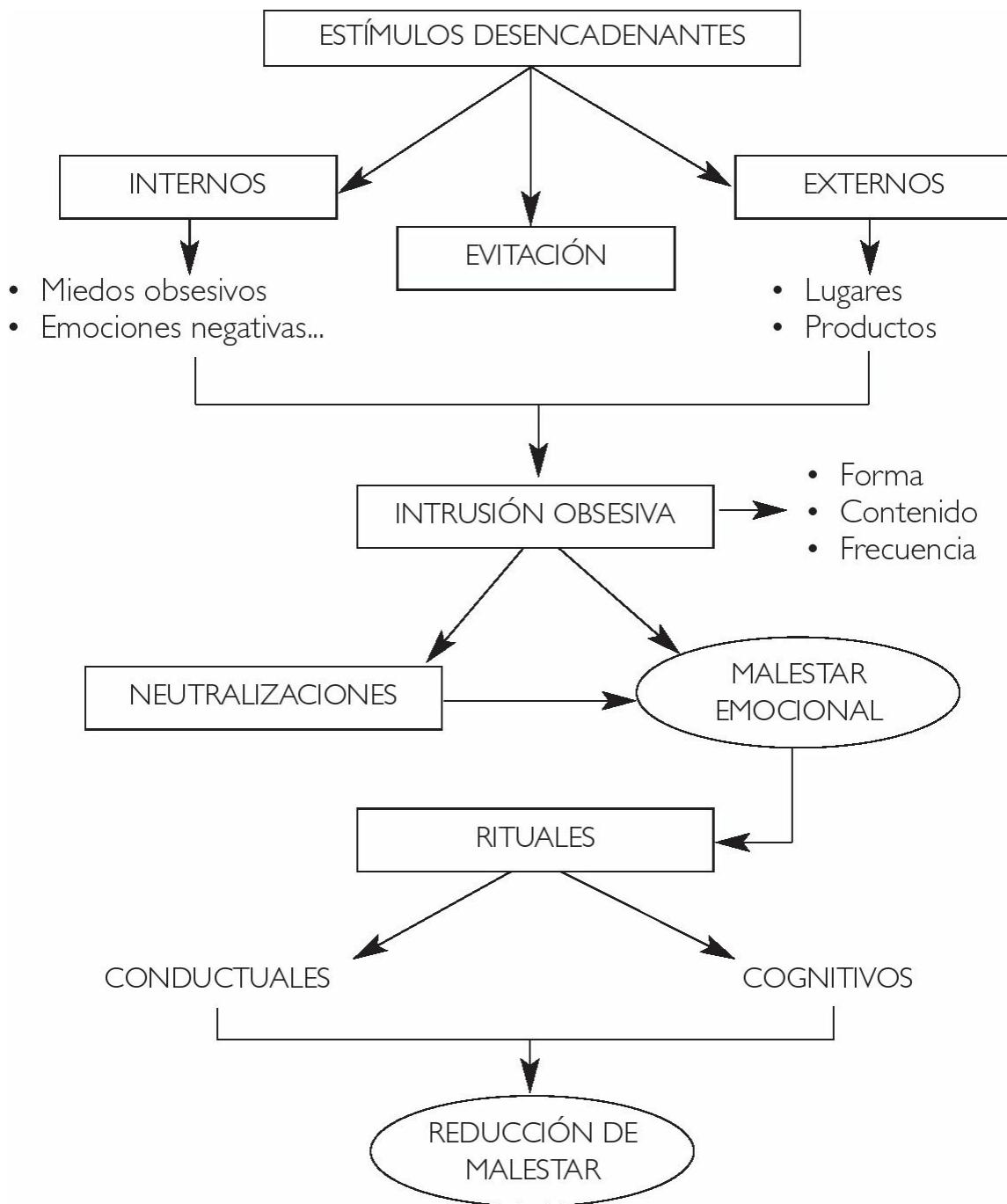


FIGURA 3.1. Esquema de la formulación clínica conductual.

Cuadro resumen

La evaluación del paciente obsesivo-compulsivo presenta algunas características propias debido a la ambivalencia, hostilidad y resistencia que algunos pacientes muestran ante la entrevista clínica. La

elevada comorbilidad de este trastorno con episodios depresivos, otras patologías de ansiedad y otros trastornos añade mayor complejidad al proceso de estudio y evaluación.

El objetivo de la evaluación es alcanzar una formulación psicológica del problema con el fin de desarrollar un tratamiento adecuado a las necesidades del paciente.

El principal instrumento de evaluación es la entrevista clínica, que en muchos casos puede ser complementada con la utilización de cuestionarios como la YBOCS de especial utilidad para sistematizar y estructurar la entrevista. Existen otras escalas y cuestionarios con el MOCI, LOI que permiten un estudio más pormenorizado del cuadro obsesivo-compulsivo. Los autorregistros son de especial utilidad en la evaluación del paciente con TOC si se procura que sean personalizados y adaptados al perfil clínico del paciente.

Una vez realizado el diagnóstico del cuadro se realiza un análisis conductual detallado con el fin de poder desarrollar una formulación del problema y así poder diseñar una adecuada intervención cognitivo-conductual. El análisis conductual se centra en el estudio de los aspectos cognitivos tanto de las obsesiones como de rituales mentales y procesos de neutralización junto con los estímulos desencadenantes internos o externos; los aspectos conductuales son estudiados prestando especial atención tanto a los rituales como a las conductas de evitación. Finalmente los aspectos emocionales y fisiológicos se incluyen en este análisis, ya que se pueden comportar como estímulos desencadenantes o como consecuencias de los procesos anteriormente descritos.

Exposición de un caso clínico

A) Exploración psicopatológica

El paciente presentaba síntomas de ansiedad de intensidad elevada como sensación de mareo e inestabilidad, nudo en el estómago, sequedad en la boca, micción frecuente además de pensamientos intrusivos sobre posibles focos de contaminación o enfermedades. Se apreciaba un humor depresivo secundario a la preocupación sobre su patología y al deterioro que estaba teniendo su vida familiar y laboral. No se apreciaban alteraciones psicóticas ni otro tipo de psicopatología.

B) Descripción del cuadro obsesivo-compulsivo

En el momento de la evaluación, durante la entrevista clínica, el paciente estaba muy ansioso, parcialmente reticente a hablar del problema por temor al ridículo: "Vá a pensar usted que estoy loco, sé que esto es absurdo, que exagero las cosas, pero no puedo evitarlo, me angustio tanto que si no me lavara creo que haría un disparate" y escéptico ante la posibilidad de que pudiera recibir ayuda tras el fracaso con el tratamiento anteriormente recibido.

Desde el punto de vista cognitivo informa de constantes pensamientos intrusivos sobre el riesgo de contaminarse por algún germen y desarrollar una enfermedad que le llevaría a la muerte. Evitaba cualquier información televisiva, radiofónica o por escrito sobre enfermedades y se marchaba si alguien comenzaba a hablar de ellas. Asimismo informa de un escrutinio constante del entorno con valoraciones sobre el grado de suciedad, la procedencia de la misma y el riesgo. Distingue entre *la suciedad de los tuyos*, menos amenazante, y la de los demás, más amenazante, por cuanto que no podía controlar su origen ni influir sobre la conducta y hábitos de los demás. Por tanto tenía establecidas dos categorías en cuanto al riesgo de contaminación en función de la *procedencia* de la suciedad. No se apreciaba ninguna resistencia cognitiva a los pensamientos intrusivos; sí existía, no obstante, una importante actividad cognitiva respecto

a la posibilidad de haber tocado o no determinado pomo o persona, o al riesgo adquirido ante determinada acción. Asimismo la actividad cognitiva se dedicaba a determinar el tipo de enfermedad que con toda certeza había adquirido y a anticipar las consecuencias catastróficas para su salud y la de su familia. El nivel de ansiedad se disparaba teniendo que realizar rituales de descontaminación cuando las conductas de evitación habían fracasado. Los rituales se repetían de forma compulsiva hasta que la ansiedad disminuía.

Desde el punto de vista conductual, existían múltiples conductas de evitación tanto en el entorno laboral y social como doméstico. En el entorno laboral, evitaba acudir al baño de la empresa, colocar sus ropas y enseres en las taquillas por lo que se cambiaba en su coche, rehusaba tocar a compañeros, aceptar herramientas; abría y cerraba las puertas con el codo de su mano no dominante. En los entornos sociales, no acudía a comidas en casas de amigos o familiares; en los bares sólo bebía de las botellas, nunca de vasos y no comía salvo que utilizaran cubiertos y platos desechables. En su entorno doméstico las conductas de evitación eran menores si bien, nunca tocaba el pomo de la puerta exterior o a sus hijos al volver de la escuela. Si algún objeto nuevo entraba al domicilio (electrodoméstico, mueble o simplemente una carta) evitaba entrar en contacto con él. Utilizaba guantes para tocar herramientas del campo compartidas con su hermano.

Las conductas rituales eran múltiples; la principal, el lavado compulsivo de manos con grandes cantidades de jabón y productos desinfectantes (más adelante se realizará un análisis detallado de las principales conductas compulsivas). Duchas frecuentes y en determinado orden para que la suciedad de unas partes de su cuerpo no contaminara otras; limpieza con productos abrasivos de pomos, cerraduras y llaves; desinfección del coche y del tractor; lavado inmediato de la ropa que salía al exterior, tanto la suya como la de su familia, para lo que contaba con la colaboración de su esposa.

Se utilizó la YBOCS como parte de la evaluación y como guía de la entrevista clínica. El paciente informó que era muy escaso el tiempo durante el día que no tenía algún pensamiento obsesivo o preocupaciones en torno a las consecuencias de su conducta e invertía varias horas al día en sus rituales de descontaminación o en conductas de evitación. Presentaba elevados niveles de interferencia tanto por sus pensamientos obsesivos como por sus conductas compulsivas, hasta el punto de tener que abandonar el trabajo por problemas en su rendimiento y el aumento de pequeños accidentes laborales por despistes y falta de concentración. No presentaba ninguna resistencia ni a pensamientos ni a conductas rituales, con un escaso control sobre las mismas. La puntuación total de YBOCS obtenida en la entrevista fue de 33.

Se solicitó al paciente que llenara durante una semana un autorregistro con los pensamientos y conductas compulsivas que aparecieran en el entorno doméstico (no era posible en el entorno laboral y social ya que los evitaba activamente). A continuación se detallan algunos ejemplos de las situaciones descritas:

Ejemplo 1: Estando en una finca de su propiedad observando una pequeña obra que unos albañiles realizaban ha observado cómo uno de ellos ha orinado y a continuación al ver al paciente se ha acercado a saludarle. El albañil le ha dado una palmada en el hombro izquierdo, ha tocado su codo y finalmente ha agarrado fuertemente con sus dos manos su mano derecha. El paciente informa que inmediatamente ha tenido la idea de haber sido contaminado con su orina. Rápidamente ha experimentado una intensa ansiedad con taquicardia, sudoración, sensación de mareo y desconexión del medio que valora en torno a 85 en una escala de 0 a 100. Inmediatamente ha abandonado el lugar, ha entrado en casa y con sumo cuidado de no tocar paredes, puertas o pomos se ha quitado toda la ropa que ha dejado en un cesto a la entrada de la casa y se ha dirigido al baño. Allí ha abierto con su dedo pulgar de la mano izquierda el grifo para a continuación verter una gran cantidad de lejía en sus manos, aclarar y repetir esta operación tres veces. Posteriormente, también tres veces, se ha lavado con jabón (él calcula unos 250 ml) y se ha secado con una toalla nueva que siempre tiene preparada. A continuación ha vertido lejía sobre el grifo y ha limpiado cuidadosamente el mando durante unos 5 minutos. El tiempo total empleado en esta limpieza lo calcula en torno a 35 minutos. El nivel de ansiedad una vez finalizada la conducta compulsiva, lo sitúa en torno a 40.

Esta situación es de las más extremas descritas en el registro pero habitualmente ante cualquier sospecha de contaminación, por menor que ésta sea,

se lava las manos invirtiendo un tiempo medio de unos 15 minutos y una frecuencia que oscila de 10 a 15 veces al día. Uno de los días registró 22 lavados de manos con un tiempo total estimado de 5 horas en el baño.

Ejemplo 2: Un vendedor a domicilio ha llamado a la puerta de su casa y su hijo mayor ha abierto la puerta y le ha permitido entrar al vestíbulo donde ha dejado una maleta (que el paciente informa que tenía manchas de suciedad) y se ha sentado en un banco. Al llegar el paciente, el vendedor le ha ofrecido la mano pero aquél ha declinado el saludo para a continuación pedirle que abandonara su casa. El paciente informa que el pensamiento que acude a su mente es que el vendedor ha podido introducir algún germen en su casa a través de la maleta o sus ropas, por lo que han quedado la entrada y la puerta principal contaminadas. Refiere un nivel de ansiedad en torno a 70. Tras recriminar a su hijo por permitir entrar al vendedor, limpió los pomos y cerraduras de la puerta principal con alcohol empleando más de 500 ml, pidió a su esposa e hijos que retiraran el banco al garaje de la casa y limpió el suelo y las paredes con agua y lejía. El tiempo empleado fue superior a 1 hora.

Como se puede observar en este ejemplo, la familia desempeñaba un papel importante al contribuir a las conductas de evitación del paciente, además de realizar conductas de limpieza a petición suya para calmar la ansiedad de éste y evitar tensiones. Este aspecto obligó a incluir a la esposa en la fase de tratamiento.

Se emplearon 4 sesiones de una hora para completar la evaluación. Ésta además incluyó una entrevista con la esposa con la autorización expresa del paciente y una sesión de observación de las conductas de lavado compulsivo.

Se diagnosticó de trastorno obsesivo-compulsivo, subtipo: temor a la contaminación con rituales de lavado.

Preguntas de autoevaluación

1. ¿Cuál de los siguientes cuestionarios es el más utilizado en el ámbito clínico para valorar cuantitativa y cualitativamente al paciente obsesivo-compulsivo?

- a) LOI
- b) MOCI
- c) BDI
- d) YBOCS

2. ¿Qué áreas evalúa el MOCI?

- a) Rituales de comprobación, rituales de limpieza, lentitud obsesiva y duda
- b) Rituales de orden, rituales de comprobación y obsesiones puras
- c) Rituales de comprobación y rituales de limpieza
- d) Obsesiones de contenido sexual y de contenido autoagresivo

3. ¿Cuál de estas escalas ofrece una mejor valoración del cambio producido durante la fase de tratamiento?

- a.) MOCI

- b) LOI
c) Lynfield
d) STAI

4. ¿Cuál es la puntuación de corte en YBOCS de cara a decidir si un paciente requiere una intervención psicológica?

- a) 15
b) 23
c) 17
d) 27
-

4

Tratamiento (I). Guía para el terapeuta

La terapia cognitivo-conductual ofrece al terapeuta una serie de técnicas que se han convertido en el tratamiento de primera elección en el abordaje de los trastornos obsesivo-compulsivos. Técnicas conductuales como la exposición con prevención de respuesta consiguen mejorías significativas hasta en un 70% de los pacientes tratados. Más recientemente, la terapia cognitiva, sobre todo a partir de la formulación del modelo cognitivo del TOC de Salkovskis, ofrece una serie de técnicas que complementan y enriquecen las conductuales con un nivel de eficacia cada día más prometedor. Hay que señalar también la aportación de la farmacología en el tratamiento de esta patología. En muchos casos, el terapeuta va a tener que tratar a pacientes con TOC que toman medicación. Es importante tener en cuenta las implicaciones, tanto positivas como negativas, de cara a la planificación y el diseño de la intervención psicológica. El terapeuta necesita conocer ampliamente la farmacología del TOC y colaborar estrechamente con el psiquiatra o médico que ha prescrito los fármacos.

El tratamiento del paciente obsesivo-compulsivo es en muchos casos complejo. El terapeuta debe tener un profundo conocimiento de la psicopatología del TOC así como de las técnicas de tratamiento antes de asumir un caso, especialmente aquellos más graves e incapacitantes. Estos pacientes presentan una serie de características debidas a su patología que requieren un especial manejo en la evaluación ([capítulo 3](#)) y el tratamiento. Los pacientes soportan elevados niveles de angustia junto con sentimientos de culpa y vergüenza por su patología que en muchos casos se concretan en una cierta ambivalencia hacia el tratamiento que hay que abordar antes de iniciarla para evitar el fracaso de la intervención. Otras complicaciones vienen determinadas por el elevado nivel de comorbilidad de esta patología, frecuentemente cuadros depresivos asociados, que pueden requerir una intervención específica previa (farmacológica o psicoterapéutica) al tratamiento del cuadro obsesivo-compulsivo.

Existen diversos subtipos dentro del TOC, que si bien comparten una clínica común (por ejemplo, conductas de evitación, rituales, etc.), se manifiestan de diversas formas: comprobaciones, rituales de limpieza, lentitud obsesiva, obsesiones puras, etc. Cada subtipo requiere un tipo de intervención específica. Las técnicas cognitivo-conductuales no son igualmente eficaces con los diferentes subtipos, por ejemplo lo son especialmente con los rituales de limpieza, mientras que presentan menores niveles de eficacia con la

lentitud obsesiva. Estas diferencias obligan al terapeuta a ser especialmente creativo a la hora de diseñar una intervención y a conocer profundamente las diferentes técnicas terapéuticas disponibles para ajustarla a cada paciente. El estilo terapéutico es especialmente relevante en el tratamiento de estos pacientes y se detallará más adelante.

Esta patología en la mayoría de los casos es crónica. El terapeuta no debe generar falsas expectativas al paciente respecto al tratamiento. Que el paciente asuma que este trastorno es crónico es una parte importante de la propia intervención ya que centra el objetivo de la intervención en el control de la patología y permite al paciente dotarse de estrategias para el mantenimiento de la mejoría. Muchos pacientes acuden a tratamiento después de varias intervenciones terapéuticas previas que en muchos casos no han sido adecuadas o han pretendido la “curación” del trastorno. Estas experiencias negativas de fracaso deben ser tenidas en cuenta a la hora de planificar y llevar a cabo la intervención, centrando ésta en un contexto adecuado en el que la mejoría y el control de los síntomas deben ser el eje fundamental y no la curación. Cuando el paciente comienza a controlar sus síntomas cambia la percepción de su trastorno (hay que tener en cuenta la sensación de pérdida de control personal que el paciente con TOC experimenta ante las obsesiones y los rituales compulsivos) y mejora la adherencia al tratamiento.

A continuación se revisan los objetivos, técnicas y condiciones del tratamiento de este trastorno. Hay que señalar la importancia de una adecuada planificación del tratamiento. Asimismo se analizarán aspectos como el ámbito de aplicación del tratamiento, el formato, el estilo terapéutico, la prevención de recaídas y el seguimiento.

4.1. Objetivos de la fase de tratamiento

En la fase de tratamiento de los pacientes con TOC se proponen diversos objetivos-etapas:

1. En primer lugar, el paciente y la familia, si así se estimase, reciben información sobre el trastorno obsesivo-compulsivo y su pronóstico.
2. Se introduce el modelo cognitivo-conductual del TOC al paciente y se explican someramente las técnicas que se van a emplear en el tratamiento.
3. Se analizan aspectos motivacionales y de adherencia al tratamiento. El objetivo es alcanzar el máximo grado de motivación y comprensión hacia el mismo.
4. En colaboración con el paciente se realiza un plan de tratamiento donde se especifican las características de las sesiones, su frecuencia, contenido, técnicas que se van a emplear, tareas para casa, registros de seguimiento, etc.
5. Puesta en marcha del tratamiento con el objetivo de reducir el impacto de las obsesiones y de los rituales compulsivos.
6. Generalización: en muchos casos este objetivo debe ser simultáneo o paralelo al

del tratamiento.

7. Integración familiar, social y laboral. Los pacientes con TOC presentan con frecuencia importantes desajustes en estas áreas que requieren un trabajo específico con el fin de normalizar la vida del paciente.
8. Seguimiento y prevención de recaídas.

4.2. Psicoeducación

Los pacientes en general no tienen acceso a mucha información sobre este trastorno. El TOC no es un trastorno “popular” en los medios de comunicación como lo son en este momento los trastornos de la conducta alimentaria, las drogodependencias o la depresión. No es un trastorno que genere acciones cívicas o asociaciones de afectados y familiares como es el caso de los trastornos psicóticos o la esquizofrenia. Además, las personas que sufren este trastorno tienden a ocultarlo durante años a sus familias y entorno. No obstante, como cualquier persona que ve afectada su salud, ya sea psíquica o física, los pacientes suelen elaborar sus propias hipótesis sobre el trastorno. La más habitual es que irremediablemente han empezado a caminar por la senda de la locura. Esta hipótesis para ellos es la más plausible ya que tienen pensamientos que escapan a su control, perciben impulsos para ellos eventualmente incontrolables, que en muchos casos implican hacer daño a otras personas, o realizan conductas absurdas y sin sentido durante gran parte de su tiempo. El propio temor a que se confirme esta hipótesis lleva a muchos pacientes a evitar activamente cualquier información que creen pudiera confirmar su “locura”. En general, el terapeuta debe animar al paciente a expresar sus creencias disfuncionales sobre su trastorno en un contexto de confianza y diálogo franco.

El clínico debe evaluar y ser consciente de estos temores y afrontarlos de inmediato ya que pueden interferir tanto en la recogida de información como en el tratamiento. Desde un primer momento el terapeuta debe explicar qué son las obsesiones y compulsiones. El lenguaje debe adaptarse al nivel cultural del paciente. Es importante ilustrar la explicación con ejemplos de obsesiones y rituales compulsivos extraídos de la evaluación del paciente (el [capítulo 5](#) ofrece una guía para la explicación de obsesiones y compulsiones al paciente).

Una cuestión que el terapeuta debe decidir junto con el paciente es si informa o no a la familia. La decisión de informar a la familia está condicionada por diversos factores: un número significativo de pacientes obsesivos tienen escaso apoyo familiar, suelen ser personas solteras que viven solas; en otros casos, una dinámica familiar muy conflictiva puede llevar al terapeuta a considerar la no implicación de miembros de la familia en el tratamiento. No obstante en muchos casos la familia tiene que implicarse en el mismo. El objetivo de la información a la familia debe ser el de contextualizar adecuadamente el trastorno y ayudarla en la comprensión y el manejo de la patología. La familia suele

reaccionar ante este trastorno básicamente de dos formas: hay familias que toleran el trastorno, bien sea ignorando los rituales en el entorno familiar, bien reforzándolos al adaptar las rutinas familiares a las conductas rituales del paciente para evitar tensión. Así, por ejemplo, una mujer de 40 años con rituales de limpieza había conseguido que su esposo y dos hijos realizaran rituales de descontaminación con el calzado al entrar en casa, al salir del baño y al depositar la ropa usada fuera del hogar en lugares específicos de la casa para que no entrara en contacto con la ropa limpia. Estas conductas que los familiares consideraban simples manías estaban reforzando el trastorno. Por otro lado, algunas familias reaccionan con gran agresividad ante las conductas rituales de los pacientes tachándoles de “locos” y confrontándoles agresivamente. Estas familias tienden a culpabilizar y estigmatizar a los pacientes.

Si la familia ha de ser informada sobre el trastorno, el paciente debe estar presente en todo momento. De no ser así, el paciente especula con la posibilidad de que el terapeuta le haya ocultado parte de la información sobre el trastorno o su pronóstico, lo que interfiere con el tratamiento. Además la presencia del paciente y la familia ayuda a un diálogo franco sobre la patología, que en muchos casos es la primera vez que ocurre, ayudando a una mejor comprensión de los familiares del trastorno y a empatizar con el paciente en sus sentimientos de angustia, culpa y depresión. En muchos casos, el terapeuta puede solicitar al propio paciente que se dirija a la familia y le explique su trastorno. Este enfoque, cuando es posible, permite al paciente tomar el control de su tratamiento ante la familia y al terapeuta le ofrece una oportunidad de evaluar el grado de comprensión que el paciente ha adquirido sobre el trastorno.

En este punto es necesario hacer una referencia a la información que se ofrece a los niños y adolescentes con TOC. En estos casos la participación de la familia es necesaria desde el primer momento ya que el abordaje del trastorno se realiza en el contexto de una intervención familiar en la mayoría de los casos. La información que se ofrece a niños pequeños y preadolescentes debe ser clara evitando términos psicopatológicos. Hay que definir el trastorno como el enemigo contra el que luchar incluso poniéndole un mote o asignándole una palabra malsonante. En estos casos no es necesario aportar mucha información sobre el pronóstico u otros aspectos de la patología, porque al contrario que los adultos, los niños no suelen solicitarla ni son capaces de asimilarla. En el caso de los adolescentes, el enfoque es distinto. El adolescente sí pide información detallada pero en muchos casos es reacio a compartirla con su familia debido a la dinámica familiar que se establece en esta etapa del desarrollo, donde los procesos de individualización frente a los padres pueden interferir con el tratamiento (March, 2001). Algunos adolescentes incluso son partidarios de que sus amigos participen de la información sobre el trastorno. En este caso, el terapeuta debe valorar cuidadosamente esta posibilidad. Si los rituales y conductas obsesivocompulsivas aparecen en un contexto social, con los amigos, puede ser relevante su participación, en caso contrario el terapeuta debe evaluar detalladamente las razones que llevan al adolescente a realizar dicha petición.

La información que se aporta al paciente sobre el trastorno debe incluir datos sobre su pronóstico. Es importante dejar claro desde el principio que la mayor parte de los

pacientes con TOC suelen tener un curso crónico en su patología. Para ayudar a comprender este curso crónico y sus implicaciones se puede recurrir a ejemplos de otras patologías crónicas. La diabetes es una patología que se presta muy bien para exemplificar este extremo ya que con un control adecuado de la dieta, nivel de ejercicio, adaptación del estilo de vida y el tratamiento con insulina permite una calidad de vida y un manejo de la enfermedad adecuado. Algunos terapeutas, con escasa experiencia en el tratamiento del TOC, suelen ser reacios a informar al paciente de la previsible evolución crónica del cuadro por temor a perderlo. Suelen temer que esto desmotive y deprima al paciente. Muy al contrario, la experiencia muestra que al situar el trastorno en este contexto, el paciente centra sus esfuerzos en el control y mejoría de su patología y no en la curación. Muchos fracasos terapéuticos son debidos a que se crearon expectativas de curación que en la mayoría de los casos no se vieron confirmadas por los hechos. En general, los pacientes asimilan esta información sin demasiada ansiedad porque ellos mismos se han planteado en muchos casos la cronicidad del trastorno o su experiencia a lo largo de los años así se lo indica.

El terapeuta debe crear un marco de confianza que permita al paciente expresar sus dudas sobre la información aportada y realizar preguntas. El terapeuta debe huir de la imagen de experto infalible que puede responder a todo. No todas las preguntas que realiza el paciente tienen respuesta y el terapeuta debe admitir abiertamente ante el paciente las limitaciones del conocimiento científico actual sobre el TOC. El terapeuta debe tener un conocimiento profundo sobre la etiología, epidemiología, tratamiento y pronóstico para sentirse cómodo en estas situaciones. Las preguntas más habituales son las que se refieren a la etiología del trastorno. Muchos pacientes buscan una explicación biológica o genética a su patología, en muchos casos con el fin de aliviar sus sentimientos de culpa o sentirse exonerados ante los imponderables de la naturaleza. El terapeuta debe informar de los hallazgos neuropsicológicos, neuroquímicos, neuroanatómicos y genéticos pero al mismo tiempo contrapesarlos con hallazgos basados en la investigación psicológica del trastorno. En caso contrario, algunos pacientes perciben que nada se puede hacer contra la naturaleza y pueden sentirse desmotivados a la hora de afrontar la patología. En otros, una visión excesivamente biológica impide una adecuada comprensión y conceptualización del trastorno en el marco cognitivo-conductual del tratamiento. En este momento se pueden entregar al paciente folletos informativos sobre TOC o direcciones URL donde se ofrece información asequible sobre este trastorno (véase el [capítulo 5](#)). El terapeuta debe estar dispuesto en cualquier momento del tratamiento a responder a las preguntas del paciente sobre su patología.

No obstante, los pacientes con TOC pueden utilizar esta prerrogativa de una manera no adecuada. El terapeuta debe estar atento ante la posibilidad de que algunos pacientes utilicen la información que ofrece el terapeuta como un procedimiento de neutralización de sus preocupaciones obsesivas. Si un paciente pregunta reiteradamente sobre un aspecto concreto o busca la confirmación de que ha comprendido adecuadamente la información que se le ha ofrecido o ha leído, el terapeuta debe interpretar estas conductas como conductas de reaseguramiento en el contexto obsesivo.

En estos casos, el terapeuta no debe reforzarlas y debe evitar esta dinámica. Un ejemplo de esta situación es frecuente encontrarlo en pacientes con temores a la contaminación y rituales de limpieza. Estos pacientes suelen preguntar reiteradamente al terapeuta sobre el riesgo de tal o cual situación con el fin de neutralizar su ansiedad.

4.3. Introducción del modelo cognitivo-conductual

Tras valorar y discutir las creencias del paciente sobre su trastorno, ofrecer información sobre el mismo y ofrecer datos de la investigación sobre su etiología y pronóstico, es el momento de integrar esta información, darle una coherencia que aglutine los datos aportados con la experiencia vital del paciente. La experiencia clínica aconseja al terapeuta realizar este proceso en un “diálogo socrático” con el paciente en el que ambos van “encajando” las piezas en un modelo explicativo que dé sentido a los síntomas y al tratamiento. Hay que evitar la venta de un modelo explicativo sin más. No se trata de dar una lección magistral o lanzar una propuesta unidireccional, del terapeuta al paciente, que explique su trastorno. La ayuda del terapeuta mediante las preguntas oportunas, las aportaciones necesarias que le permiten sus conocimientos del TOC van a permitir que el paciente vaya integrando su experiencia, sus síntomas, su percepción del trastorno en un contexto explicativo que según muestra la experiencia clínica permite una mejor asimilación y comprensión del modelo, una mayor aceptación de las técnicas de tratamiento que se derivan de él y un aumento de la motivación y adherencia al tratamiento. La necesidad de control, la ambivalencia y la suspicacia son características de personalidad de muchos pacientes TOC que pueden interferir en esta fase y que con este enfoque quedan en muchos casos neutralizadas.

Como ya se indicó en el [capítulo 2](#) en estos momentos coexisten diversos hallazgos neuropsicológicos, neuroanatómicos, neuroquímicos, conductuales y cognitivos que no acaban de estar debidamente integrados. De ellos han surgido diversos modelos explicativos del trastorno que en muchos casos se apoyan en la eficacia contrastada de los tratamientos derivados de ellos, farmacológico o cognitivo-conductual. El terapeuta debe dar una cierta coherencia a estos hallazgos frente al paciente. La explicación del trastorno debe incluir aspectos etiológicos y de mantenimiento del problema.

Como se ha indicado en el [capítulo 2](#), la etiología del TOC considera los hallazgos bioquímicos y anatómicos como factores predisponentes de vulnerabilidad biológica al trastorno que, unidos a factores ambientales (estrés, modelos educativos familiares, etc.), y conductuales (posibles traumas desencadenantes del cuadro) pueden dar lugar al desarrollo de un TOC. En cada caso, el terapeuta debe adaptar este modelo explicativo general al caso concreto de cada paciente tomando ejemplos extraídos de la evaluación. Por ejemplo, una mujer de 24 años con un trastorno obsesivo-compulsivo con temor a la contaminación por gérmenes con rituales de limpieza asociados, informó durante la fase

de evaluación que recordaba que su padre desde que era pequeña le prohibía tocar animales en la calle “porque podían contagiarle enfermedades” y le obligaba a lavarse cuidadosamente las manos cuando desobedecía. Este dato aportado en la evaluación fue integrado en la explicación del posible origen de su patología. En definitiva, el TOC es un trastorno de origen multifactorial.

A continuación el terapeuta, tomando como base el modelo cognitivo-conductual del TOC desarrollado en el [capítulo 2](#), identifica los factores que determinan y mantienen el trastorno según la evaluación realizada. Éste recurrirá a gráficos, ejemplos y pequeños experimentos conductuales para ayudar al paciente a comprender estos factores. Una adecuada comprensión del trastorno a la luz del modelo cognitivo-conductual permitirá una mejor comprensión de las técnicas terapéuticas que se van a aplicar en la fase de tratamiento. Resumiendo brevemente, la explicación debe tener en cuenta ciertos supuestos teóricos del modelo cognitivo-conductual (Salkovskis y Kirk, 1989):

1. Las obsesiones son pensamientos que han quedado asociados, condicionados a la ansiedad. El fenómeno de la habituación no se produce con los pensamientos obsesivos y no se reduce la ansiedad que provocan, por la presencia de compulsiones.
2. Las compulsiones son conductas voluntarias (explícitas o encubiertas en forma de pensamientos) que terminan con la exposición a estos pensamientos obsesivos y producen un alivio de la ansiedad o el malestar experimentado. Las conductas compulsivas se hacen más frecuentes conforme son reforzadas por la reducción temporal de la ansiedad. Las compulsiones, por tanto, permiten un alivio a corto plazo del malestar producido por las obsesiones.
3. Los pacientes obsesivos, además, pronto utilizan conductas de evitación para prevenir la aparición de pensamientos obsesivos (y ansiedad), de tal manera que la exposición a los pensamientos es menos frecuente.

La contextualización del trastorno en este marco teórico permite la introducción de técnicas conductuales como la exposición con prevención de respuesta. La introducción de estrategias cognitivas requiere una explicación adicional basada fundamentalmente en el modelo de Salkovskis del trastorno obsesivo-compulsivo. Resumiendo, el supuesto básico del modelo cognitivo del TOC es que las obsesiones son el resultado de la interpretación de estos pensamientos como indicadores de responsabilidad de daño o de graves perjuicios a ellos mismos o a otros. La diferencia con otros pensamientos intrusivos que se dan frecuentemente en la población general radica en esta atribución de responsabilidad. La consecuencia inmediata es un aumento del malestar emocional y por tanto de la ansiedad, una mayor accesibilidad de estos pensamientos que son procesados prioritariamente y la aparición de conductas de neutralización para evitar o reducir el malestar y la ansiedad. La terapia cognitiva, en sus diferentes formas, pretende identificar y modificar estas creencias que dan lugar a interpretaciones erróneas de los pensamientos intrusivos.

La explicación puede tener un mayor énfasis en lo cognitivo o en lo conductual

según las manifestaciones clínicas del TOC de cada paciente. En este sentido algunos pacientes muestran conductas compulsivas sin que refieran ninguna actividad cognitiva de origen obsesivo. En otros casos, no se aprecian conductas compulsivas y sí una abundante actividad cognitiva de corte obsesivo, son los denominados obsesivos puros. En cada caso el terapeuta deberá adaptar estos supuestos básicos a la evaluación y manifestación clínica del TOC que está tratando.

4.4. Motivación y adherencia al tratamiento

Antes de implantar el tratamiento, el terapeuta debe valorar aspectos motivacionales que van a determinar la adherencia al mismo y su eventual éxito. Valorar la motivación de un paciente hacia el tratamiento resulta en muchos casos complejo. Este tipo de pacientes presenta una serie de características determinantes en este sentido (Turner y Beidel, 1988):

1. Muchos pacientes presentan elevados niveles de ambivalencia ante el tratamiento. Esta actitud, que también se encuentra en muchos pacientes fóbicos, se puede contrarrestar de diversas maneras. En primer lugar, ofreciendo una descripción en términos generales del tratamiento de tal manera que el paciente pueda expresar sus dudas, recehos y preocupaciones respecto al mismo. Muchos pacientes debido a su propia patología tienen serias dificultades para tomar una decisión respecto a su tratamiento ya que la duda patológica forma parte de su sintomatología. En estos casos el terapeuta debe ser consciente de ello y no reforzar este problema con reiteración de información poniendo un límite a las explicaciones ofrecidas y a las preguntas del paciente. No es conveniente en esta fase dar información excesivamente pormenorizada sobre el tratamiento ya que muchos pacientes no suelen entenderla y en muchos casos el exceso de detalles hace que su ansiedad aumente de manera importante. Este aumento de ansiedad puede llevar a que el paciente intente negociar determinados aspectos del tratamiento reflejando una actitud evitativa del problema. No existe negociación posible sobre el tratamiento en el sentido de eliminar o modificar componentes inherentes al mismo, ya que quedaría desvirtuado y resultaría ineficaz.
2. Muchos pacientes muestran un gran escepticismo ante el tratamiento. Frecuentemente esta actitud responde a que los pacientes han experimentado varios fracasos terapéuticos previos, con otros enfoques, bien sean farmacológicos o psicológicos. El terapeuta debe realizar una valoración de los intentos previos de tratamiento ya que estos fracasos pueden reducir las posibilidades de éxito de la intervención cognitivo-conductual. Este

escepticismo se puede neutralizar en parte ofreciendo información basada en estudios científicos sobre eficacia clínica, curso y pronóstico de las intervenciones cognitivo-conductuales. No se trata de crear un falso optimismo terapéutico o de situar la intervención por encima de sus posibilidades sino de ofrecer datos contrastados y las limitaciones del tratamiento reconocidas en la bibliografía sobre el tema. Esta actitud de sinceridad terapéutica suele mejorar la actitud del paciente hacia el tratamiento.

A continuación se detallan algunos otros factores que pueden interferir en la motivación y adherencia al tratamiento:

A) Comorbilidad

Uno de los factores que más pueden afectar a la motivación y adherencia de un paciente al tratamiento es la comorbilidad de este trastorno con otras patologías. Los episodios depresivos mayores son muy frecuentes en pacientes con TOC moderado o grave. El terapeuta debe valorar la gravedad del cuadro depresivo, si es primario o secundario al TOC y el posible impacto en el abordaje cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo. Si se aprecian ideas autolesivas y la severidad del cuadro impide la puesta en marcha del tratamiento del TOC, el terapeuta tiene que valorar la posibilidad de posponer el inicio del tratamiento hasta que el cuadro depresivo esté controlado. La utilización de medicación antidepresiva puede ser necesaria en este momento. Una vez que el cuadro depresivo comienza a remitir, el tratamiento del TOC puede comenzar. Existen otro tipo de patologías como el trastorno por angustia, la fobia social, etc. que también pueden dificultar la puesta en marcha del tratamiento y que hay que evaluar y tratar previa o simultáneamente al cuadro obsesivo.

Los trastornos de personalidad asociados a cuadros obsesivos son también relativamente frecuentes. Existe un consenso en el que tanto el trastorno de personalidad esquizoafectivo como el trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad suelen dificultar la adherencia al tratamiento y limitar el éxito de los procedimientos terapéuticos (Steketee, 1993).

La presencia de hábitos tóxicos (abuso de alcohol u otras sustancias) debe ser valorada y tratada previamente. El consumo de tóxicos interfiere con los procesos de habituación y, en su caso, con los tratamientos farmacológicos asociados.

B) Características del cuadro obsesivo-compulsivo

En una revisión de Albuquerque (1996) en Labrador y cols. (2000) de estudios sobre las características más frecuentes de los pacientes con TOC que fracasan en los tratamientos se refirieron las siguientes: presencia de ideas sobrevaloradas, signos de evitación excesiva tanto cognitiva como conductual y un elevado nivel de reactividad (arousal) ante los estímulos temidos. Por el contrario, factores como el inicio temprano del trastorno no determinaban un mayor nivel de fracaso, contrariamente a lo que ciertos clínicos sostienen. Ni la duración ni la severidad del cuadro obsesivo parecen influir en la tasa de fracasos. Estos datos son especialmente relevantes y conviene darlos a conocer al paciente ya que muchos de ellos se predisponen negativamente hacia el tratamiento al entender que la gravedad y duración del cuadro limita sus posibilidades de mejoría.

C) Comprensión del modelo cognitivo-conductual

La falta de comprensión del modelo terapéutico propuesto puede acarrear elevadas tasas de abandono del tratamiento o puede llevar a la realización inadecuada y reticente de las técnicas terapéuticas. Si el terapeuta detecta este problema debe programar alguna sesión adicional para resolver las dudas del paciente, y si las reticencias persisten, plantear abiertamente la posibilidad de recurrir a tratamientos de otra índole (por ejemplo, farmacológicos).

D) Disponibilidad de tiempo

Si el paciente o el terapeuta (especialmente en la sanidad pública) tienen poca disponibilidad de tiempo para llevar a cabo el tratamiento hay que plantear otras alternativas terapéuticas. El tiempo disponible, especialmente en la fase inicial del tratamiento, ha de ser elevado. El paciente tiene que realizar con frecuencia tareas para casa que requieren tiempos de exposición elevados. El terapeuta debe disponer de tiempo de consulta suficiente (en algunas ocasiones superior a los 90 minutos por sesión) para realizar adecuadamente las técnicas de exposición. Si el paciente expresa serias dificultades para encontrar tiempo para el tratamiento por condicionantes familiares o laborales conviene posponerlo hasta que exista una mayor disponibilidad o sugerir una baja laboral para la realización de la fase inicial del tratamiento. Si se informa debidamente al médico de referencia no suelen existir dificultades para la obtención de una incapacidad laboral transitoria.

E) Presencia de estresores psicosociales

Hay que valorar la conflictividad familiar o de pareja, los problemas laborales, etc. que pueden interferir con el tratamiento. En algunos casos hay que esperar a la resolución de estos conflictos para iniciar el tratamiento del TOC.

F) Estilo terapéutico

El estilo terapéutico puede ser un factor determinante a la hora de reforzar los aspectos motivacionales y de adherencia al tratamiento. Más adelante se hará referencia a las características que definen este estilo, que debe adaptarse a los rasgos especiales de estos pacientes.

En definitiva el terapeuta no debe dudar a la hora de posponer o suspender el tratamiento si entiende que no se dan las condiciones necesarias para el éxito del mismo. Iniciar un tratamiento bajo unas condiciones no adecuadas puede abocarlo al fracaso y añadir una nueva experiencia terapéutica negativa al paciente que puede condicionar sus posibilidades de tratamiento en el futuro.

4.5. Planificación del tratamiento

Antes de iniciar el tratamiento, el terapeuta debe realizar una planificación del mismo que delimite aspectos temporales, formales y de contenido. Parte de este proceso hay que realizarlo conjuntamente con el paciente y la familia.

Esta planificación permite situar la terapia estratégicamente en relación a los ritmos de implantación de las técnicas terapéuticas y de los problemas que se van a tratar. Permite una mayor coordinación con el equipo asistencial (psiquiatra, trabajador social) que mejora la coordinación y la coherencia de la intervención. Asimismo permite limitar en el tiempo la intervención y evaluar y regular adecuadamente la mejoría del cuadro obsesivo permitiendo realizar los reajustes necesarios en función de la evolución. Por tanto, el plan de tratamiento ha de ser flexible, contar siempre que sea posible con la participación de los diferentes profesionales que van a intervenir en el tratamiento así como el paciente y eventualmente su familia. Debe realizarse por escrito y quedar archivado en la historia del paciente, estableciendo los períodos de evaluación del grado de cumplimiento del plan.

4.5.1. Aspectos formales

A) Sesiones

1. Frecuencia.

La frecuencia de las sesiones viene determinada por la gravedad de la sintomatología obsesiva, las técnicas terapéuticas que se vayan a emplear, la fase en que se encuentra el tratamiento y en menor medida, la disponibilidad de tiempo del paciente o del terapeuta. Como mínimo se realizará una sesión por semana, aunque en las primeras cuatro o seis semanas del tratamiento conviene programar dos sesiones. Conforme el paciente mejore y tenga un mayor conocimiento y control de las estrategias de tratamiento las sesiones se pueden distanciar a una cada 15 días. La fase de seguimiento se puede llevar a cabo con sesiones mensuales, bimestrales o trimestrales según la mejoría del paciente. En muchos casos se puede realizar el seguimiento por teléfono y evitar así desplazamientos al paciente.

El terapeuta tendrá en cuenta los períodos vacacionales a la hora de implantar el tratamiento. Unas vacaciones cercanas al comienzo del tratamiento pueden aconsejar postergar el inicio al regreso de las mismas.

2. Duración.

La duración mínima de una sesión de exposición es de 45 minutos, si bien es recomendable una duración de 90 minutos. El terapeuta debe ser flexible en cuanto a la duración de las sesiones, por cuanto ésta dependerá de la rapidez con que el paciente se habitúe. En este sentido es importante que el terapeuta programe su carga de trabajo diaria de tal forma que pueda alargar la sesión si el paciente así lo precisa. Suspender una sesión de exposición por limitaciones horarias u organizacionales puede llevar a un empeoramiento del cuadro. En el caso de los tratamientos cognitivos, las sesiones pueden estar más delimitadas en el tiempo.

El paciente debe estar informado previamente de la duración aproximada de la sesión o de cualquier cambio respecto a sesiones anteriores para que reorganice sus cargas laborales o familiares con el tiempo suficiente. Si el paciente no está informado con antelación puede sentir la necesidad de terminar la sesión prematuramente por sus compromisos laborales o familiares y experimentar un aumento de estrés y ansiedad que interferirá con el tratamiento.

3. Formato.

El formato de las sesiones de tratamiento se detalla en el [cuadro 4.1](#).

Éste es bastante estándar, si bien tiene que dotarse de cierta flexibilidad en casos excepcionales como fases de empeoramiento o dificultades no previstas.

Cuadro 4.1. *Formato estándar de una sesión de terapia conductual*

Saludo

Valoración del auto-registro de tareas para casa

Resolución de problemas de la práctica realizada

Establecimiento del plan de EPR en función de la jerarquía establecida para la semana

Pacto de las tareas para casa para la próxima semana (autoexposición)

Resolución de problemas y cierre

B) Tareas para casa

1. Registros.

El terapeuta debe acordar con el paciente el tipo de registros y recogida de información que debe llevar a cabo fuera de las sesiones. Es conveniente incluir este compromiso en el contrato terapéutico, como se detallará más adelante.

2. Autoexposición, experimentos conductuales.

El paciente tendrá una asignación de tareas para casa que deberá realizar en función de la fase de tratamiento y la jerarquía previamente establecidas. De nuevo este compromiso constará en el contrato terapéutico.

C) Coordinación

1. Terapeuta de referencia.

En el caso de una intervención multidisciplinaria, el paciente deberá ser informado por su terapeuta de referencia por si necesita contactar con el equipo de tratamiento fuera de sus sesiones programadas. El paciente, en una pequeña tarjeta, conocerá previamente el nombre del terapeuta, su teléfono y horario de contacto. En caso de urgencia fuera de horario se le indicará el servicio de urgencias que le corresponda. En el caso de los pacientes

obsesivos hay que delimitar las situaciones y circunstancias en que puede utilizar esta posibilidad, ya que pueden recurrir a ella de manera inadecuada como un medio para neutralizar sus preocupaciones obsesivas.

2. Coordinación del equipo.

El plan de tratamiento debe establecer revisiones periódicas del caso y mecanismos de coordinación interprofesional.

4.5.2. Tipo de intervención

El plan de tratamiento deberá delimitar si la intervención que se va a realizar va a ser individual, familiar, grupal o una combinación de las anteriores. A continuación se detallan algunos de los criterios que se pueden emplear a la hora de seleccionar un tipo u otro de intervención.

A) *Intervención individual*

La intervención de tipo individual es la más habitual. Este tipo de intervención no excluye la posibilidad de utilizar un coterapeuta extraído de su entorno social o familiar. En muchos casos este tipo de intervención se ve favorecido por el rechazo del propio paciente a ser incluido en grupos de terapia o terapia familiar por los sentimientos de culpa e inadecuación que su propia patología le provoca. En otros, circunstancias personales del paciente como la falta de apoyo social o familiar pueden inclinar la balanza en favor de una intervención individual.

En pacientes con una elevada ansiedad social o dificultades de relación interpersonal es más adecuado plantear una intervención individual para evitar la interferencia de estos factores en la terapia del TOC como ocurriría en intervenciones grupales o familiares. Si el paciente está motivado, tiene un nivel de *insight* y comprensión del problema adecuado y asume el control de su tratamiento, la intervención individual no presenta ningún tipo de problema.

B) *Intervención familiar*

Este abordaje está particularmente indicado en los siguientes casos: en

intervenciones con niños y adolescentes y cuando la dinámica familiar contribuye o se ve seriamente perturbada por el TOC. Por el contrario, si la dinámica familiar es muy conflictiva y patológica o el paciente muestra serios problemas relacionales con elevada ansiedad en el contexto familiar, está especialmente contraindicada, ya que estos factores pueden interferir con el objetivo principal de la intervención, que es la resolución de su patología de TOC.

C) Intervención grupal

Uno de los factores que habitualmente inclinan la balanza a favor de este tipo de intervención es la economía de tiempo y recursos en el tratamiento de pacientes con TOC. No obstante existen una serie de factores intrínsecamente positivos en favor de este tipo de intervención. Una de las características del paciente con TOC es la ocultación y los sentimientos de inadecuación en torno a su patología. En muchos casos no conoce a otras personas que experimenten un problema similar. Las intervenciones grupales permiten al paciente con TOC compartir su experiencia, desculpabilizarse, en definitiva entender que él no está solo con este problema.

La dinámica grupal presenta algunas ventajas respecto a las intervenciones individuales en el sentido de generar un clima terapéutico en el que la motivación, la colaboración y la comprensión respecto al problema mejoran. Se establece una alianza entre los pacientes que contribuye a controlar y enfrentar más adecuadamente el TOC. Además, el propio grupo suele ofrecer, una vez finalizada la intervención terapéutica, una red de apoyo y seguimiento de la que muchos pacientes se sirven para mantener su mejoría.

El terapeuta debe valorar cuidadosamente la capacidad del paciente para adaptarse a este tipo de intervención: no todos los pacientes son capaces de tolerar una dinámica grupal. Asimismo hay que descartar para este tipo de intervención a pacientes que padezcan alteraciones de conducta o trastornos de personalidad que interfieran con el grupo. Es por tanto necesaria una cuidadosa selección de los pacientes.

En algunos casos el terapeuta puede considerar necesario compaginar la intervención grupal con sesiones individuales para tratar aspectos concretos de la patología de un paciente que no se abordan en el grupo. En estos casos se debe negociar previamente con el paciente la extensión de este tipo de intervención e informar al grupo.

4.5.3. Entorno

La mayoría de las intervenciones se realizan en un entorno ambulatorio, si bien en casos

señalados se impone la hospitalización.

A) Tratamiento ambulatorio

La intervención en un entorno ambulatorio presenta indudables ventajas. En primer lugar, es menos disruptiva para el estilo de vida, y los compromisos laborales y familiares del paciente. Asimismo permite una mejor adaptación del tratamiento al medio del paciente y posibilita una mejor generalización de los beneficios de la intervención. Finalmente, ésta es menos costosa económicamente.

B) Hospitalización

El entorno hospitalario se debe utilizar excepcionalmente para el tratamiento del TOC. No obstante existen algunos casos en los que la hospitalización puede ser conveniente (Turner y Beider, 1988):

- Si el paciente precisa una desintoxicación de medicación que requiere un control médico elevado.
- Si el paciente vive lejos y el plan de tratamiento prevé sesiones diarias.
- Si algunas de las técnicas terapéuticas (por ejemplo, la exposición con prevención de respuesta) no se pueden aplicar con éxito en el domicilio del paciente.
- Si el paciente está muy deprimido, presenta riesgo de suicidio o presenta problemas en el manejo de la medicación.
- Si el estado de salud del paciente requiere hospitalización.

No obstante, la hospitalización también presenta una serie de desventajas que el terapeuta debe valorar:

- El coste aproximado de un ingreso hospitalario en España oscila entre 180 y 300 euros al día.
- La sintomatología de algunos pacientes sólo se presenta en determinados contextos que no siempre se pueden reproducir en el entorno hospitalario. Por ejemplo, personas con rituales de comprobación en el hogar, donde entienden que cualquier descuido con una luz, el gas o una estufa les haría responsables

del potencial daño que ocurriera, no tienen ningún problema en dejar de realizar dichos rituales de comprobación en el hospital porque entienden que la responsabilidad es del personal hospitalario.

- Existen asimismo problemas a la hora de generalizar las ganancias obtenidas en el tratamiento hospitalario a otros entornos. En muchas ocasiones, el control de la sintomatología del TOC es específico de un contexto.
- El terapeuta puede encontrar problemas a la hora de controlar la intervención una vez ingresado el paciente. El hospital tiene sus propias reglas y rutinas institucionales y asistenciales que no siempre son compatibles con los tratamientos cognitivo-conductuales.
- Es difícil encontrar en España personal de enfermería con formación en terapia conductual. La intervención en el ámbito hospitalario requiere del terapeuta un profundo y constante trabajo con el personal hospitalario para que aplique adecuadamente las técnicas conductuales. En muchos casos la supervisión es difícil ya que son muchos los profesionales que están involucrados en el cuidado del paciente en un hospital. Por ejemplo, una terapia de exposición a “elementos contaminados” de un paciente con rituales de limpieza en un centro hospitalario presentó el problema de una auxiliar de planta que, ante la ansiedad que el paciente le manifestaba, limpiaba con especial esmero su habitación para aliviar este sufrimiento. El personal de enfermería y el terapeuta tardaron varios días en conocer esta práctica y darle fin.

4.5.4. Elección del tratamiento

Una vez realizada la evaluación del caso, el terapeuta determina las técnicas cognitivo-conductuales que va a emplear, diseña los ritmos de implantación de las mismas y valora los medios y recursos materiales necesarios para su correcta puesta en marcha. Este último punto es especialmente relevante porque en algunos casos se precisa cierto tiempo para hacerse con material de exposición o para disponer de determinados entornos para el tratamiento. Por ejemplo, en el caso de un paciente que presentaba conductas rituales de diverso tipo ante la visión de féretros, el terapeuta tuvo que contactar con la funeraria local para poder acceder al almacén y poder realizar la terapia de exposición.

4.5.5. Contrato terapéutico

No todos los pacientes con TOC requieren la firma de un contrato terapéutico, aunque sí es conveniente ofrecer una información detallada y por escrito de las características del

tratamiento y de los aspectos inherentes a él. Sin embargo en determinados casos el terapeuta debe valorar la utilización de un contrato terapéutico (CT):

- En el tratamiento con niños y adolescentes. El CT clarifica las responsabilidades del tratamiento, ayuda a la resolución de conflictos en caso de desacuerdos o incumplimientos de la prescripción y delimita la intervención del terapeuta, el niño y la familia.
- En ingresos hospitalarios donde pueden existir restricciones que afecten al bienestar del paciente.
- En tratamientos grupales donde se establezcan las cláusulas de confidencialidad, asistencia al grupo, etc.
- En intervenciones familiares para delimitar el campo de intervención y la responsabilidad de cada miembro de la familia. El CT sirve de referencia al terapeuta para resolver conflictos de interpretación o asignación de tareas.

Una de las cláusulas que es conveniente introducir en el contrato terapéutico son las de suspensión del tratamiento. El paciente puede presentar ciertas resistencias al tratamiento por diversos motivos como ya se ha analizado previamente en este capítulo. El terapeuta a través del CT tiene que establecer las causas de suspensión de la intervención. Entre las más habituales se encuentran el incumplimiento reiterado de las prescripciones (hay que especificar un número determinado), la falta sin justificar a un número de sesiones y la falsedad en la información de los registros.

4.6. Tratamiento

A continuación se detallan las intervenciones basadas en técnicas conductuales, cognitivas y los tratamientos farmacológicos.

4.6.1. Tratamiento conductual

A) Exposición con prevención de respuesta (EPR)

Las técnicas de exposición con prevención de respuesta son el tratamiento más habitual y de primera elección en los trastornos obsesivo-compulsivos.

1. Consideraciones previas

La puesta en marcha de un programa de exposición con prevención de respuesta requiere la toma en consideración de una serie de factores que van a determinar su efectividad y la conveniencia de su utilización terapéutica (Turner y Beidel, 1988):

- a) Si durante la evaluación se ha detectado un cuadro depresivo grave hay que tratarlo previamente. Un paciente seriamente deprimido tiene importantes dificultades para habituarse a los estímulos durante la exposición. La habituación es mejor cuando la depresión ha mejorado o remitido. Si es necesario hay que recurrir a medicación antidepresiva para tratar al paciente. Como ya se indicó anteriormente la depresión puede interferir con la motivación para el tratamiento e interfiere con la capacidad del paciente de enfrentarse al estímulo generador de ansiedad.
- b) El tratamiento con exposición con prevención de respuesta requiere que la persona no consuma bebidas alcohólicas en exceso o fármacos ansiolíticos. Si la ansiedad es bloqueada por el alcohol o los ansiolíticos, se reduce considerablemente la efectividad de las técnicas de exposición. Este dato es especialmente relevante por cuanto que muchos pacientes que acuden a terapia tienen prescritos fármacos ansiolíticos. Es conveniente explicar al paciente y al psiquiatra que haya mandado esos medicamentos la posible interferencia de esa pauta farmacológica con las técnicas conductuales y solicitar un cambio de medicación o la retirada de la misma. El alprazolam (Trankimazin), un ansiolítico potente y eficaz, está especialmente contraindicado en dosis elevadas. Cuando el paciente lleva consumiendo ansiolíticos durante muchos años puede ser conveniente un breve ingreso hospitalario para retirar la medicación bajo un control médico más estricto dados los efectos adictivos de estas sustancias. La no utilización de fármacos para el manejo de la ansiedad ayuda a mantener en el tiempo las ganancias terapéuticas obtenidas durante la fase de tratamiento.
- c) Hay que descartar cualquier patología orgánica en el paciente que pudiera verse agravada por las técnicas de exposición. La elevación de la ansiedad que el paciente experimenta durante la fase de exposición puede exacerbar patologías cardiovasculares (por ejemplo, cardiopatías o hipertensión) o respiratorias (por ejemplo, asma). Es necesario consultar con un profesional médico o con el especialista que trata al paciente sobre la conveniencia de la intervención conductual. Si la patología orgánica es grave es mejor retrasar el tratamiento hasta que ésta mejore o suspenderlo si el criterio médico así lo indica. En el caso de seguir adelante con el tratamiento en patologías orgánicas graves hay que solicitar supervisión médica durante la implantación del mismo. En pacientes embarazadas existe un cierto riesgo para el embarazo durante la

exposición, por la elevación de ansiedad que esta genera. De nuevo hay que solicitar el criterio médico y, si es posible, esperar a que el embarazo haya concluido.

- d) Hay que definir el problema en términos conductuales muy precisos para poder diseñar adecuadamente las sesiones de exposición. Si se opta por sesiones de exposición en imaginación es fundamental interrogar pormenorizadamente al paciente sobre las señales ansiógenas que éste percibe para poder diseñar escenas que incluyan todos los estímulos relevantes para aumentar la efectividad de este tipo de sesiones.
- e) Como ya se indicó anteriormente, el paciente debe ser consciente de que el tratamiento de exposición requiere tiempo tanto para las sesiones de terapia como para las tareas para casa. Una falta de disponibilidad de tiempo podría determinar el fracaso de la intervención, por lo que es conveniente en ese caso posponerla para una mejor ocasión.
- f) Hay que establecer una alianza con los familiares más cercanos con el fin de que éstos no encubran o realicen rituales para evitar la irritación del paciente. La terapia carecería de sentido si los familiares redujeran la ansiedad del paciente durante la fase de exposición con conductas que tendieran a neutralizar los efectos ansiógenos de la misma.
- g) En ocasiones es necesario recurrir a la utilización de coterapeutas, bien sean profesionales (enfermeras especializadas) o familiares. En estos casos hay que asegurar una continuidad y congruencia en los criterios de aplicación de la técnica de exposición con prevención de respuesta. Ello puede obligar al terapeuta a tener frecuentes encuentros con familiares o con profesionales de enfermería para supervisar la marcha de las sesiones, corregir y aplicar *feedback* sobre su actuación. No es conveniente que existan muchos coterapeutas porque puede haber problemas de coordinación y dificultades en la supervisión y el mantenimiento de los criterios de aplicación, lo que generaría confusión en el paciente e impediría el normal desarrollo de la intervención.

2. En qué consiste

La exposición con prevención de respuesta (EPR) consiste en exponer al paciente de manera deliberada a todas las situaciones que previamente evitaba e impedir la realización de los rituales compulsivos y las conductas neutralizadoras incluyendo las encubiertas (prevención de respuesta). La exposición es directa a los estímulos temidos incluyendo los pensamientos (Salkovskis y Kirk, 1989).

El objetivo es alcanzar el máximo nivel de exposición evitando las conductas de neutralización que acabarían con la exposición impidiendo la habituación del paciente a

las mismas y la consiguiente reducción de la ansiedad. Esta técnica se basa en los principios conductuales que regulan el TOC ya descritos anteriormente. La exposición afecta principalmente al componente obsesivo, mientras que la prevención de respuesta lo hace fundamentalmente al compulsivo.

3. Variables y componentes del tratamiento con EPR

El terapeuta debe valorar antes de poner en marcha un programa de EPR las diferentes formas de presentación de la técnica, que depende fundamentalmente de tres factores: la forma de presentar el estímulo, la duración de la exposición y la importancia de la presencia del terapeuta durante la misma.

- a) *Exposición en vivo o en imaginación.* El terapeuta debe plantearse en primer lugar si presenta el estímulo o estímulos temidos en vivo, en imaginación o en ambos. Para valorar la conveniencia de uno u otro debe tener en cuenta el contenido y la relevancia de los estímulos para la sintomatología del paciente. En general, siempre que sea posible, es conveniente realizar la exposición en vivo ya que algunos pacientes tienen dificultades para imaginar y visualizar las escenas que se proponen. Sin embargo, existen una serie de factores que pueden hacer aconsejable la exposición en imaginación:
- En pacientes con un intenso temor a las consecuencias catastróficas a la exposición del estímulo es conveniente comenzar con una exposición en imaginación como primera opción y posteriormente valorar una exposición en vivo.
 - Si los estímulos a los que se tiene que exponer son difícilmente asequibles en vivo (muerte, destrucción) es más conveniente recurrir a la exposición en imaginación porque permite una descripción más detallada y asequible del estímulo, que sería difícil de obtener en la realidad.
 - Cuando los pacientes presentan un elevado nivel de evitación cognitiva durante la exposición en vivo es conveniente recurrir a la exposición en imaginación, ya que el componente verbal de la misma puede potenciar algunas claves del estímulo.

Algunos terapeutas utilizan técnicas de relajación o distracción en conjunción con las de exposición en vivo y más frecuentemente con las técnicas de exposición en imaginación. En general esta estrategia va dirigida a reducir la ansiedad inicial con el fin de graduarla más adecuadamente. En el

TOC este tipo de estrategias suele retrasar la habituación y no resulta particularmente eficaz. Recientemente se ha comenzado a utilizar la hipnosis clínica en el contexto de la exposición en imaginación. La hipnosis en este caso no se utiliza como un método de reducción de la ansiedad sino como un elemento potenciador de la capacidad imaginativa o visualizadora del paciente.

- b) *Duración de la exposición.* Existen bastantes evidencias a favor de las sesiones de exposición de larga duración ya que mejoran la eficacia de la técnica, particularmente en exposiciones en vivo. En general, la exposición masiva (de alta frecuencia) es más eficaz que la práctica espaciada. Las sesiones tienen que durar tanto como dure la ansiedad, en caso contrario se produciría una sensibilización.
- c) *Graduación de la exposición.* Los estímulos en la exposición se pueden presentar de forma gradual o masiva. No existe evidencia experimental a favor de una u otra en cuanto a su eficacia. La exposición gradual exige la elaboración de una jerarquía y, en general, presenta mayores niveles de adherencia y menores niveles de rechazo al tratamiento. Sin embargo algunos autores se inclinan por la aplicación gradual de la exposición en cuadros fóbicos, mientras que en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo son más partidarios de la exposición masiva. Esto último depende del número de estímulos a los que haya que exponerse y de la complejidad de los mismos.
- d) *Presencia del terapeuta.* Existen suficientes evidencias en estos momentos que apuntan a similares resultados en la exposición con o sin terapeuta (auto-exposición). Sin embargo, durante las primeras sesiones, es recomendable la presencia del terapeuta por varios motivos:
- El terapeuta tiene que asegurarse de que el paciente realiza correctamente la EPR. Algunos pacientes presentan sutiles formas de evitación que restan efectividad a la EPR. Por ejemplo, un paciente con un intenso temor a la contaminación durante la primera sesión de EPR, donde se exponía a tocar pomos de las puertas del centro de salud y a abrir las sin lavarse inmediatamente las manos, realizó esta acción solamente con dos dedos que posteriormente mantenía a prudente distancia de sus ropas y cara. El terapeuta tuvo que reconducir la situación para que cogiera el pomo con su mano y tocara sus prendas de vestir. Este tipo de sutiles conductas de evitación son relativamente frecuentes al principio de la exposición y el terapeuta es el encargado de detectarlas, porque en muchos casos el paciente o no es consciente de ello o cree que con la realización parcial de la exposición es suficiente.
 - La presencia del terapeuta permite en estas primeras sesiones de exposición realizar una evaluación más pormenorizada del paciente y del nivel de comprensión y ejecución de la técnica.
 - Con algunos pacientes especialmente ansiosos es necesario que el terapeuta

realice en las primeras sesiones un modelado de la conducta a la que el paciente se tiene que exponer. Aunque el modelado no tiende a mejorar la eficacia del tratamiento sí aumenta la adherencia al mismo. No obstante, el terapeuta debe ser consciente de que el modelado por su parte se puede convertir en los pacientes con TOC en una conducta ritual que alivie su ansiedad, así que debe utilizarse sólo en las sesiones de exposición iniciales.

La autoexposición tiene indudables ventajas. Es complementaria a la exposición guiada y además presenta mejores niveles de generalización y mantenimiento de la mejoría. Otorga el control y la responsabilidad del tratamiento al paciente. Por último, permite una mejor economía de costes en la terapia al reducir considerablemente el tiempo de consulta.

4. Exposición en vivo

A continuación se detallan los pasos que se deben seguir para poner en marcha el tratamiento de exposición en vivo en términos generales, más adelante se especificarán en función de las diferentes variantes del TOC los objetivos, las estrategias y las dificultades que se utilizan en este caso.

- a) *Plan de tratamiento.* Tras recordar al paciente los fundamentos teóricos de la intervención y animarle a expresar sus dudas y objeciones, se negocian con él las metas a corto, medio y largo plazo de la intervención. Es muy importante garantizarle que no habrá ninguna “sorpresa” durante el tratamiento y que en todo momento estará informado de los pasos que se van a seguir. (Un ejemplo de una inadecuada práctica en este sentido es el caso de un paciente que acudió a terapia por presentar un TOC con temor a la contaminación con sangre que durante una intervención terapéutica anterior en una sesión de exposición, el coterapeuta, un enfermero, sin previo aviso y saltándose las indicaciones del terapeuta, había impregnado la ropa del paciente con sangre provocándole una crisis de pánico y eventualmente el abandono de la terapia. Este paciente mostraba grandes reticencias al tratamiento y una gran desconfianza que dificultaron enormemente la intervención.)
- b) *Elaboración de la jerarquía.* Se toma como base la información sobre las diferentes situaciones que el paciente evita o le provocan ansiedad y se establece una jerarquía puntuando en colaboración con él cada situación de 0 a 100. Se asigna una sesión de tratamiento a cada situación para realizar la exposición. La jerarquía se puede modificar en cualquier momento en función de la respuesta al tratamiento o la aparición de nueva información. Este último

hecho no es infrecuente porque durante las sesiones de exposición suelen aparecer datos que el paciente o el propio terapeuta no habían contemplado y que son relevantes para el tratamiento.

El terapeuta no debe infravalorar nunca el malestar que el paciente experimenta porque en caso contrario puede interferir seriamente en las sesiones de exposición. En este sentido, si el malestar manifestado o detectado es muy intenso las primeras sesiones de exposición en vivo tienen que centrarse en niveles de dificultad moderados, con el fin de asegurar un éxito en la intervención y así reforzar la motivación del paciente y reducir su nivel de ansiedad. Si el paciente está muy angustiado pueden aparecer problemas en el cumplimiento de las tareas para casa e incluso puede falsear la información que facilita al terapeuta. Por tanto, en estos casos, es fundamental realizar la jerarquía adecuadamente y de manera flexible.

- c) *Rol del terapeuta durante las sesiones de exposición en vivo.* Existen una serie de factores que se deben tener en cuenta durante la realización de una sesión de exposición en vivo:

- *Estilo terapéutico.* El terapeuta durante la exposición del paciente a una situación o estímulo debe mostrar firmeza, pero al mismo tiempo comprensión de las dificultades por las que atraviesa el paciente. Si es necesario tiene que reiterar los motivos por los que hay que realizar la exposición y permitir que el paciente exprese su ansiedad. Esta actitud de empatía y respeto hacia el paciente no debe estar reñida con la necesidad que tiene el terapeuta de asegurarse de que la exposición se realiza de manera adecuada. No tiene que reasegurar al paciente constantemente de que no hay peligro, aunque puede usar el modelado ocasionalmente como una forma de guiado durante la exposición.
- *Modelado.* El terapeuta puede recurrir durante las primeras sesiones de exposición en vivo al modelado de determinadas conductas. El modelado muestra las conductas habituales en el manejo de las situaciones que el paciente puede haber olvidado o tener distorsionadas. Éste mejora la adhesión al tratamiento en las primeras sesiones, pero una vez que el paciente comienza a familiarizarse con el tratamiento hay que suspender esta práctica.

- d) *Evaluación durante la sesión y tareas para casa.* Durante la sesión de exposición en vivo, el terapeuta cada 5-10 minutos registra los niveles de ansiedad y la aparición de conductas o pensamientos neutralizadores de la ansiedad.

Tras concluir la exposición el terapeuta y el paciente acuerdan las tareas para casa que va a realizar este último. Las tareas deben estar centradas en la

práctica y consolidación de los aspectos que se han trabajado durante la sesión. Es conveniente especificar por escrito las tareas que se van a realizar, los tiempos y situaciones así como los registros sobre malestar emocional, ansiedad, conductas rituales o pensamientos neutralizadores que aparecen. Asimismo es conveniente registrar las dificultades para discutir los problemas en la próxima sesión. En algunos casos los pacientes tratan de negociar en exceso las tareas que van a realizar fuera de la sesión. Estas tácticas dilatorias suelen esconder intentos de evitar la exposición y deben ser enfrentadas directamente por el terapeuta señalando la importancia de las tareas para casa en el tratamiento y marcando las obligaciones mínimas innegociables en cada caso.

e) *Generalización.* Es conveniente diseñar una estrategia de generalización dentro del plan de tratamiento para cada paciente. Esto es especialmente relevante cuando se ha utilizado la técnica de exposición en régimen hospitalario. En estos casos se realiza un plan para que el paciente generalice los beneficios terapéuticos a su entorno habitual. Este plan debe incluir la exposición a las situaciones más habituales que encuentra el paciente en su vida cotidiana, utilizando bien la autoexposición, la exposición con coterapeuta o en ocasiones con el propio terapeuta. En los casos en que el tratamiento se realiza en un entorno ambulatorio, el problema de la generalización es menor y en muchos de ellos se puede compaginar el tratamiento propiamente dicho con tareas para casa donde el paciente aplique las estrategias terapéuticas en diferentes entornos, por lo que se realiza simultáneamente.

f) *Tratamiento de la ansiedad o el malestar emocional durante la exposición.* Como ya se ha indicado anteriormente, no es conveniente simultanear estrategias de relajación o neutralización de la ansiedad con la técnica de exposición porque pierden efectividad. No obstante, el terapeuta debe conocer algunas estrategias para ayudar al paciente a tratar la ansiedad en estas situaciones, especialmente si ésta es extrema. Algunas de las estrategias que se sugieren son las siguientes:

- Ayudar al paciente a modificar las creencias y actitudes en relación a sus capacidades para enfrentar la ansiedad y las asociadas a su trastorno obsesivo-compulsivo.
- Recordar al paciente la superación de ítems anteriores en la jerarquía que en su momento pudieron generar respuestas igualmente elevadas de ansiedad.
- Utilización de la intención paradójica.
- Facilitar la discusión abierta de objeciones con el terapeuta, creando un clima de diálogo y cooperación durante el tratamiento.

5. Exposición en imaginación

Aunque existe un consenso básico respecto a una mayor eficacia de las técnicas de exposición en vivo respecto a las de exposición en imaginación, estas últimas ofrecen buenos resultados, especialmente en pacientes donde los desencadenantes y los rituales son predominantemente cognitivos. En estos casos la combinación de la exposición en vivo y en imaginación es especialmente efectiva.

La exposición en imaginación está habitualmente indicada en los siguientes casos:

- Cuando se constata un predominio de imágenes mentales o pensamientos como desencadenantes por encima de otros estímulos externos.
- Si el miedo obsesivo predominante está centrado en acontecimientos futuros desastrosos difícilmente contrastables en la realidad y en ausencia de rituales compulsivos.
- Cuando el temor se manifiesta, especialmente en cuadros obsesivos de contenido religioso, en consecuencias negativas para el individuo en “la otra vida”, que no pueden ser tratados con exposición en vivo.
- Si la exposición en vivo no permite acceder adecuadamente al componente obsesivo sobre las consecuencias negativas temidas por el paciente.
- Si en la evaluación del paciente se ha determinado que un recuerdo traumático está directamente relacionado con el trastorno, la exposición en imaginación es especialmente útil.
- En los trastornos obsesivo-compulsivos donde el contenido fundamentalmente es que la persona expresa un temor intenso a perder el control y hacer daño a otras personas.
- Si la persona experimenta durante la exposición en vivo un nivel de ansiedad tan elevado que le resulta inmanejable.

Existen asimismo una serie de contraindicaciones respecto a la exposición en imaginación:

- En los trastornos obsesivo-compulsivos donde el paciente refiere no presentar imágenes mentales o pensamientos asociados a las obsesiones ni miedos catastróficos.
- Si tras realizar una prueba para valorar la capacidad de visualización de imágenes del paciente se comprueba que no puede generar imágenes de suficiente calidad como para construir las escenas.
- En algunos casos la evitación cognitiva es muy fuerte y el paciente no puede beneficiarse de una exposición en imaginación.
- Si existe un problema motivacional asociado al tratamiento, éste interfiere

especialmente en la exposición en imaginación, ya que el grado de exposición escapa al control del terapeuta y el paciente puede desinformar sobre la calidad y el contenido de las imágenes o los pensamientos que genera.

- a) *Desarrollo de la jerarquía.* En términos generales conviene elaborar una jerarquía sobre los contenidos evaluados previamente. En aquellos casos en que sólo se haya identificado un único temor se diseña una escena pero graduándola con varios niveles de intensidad; introduciendo diferentes estímulos en la construcción de la escena que previamente se han identificado como más o menos ansiógenos. En otros casos el temor obsesivo se puede plasmar en diferentes consecuencias. Por ejemplo, el temor a que un descuido en la conducción de un vehículo pueda ocasionar daños se puede manifestar en el miedo a atropellar a un viandante, a una bicicleta u otros elementos. En este caso hay que diseñar una escena específica para cada consecuencia temida.

En contraste con las jerarquías para la exposición en vivo, la exposición en imaginación requiere jerarquías más reducidas.

- b) *Construcción de escenas.* Las escenas que se utilizan en la exposición en imaginación deben tomar como base para su diseño el material que se ha extraído de la evaluación del paciente. En este sentido es especialmente relevante analizar con detalle los estímulos desencadenantes, las imágenes mentales y tantas características como sean necesarias para aumentar la calidad y viveza de las escenas. Éstas deben ser diseñadas y posteriormente escritas como si de un guión se tratara para que el terapeuta durante la exposición en imaginación se asegure de que no olvida ningún elemento esencial.

Las escenas utilizadas deben incluir no solamente elementos estimulantes desencadenantes sino ofrecer las respuestas junto con cualquier concepto, clave o situación relevante para el paciente. La escena debe incluir elementos sensitivos y emocionales junto con reacciones fisiológicas internas. Los elementos sensitivos son aquellos que determinan la percepción sensorial del paciente y deben estar incluidos de forma descriptiva tanto en cuanto a olores (por ejemplo, en exposición a productos químicos), sensaciones táctiles (rugosidad, viscosidad, etc.) o gustativos. Los elementos emocionales describen estados y respuestas emocionales de ansiedad, tristeza, rabia y las reacciones fisiológicas reflejan respuestas de tensión, malestar físico, taquicardia, etc.

- c) *Implementación de una sesión de exposición en imaginación.* Una vez que se ha diseñado la escena se pide al paciente que se siente o acueste en un sillón de relajación y se ponga cómodo. Es importante que el terapeuta se asegure de que no existen estímulos externos que distraigan al paciente. El silencio es importante, por lo que se solicita la desconexión de teléfonos fijos o móviles.

La exposición a la escena se realiza con poca luz, casi en penumbra. Es conveniente que el terapeuta grabe la escena al mismo tiempo que realiza la sesión de exposición en imaginación para que posteriormente el paciente disponga de ese material grabado para ulteriores sesiones en sus tareas para casa. Si la escena diseñada se sitúa en un lugar familiar para el paciente pero no para el terapeuta se puede solicitar al primero que describa con detalle el lugar, sus características, la ubicación de los principales elementos, etc. Una vez que el terapeuta inicia la exposición registra cada 10 minutos aproximadamente los niveles de ansiedad que estima el paciente en una escala de 0 a 100. En las sesiones iniciales hay que prever una duración de 60 a 90 minutos de la exposición situando el punto de corte en una reducción de al menos el 50% del nivel de ansiedad al inicio de la exposición. No es conveniente relajar previamente al paciente para realizar la exposición en imaginación, si bien en algunos casos la hipnosis se utiliza como potenciadora de la capacidad de visualización de las escenas.

6. Prevención de respuesta

La exposición, bien sea en vivo o en imaginación, siempre debe ir acompañada de la prevención de la respuesta (PR). Los rituales mentales y compulsivos hay que impedirlos porque interrumpen la experiencia de exposición prolongada evitando así que el paciente desarrolle habilidades de afrontamiento adaptativas con el fin de manejar adecuadamente sus miedos obsesivos. En definitiva, la prevención de respuesta es una estrategia para prevenir el refuerzo de las conductas y los pensamientos repetitivos a través de la reducción de la ansiedad.

- a) *Prevención de respuesta supervisada o auto-regulada.* La PR supervisada tiene la ventaja, en los momentos iniciales del tratamiento, de que el terapeuta u otros supervisores (personal de enfermería, familia) pueden asegurarse de que el paciente no realiza los rituales compulsivos. En las fases iniciales del tratamiento el nivel de ansiedad puede ser muy elevado y en estos casos es conveniente supervisar las primeras sesiones con PR. Otro factor que hay que observar es el motivacional. En ocasiones al inicio del tratamiento el paciente no ve con claridad la eficacia de la estrategia terapéutica propuesta y la motivación puede no compensar el elevado aumento de ansiedad, por lo que hay que reforzar los controles externos para asegurar la prevención de la respuesta.

Existen algunos problemas en relación con la prevención de respuesta supervisada. En primer lugar, este tipo de aplicación tiende a presentar mayor

tasa de recaídas que en la prevención de respuesta auto-regulada donde el paciente aprende la habilidad y desarrolla las estrategias de autocontrol más adecuadamente. Por otro lado, si se utilizan diferentes supervisores pueden darse problemas en cuanto al estilo de aplicación de la técnica. Es posible que haya supervisores muy paternalistas u otros que pueden verse personalmente afectados por los niveles de ansiedad que manifiesta el paciente y que consentan la realización de determinados rituales. Este último caso suele ocurrir en el personal de enfermería que no tiene una formación amplia en técnicas conductuales, por lo que hay que evitar en lo posible utilizar personal no entrenado en estas técnicas. Si los supervisores son miembros de la familia, es necesario formarles adecuadamente en los principios de la terapia conductista del TOC, así como pedir que asistan como observadores a alguna sesión con el terapeuta para que sirva de modelo al familiar. Hay que descartar como supervisores a miembros de familias con alta conflictividad o a familiares que tienen una mala relación con el paciente. Comentario aparte merece lo que se podría denominar el “terapeuta o supervisor sádico”. En algunos casos la exposición con prevención de respuesta se puede llevar a extremos irracionales e incluso ofensivos para la propia dignidad del paciente. Un ejemplo sería el de un paciente con temor a la contaminación al que, tras manipular basura, se le pidiera ingerir alimentos. Ningún ciudadano realizaría dicha conducta y el terapeuta o supervisor debería consentir una higiene básica, no compulsiva, al paciente. En ningún caso se utilizan restricciones físicas a la hora de impedir que un paciente realice una compulsión. La prevención de respuesta se debe basar en la motivación del paciente hacia el tratamiento y en las habilidades del terapeuta para ayudarle en el manejo de la ansiedad sin realizar los rituales.

El terapeuta y los coterapeutas durante la PR deberían estar atentos a que el paciente realice rituales. El paciente puede llevar a cabo estos rituales por dos motivos: *a)* porque él entiende que no lo son al estar muy automatizados e incorporados a su rutina diaria, *b)* porque el paciente entiende que no son rituales al no formar parte del eje central de las compulsiones evaluadas y tratadas. Entre los que son especialmente difíciles de captar e impedir están los rituales de comprobación visual y los cognitivos. Para impedir los primeros el terapeuta se asegurará de que el paciente no invierte demasiado tiempo mirando una puerta, una llave del gas, etc.; en los segundos la colaboración y motivación del paciente son fundamentales para su detección. No obstante, en algunos casos si el paciente presenta la mirada perdida, o su atención hacia las instrucciones que ofrece el terapeuta es menor, o se aprecia un cierto enlentecimiento en sus reacciones a nivel cognitivo o psicomotor, probablemente sea debido a la existencia de rituales mentales y el terapeuta inmediatamente debe intervenir para prevenir su aparición o detenerlos.

En los pacientes altamente motivados con recursos suficientes para afrontar elevados niveles de ansiedad es conveniente implantar la prevención de respuesta auto-regulada. Tiene ventajas indudables respecto a la tasa de recaídas, como ya se indicó anteriormente, además de permitir al paciente una mejor generalización y un mejor aprendizaje. En general, en la mayoría de los casos se inicia la exposición de respuesta de manera guiada y supervisada para pasar gradualmente a la autoexposición con auto-regulación de la prevención de respuesta.

- b) *Estrategias restrictivas frente a graduales.* Existe un gran consenso en torno a este tema entre clínicos e investigadores en favor de las estrategias restrictivas en la prevención de rituales, ya que así se consiguen mayores efectos terapéuticos. Es necesario restringir todos los rituales desde un principio ya que en caso contrario la duración del cuadro obsesivo es mayor y los avances se ven mermados por la presencia de determinados rituales. Las estrategias graduales en la prevención de respuesta son por tanto menos efectivas y generan más problemas de valoración, cumplimiento de la prescripción y aumentan considerablemente la duración del tratamiento.

Las estrategias graduales sólo estarían indicadas en aquellos casos en los que haya una gran variedad de rituales asociados a estímulos desencadenantes múltiples que exijan la elaboración de una jerarquía, y por tanto mientras no se vayan cubriendo los diferentes niveles de la jerarquía algunos rituales deban ser tolerados. Habitualmente el problema en estos casos es que el paciente puede utilizar algunos de los rituales no tratados y por tanto permitidos para calmar la ansiedad generada por la exposición con prevención de respuesta a elementos de rango inferior de la jerarquía.

- c) *Planificación de la prevención de respuesta.* En términos generales la restricción de los rituales debe comenzar desde el principio del tratamiento. Es importante alcanzar el máximo grado de restricción posible rápidamente, por lo que el paciente debe ser consciente de la importancia de esta medida y debe estar preparado y motivado para iniciarla nada más comenzar el tratamiento. En estos casos es necesario invertir tiempo para formar una alianza terapéutica y plasmarla en forma de un contrato por escrito donde se indiquen en cada caso las limitaciones y restricciones en los rituales. Se deben especificar en cada caso individual aquellas excepciones toleradas. Por ejemplo, en el caso de un temor obsesivo a la contaminación por suciedad con conductas rituales de lavado de manos, se especificará en qué ocasiones el lavado de manos está permitido, durante cuánto tiempo, con qué productos de limpieza e incluso la forma de hacerlo, ya que en muchos casos está ritualizada. En el [cuadro 4.2](#) se dan unas normas generales.

Cuadro 4.2. Normas generales para la prevención de respuesta (adaptado de Steketee, 1993)

Rituales de lavado

Evite utilizar agua en su cuerpo (duchas, natación, lavado de manos, toallitas) a menos que esté expresamente pactado con su terapeuta

Cuando se lave los dientes, intente no mojar sus manos o su cara.

La utilización de cremas o productos desodorantes está permitida excepto si su uso produce una reducción de la ansiedad por contaminación.

Aféitese con una maquinilla eléctrica, no con agua.

Las duchas no deberían durar más de 10-12 minutos, previo acuerdo con su terapeuta. No lavar repetidamente o compulsivamente ninguna parte del cuerpo ni en un determinado orden para evitar contaminación cruzada de unas partes a otras.

El lavado de manos sólo está autorizado antes de las comidas, después de usar el baño y después de realizar tareas que ensucien las manos de una manera objetiva (por ejemplo, cambiar una rueda). No lavarse las manos más de 6 veces al día, nunca más de 30 segundos, con una cantidad de jabón previamente pactada con el terapeuta.

Rituales de comprobación

Comenzando por la primera sesión de exposición, no se permite realizar ninguna comprobación en relación con cualquiera de los ítems a los que previamente se haya expuesto en la sesión anterior de tratamiento.

La comprobación una sola vez está permitida en aquellos casos donde la mayoría de la gente lo hace (cerrar una puerta, la cocina de gas, etc.) Para el resto de situaciones no se permite ninguna comprobación. En los casos en que el paciente trabaje en entornos que requieran especial atención por su peligrosidad, pactar con el terapeuta, previo asesoramiento de un experto en el área en cuestión, los límites de los chequeos.

Rituales de repetición

Desde la primera sesión de tratamiento, no se permite ningún ritual de repetición en relación a ningún ítem a los que se haya expuesto el paciente en la fase de tratamiento con exposición.

Reglas generales para todos

Cuando esté en casa y tenga la necesidad de realizar un ritual y crea que no puede contener dicha necesidad, hable con una persona de apoyo antes de hacer el ritual. Pídale que permanezca a su lado mientras persista la necesidad de realizar el ritual hasta que la urgencia de realizarlo se reduzca a un nivel que le permita manejar la situación por sí mismo.

Si ha acordado que un familiar o amigo le supervise, él debe informar al terapeuta de cualquier violación de las reglas pactadas. Él debe asegurarse de que no viola las reglas pactadas pidiéndole firmemente que las cumpla sin usar la fuerza física y sin discutir. El supervisor sólo podrá evitar que realice los rituales mediante la restricción física si previamente ha dado su consentimiento para ello en una situación concreta.

Continúe exponiéndose deliberadamente a los objetos o situaciones que le molestaban antes del tratamiento. No

evite situaciones, confróntelo con frecuencia (al menos 2-3 veces por semana) hasta que el nivel de ansiedad disminuya considerablemente.

d) Problemas durante la prevención de respuesta. El terapeuta debe ser consciente de una serie de dificultades y problemas que pueden aparecer durante la implantación de la prevención de respuesta. A continuación se detallan algunos:

- El terapeuta debe estar especialmente atento ante la posible aparición de pequeños rituales que en muchos casos pueden pasar inadvertidos y que neutralizarían el efecto terapéutico de la prevención de respuesta. Por ejemplo, en el caso de pacientes comprobadores se podrían observar miradas breves a puertas o válvulas de gas que pueden pasar inadvertidas si no se está especialmente atento. En otros casos con temor a la contaminación el paciente “inadvertidamente” puede rozar o frotar sus manos tras la exposición contra una prenda de vestir o las cortinas de la habitación. Existen múltiples situaciones en las que estos pequeños rituales pueden aparecer, y sólo la experiencia y el mantenimiento de una actitud alerta por parte del terapeuta pueden detectarlos. En este caso, el terapeuta enfrentará el problema inmediatamente y recordará el objetivo de la intervención y el compromiso alcanzado con el paciente.
- El paciente durante la prevención de respuesta puede interrogar reiteradamente al terapeuta sobre la situación como una forma de delegar la responsabilidad de lo que está haciendo en otra persona o buscar reaseguramiento frente a su ansiedad. Por ejemplo, en el caso de un paciente con temor a la contaminación de los objetos circundantes por parte de productos de limpieza tóxicos, éste solía preguntar reiteradamente al terapeuta si la botella con el producto colocada en las proximidades de los utensilios de comida estaba a la distancia correcta y adecuada. Lo que aparentemente era un intento de hacer bien la exposición con prevención de respuesta buscaba realmente una respuesta que calmara la ansiedad que le generaba el no lavar los utensilios próximos a la botella antes de utilizarlos para comer. Este tipo de conductas son especialmente frecuentes al principio de la implantación de EPR y el terapeuta debe discernir entre la legítima duda y el intento de calmar la ansiedad delegando en el terapeuta o buscando una respuesta reductora de ansiedad.
- Los rituales mentales son especialmente difíciles de prevenir y de detectar en caso de que aparezcan durante la exposición. Éstos suelen incluir rezos, canciones, discursos de frases a veces inconexas y temáticamente no relacionadas, recuento de números, imágenes, etc. En algunos casos

los pacientes sustituyen los rituales compulsivos explícitos por pequeños rituales mentales para soportar mejor la ansiedad durante la EPR. En estos casos se puede observar una falta de atención en el paciente. Éste parece distraído, abstraído por sus pensamientos. El terapeuta si detecta esto debe reconducir la situación y focalizar la atención en la EPR pidiendo incluso al paciente que describa en voz alta la situación con todo lujo de detalles. En ocasiones se pueden utilizar técnicas de distracción para bloquear los rituales mentales. No obstante, conviene ser cauto porque la distracción puede convertirse en sí misma en un nuevo ritual. Si observamos que los rituales mentales han aparecido y el paciente ha conseguido a través de ellos reducir su ansiedad hay que reexpresar al paciente de nuevo.

- En ocasiones los pacientes desarrollan nuevos rituales durante la exposición con prevención de respuesta. Si el terapeuta observa alguna conducta repetitiva contingente a la exposición que no había sido evaluada e identificada previamente tiene que interrogar a su paciente sobre la misma e indicar que es probablemente un nuevo ritual que el paciente ha desarrollado para proceder a continuación como con cualquier otro ritual.
- La familia del paciente puede interferir en la fase de prevención de la respuesta, bien porque realizan rituales por el paciente, o bien porque se ven desbordados por la ansiedad del mismo durante la prevención de respuesta y acceden a realizar determinadas tareas o conductas para que “no sufra tanto”. Para evitar este tipo de interferencias en el tratamiento es necesario realizar al menos una sesión con la familia para que entienda el tratamiento y sepa cómo actuar en casa cuando el paciente esté realizando la EPR. En algunos casos es especialmente útil pedir a algún miembro relevante de la familia que esté presente durante la EPR en consulta. El terapeuta sirve en este caso de modelo de cómo comportarse, cómo reaccionar ante la ansiedad y cómo manejar la situación.
- Algunos rituales, especialmente los de limpieza y comprobación, tienen cierta base real, si bien se han transformado en conductas desproporcionadas y exageradas. El problema radica en dónde dibujar la línea entre una conducta aceptable y un ritual. Esto no es siempre sencillo.

En los rituales de descontaminación, por ejemplo, el terapeuta debe determinar con claridad qué conductas son aceptables y necesarias para una higiene razonable y para no poner en peligro real la salud del paciente. En este caso además existe una complicación adicional y es que los hábitos de higiene personal están condicionados habitualmente por el nivel socio-cultural del paciente y de su entorno. En determinados entornos de nivel socio-cultural

alto, los hábitos de higiene personal son más elaborados y frecuentes que en otros contextos. El terapeuta no debe usar sus propios hábitos de limpieza como el estándar que se debe seguir, sino interrogar al entorno y determinar en función de él cuáles son los hábitos aceptables y cuáles son de corte compulsivo. En el caso de comprobadores compulsivos el terapeuta en ocasiones se debe asesorar antes de delimitar el alcance de la prevención de respuesta. Existe una serie de entornos, sobre todo en el ámbito laboral, que exigen especial cuidado y meticulosidad, por lo que es difícil definir el punto de corte sin correr el riesgo de cometer una negligencia. La experiencia demuestra que pacientes que manejan mercancías peligrosas o trabajan en laboratorios, por ejemplo, tienen que atender a procedimientos de seguridad que requieren un asesoramiento previo del terapeuta antes de determinar el alcance de la prevención de respuesta.

En otras ocasiones, los temores han podido ser infundidos a lo largo de los años por figuras de autoridad para el paciente y pueden formar parte del núcleo básico de sus creencias. Algunas creencias sobre la salud transmitidas de forma inadecuada por médicos o enfermeros, o las creencias religiosas por sacerdotes, padres o profesores son difíciles de confrontar ya que el terapeuta no tiene ni la credibilidad ni el rol adecuado para hacerlo. En estos casos se puede recurrir a profesionales (médicos, químicos, enfermeros, sacerdotes) que sí tienen la autoridad profesional o moral para determinar junto con el paciente y el terapeuta los cauces de la EPR.

- e) *Finalización de la prevención de respuesta.* La prevención de respuesta se mantiene mientras el paciente informe de que siente cierta “urgencia” por realizar los rituales compulsivos. Aunque los pacientes utilicen sistemáticamente la prevención de respuesta con sus rituales y el manejo de los mismos sea adecuado, la necesidad de realizar el ritual se mantiene en su mente durante mucho más tiempo. Esta necesidad, aunque esté bien controlada, exige el mantenimiento de la estrategia de prevención de respuesta durante un largo período con el fin de evitar recaídas.

Durante la fase de seguimiento el terapeuta debe instruir al paciente, dentro de la estrategia de prevención de recaídas, sobre la aplicación de la prevención de respuesta a cualquier intento de reactivación de los rituales en situaciones de estrés o la posible aparición de nuevos rituales. En este último caso se pide al paciente que esté especialmente atento a nuevas conductas rituales para que de inmediato aplique la prevención de respuesta para su control.

En definitiva, la prevención de respuesta se mantendrá hasta que el paciente experimente una elevada sensación de control sobre sus rituales. En algunos casos donde ésta no se alcanza de manera satisfactoria es necesario mantener la estrategia de forma indefinida.

7. Manejo de las complicaciones durante la exposición con prevención de respuesta

A continuación se detallan algunas de las complicaciones más comunes que suelen aparecer durante la aplicación de la exposición con prevención de respuesta (Steketee, 1993).

- a) El paciente rechaza realizar algunas tareas o discute constantemente sobre las mismas

En este caso el terapeuta no debe proseguir con el tratamiento y debe volver a plantear la base teórica del mismo para replantear a continuación un nuevo contrato terapéutico. En ocasiones este problema surge porque el paciente no ha comprendido suficientemente las razones que justifican esta manera de proceder. En otras ocasiones existen otras preocupaciones que no han sido convenientemente valoradas. De estas últimas las más habituales son preocupaciones reales sobre el peligro que el paciente tiene que afrontar durante la exposición (por ejemplo, exposición a determinados productos tóxicos) o la realización de conductas socialmente apropiadas (en algunos casos el paciente puede entender como socialmente inconveniente la realización de determinadas estrategias de exposición en lugares públicos). En otras ocasiones el paciente mantiene creencias e ideas sobrevaloradas sobre algunos aspectos del TOC que dificultan la exposición y que requieren una intervención de corte cognitivo. Adicionalmente, si el paciente se muestra reacio a la realización de determinadas tareas habría que valorar los factores motivacionales y en algunos casos éstos pueden verse afectados por posibles pérdidas que el paciente cree que experimentaría si su TOC mejorase. Este tipo de problemas se encuentran con cierta frecuencia en pacientes que han construido su relación de pareja en torno a esta patología y que temen que su cónyuge no les preste tanta atención o gane en autonomía respecto a ellos. En algunos niños también se pueden encontrar este tipo de problemas. Finalmente en algunos casos el paciente se altera mucho durante la exposición porque experimenta un exceso de ansiedad que no puede manejar. En estos casos se puede graduar más adecuadamente la jerarquía o recurrir a dosis moderadas de medicación en un primer instante, cuidando mucho que el paciente no atribuya la mejoría a la utilización del fármaco sino a su adecuado manejo de la sintomatología.

- b) No se observa ninguna habituación durante la exposición con prevención de respuesta

Esta complicación puede producirse porque el paciente es muy reactivo a la activación fisiológica o porque se encuentra muy deprimido. En ambos casos la utilización moderada de medicación puede solucionar estos problemas. La falta de habituación también puede ser fruto de que el paciente

evita cognitivamente los estímulos a los que se expone o está distraído durante la exposición. Finalmente el paciente puede estar realizando rituales de manera intermitente que han pasado desapercibidos para el terapeuta (rituales mentales, pequeños rituales muy sutiles).

c) Las estrategias de evitación del paciente no son detectadas durante la exposición

Si la recuperación es más lenta de lo previsto se pueden estar produciendo conductas de evitación fuera de la terapia en consulta o bien la exposición al estímulo no es total. Por ejemplo, se pueden producir formas sutiles de evitación durante la exposición como sostener con la mano izquierda un objeto supuestamente contaminado durante la exposición cuando el paciente es diestro y es ésta la mano que utiliza habitualmente para comer.

d) Aparición de nuevos temores obsesivos

El terapeuta debe estar atento a la posibilidad de que surjan nuevos temores obsesivos que interfieran con la exposición, por lo que se interrogará y evaluará al paciente sobre este asunto si se aprecian dificultades durante la puesta en marcha de la EPR.

B) Entrenamiento en habituación

El entrenamiento en habituación es complementario a la exposición en vivo. Consiste en la tarea práctica de generar pensamientos intrusivos repetidamente y predeciblemente durante el tiempo necesario para que se produzca una reducción de la ansiedad, al mismo tiempo que se evita la aparición de cualquier conducta encubierta de evitación o neutralización. Una vez que la habituación se ha producido para estímulos predecibles se procede a la habituación de estímulos no tan predecibles.

El tratamiento consta de tres fases:

1. En primer lugar, se procede a una discusión detallada de la formulación del problema con un especial énfasis en la impredecibilidad de los pensamientos y el papel de la neutralización encubierta. En esta fase es importante instruir al paciente en la diferenciación entre pensamientos obsesivos y neutralizadores, recurriendo al análisis de ejemplos prácticos extraídos de la evaluación del paciente.
2. Se explica la técnica de entrenamiento en habituación y sus supuestos teóricos con especial atención a las conductas de evitación como factor que impide la reducción de la ansiedad y la habituación.
3. Se analizan a continuación los pensamientos neutralizadores de igual manera y se procede a la puesta en marcha del entrenamiento en habituación.

Existen una serie de estrategias para la presentación de forma repetida y predecible de los pensamientos obsesivos. A continuación se detallan algunas de ellas:

- a) El paciente es instruido para que evoque deliberadamente el pensamiento obsesivo. La instrucción que el paciente recibe es la siguiente: "Primero va usted a formar la idea en su mente, va a aguantar ese pensamiento hasta que yo se lo indique, después hará una pausa y a continuación volverá a iniciar la misma secuencia así hasta repetir el procedimiento varias veces".
- b) Otra forma de realizar esta técnica consiste en solicitar que el paciente escriba repetidamente el pensamiento. Esta estrategia está especialmente indicada en los casos en que el paciente refiere dificultades para generar voluntariamente el pensamiento y mantenerlo. Si el paciente no puede mantener el pensamiento por presentar importantes conductas de evitación hay que recurrir a esta estrategia.
- c) Grabar en una cinta el pensamiento con la voz del paciente. En estos casos es conveniente utilizar una grabadora "autoreverse". La principal ventaja de esta estrategia es que engloba de alguna manera a las dos anteriores y conviene utilizarla siempre que sea posible por delante de las otras dos.

El procedimiento para grabar la cinta consiste en elegir uno o varios pensamientos obsesivos (hay que asegurarse de que no se incluyen pensamientos neutralizadores) y solicitar que el paciente grabe los mismos durante un tiempo determinado (elegir una cinta de pocos minutos de duración para que se repita con el mecanismo "autoreverse" de la grabadora). El terapeuta se asegurará de que la grabación se realiza de manera adecuada, ya que en ocasiones el paciente debido a los elevados niveles de ansiedad que presenta no vocaliza adecuadamente y al escuchar la grabación el pensamiento no resulta del todo comprensible y no resulta creíble o no genera una respuesta de ansiedad elevada. En ocasiones, si la grabación del pensamiento obsesivo se ha realizado de forma rítmica casi monótona, el paciente puede presentar dificultades para mantener la atención o mayor presencia de pensamientos neutralizadores entre presentación y presentación. Para evitar este problema, se ha utilizado con éxito una variante de la técnica ya empleada en el tratamiento del insomnio para evitar interferencias cognitivas (Levy, Aldaz, Watts, y Coyle, 1990). Consiste en pedir que el paciente, al grabar el pensamiento obsesivo, vaya alterando la cadencia y el tono de voz, alargando o acortando silabas, etc. Este procedimiento exige prestar una mayor atención al pensamiento obsesivo y evita más adecuadamente, mientras se escucha la grabación, la interferencia de pensamientos neutralizadores.

Una vez que el paciente ha grabado la cinta, se pide que la escuche durante al menos 10 presentaciones sin conductas de evitación o conductas de neutralización. Tras las presentaciones, se analiza detalladamente si han aparecido pensamientos neutralizadores o de evitación; de ser así, se estudian diferentes formas para no volver a

hacerlo y se vuelve a exponer a la cinta hasta que no se den este tipo de conductas. La exposición dura el tiempo suficiente hasta que se consiga al menos una reducción del 50% del nivel de ansiedad respecto a la valoración realizada por el paciente al inicio de la exposición. Cada cinco minutos se solicita al paciente que valore el nivel de malestar que experimenta.

Después de realizar la sesión en presencia del terapeuta el paciente recibe instrucciones para practicar en casa con la cinta utilizando los procedimientos ensayados en consulta al menos en dos ocasiones durante el día. Si la obsesión aparece en un contexto específico (por ejemplo, realizando una determinada actividad), se solicita al paciente que escuche la cinta mientras realiza dicha actividad. De nuevo, se le pide que se exponga al pensamiento obsesivo hasta que experimente una reducción de al menos el 50% de la ansiedad inicial. Es de vital importancia insistir en que no permita la aparición de pensamientos neutralizadores o que se reexponga inmediatamente después de la aparición de los mismos. Finalmente, el paciente registra los resultados de cada sesión en un registro de tareas para casa.

En la siguiente sesión se analizan los registros de las tareas para casa y se presentan alternativas para solucionar las dificultades encontradas. Cualquier actividad dirigida a neutralizar o terminar con los pensamientos obsesivos debe ser identificada y prevenida.

La cinta se repite tantas veces como sea necesario hasta que se consigue la habituación al pensamiento y no se aprecia ninguna actividad neutralizadora o de evitación. Como no es habitual que se produzca una generalización a otros pensamientos, se repetirá el procedimiento tantas veces como pensamientos obsesivos se hayan identificado durante la evaluación. No obstante, una vez que se ha enfrentado un pensamiento con éxito, el paciente mejora en cuanto a la motivación y el manejo de la técnica, y el procedimiento con el resto de los pensamientos suele generar menos ansiedad y la habituación se produce más rápidamente.

Existen diversas estrategias que el terapeuta puede emplear para conseguir una adecuada generalización de los efectos del tratamiento a otros entornos y circunstancias. En general, es conveniente solicitar al paciente que utilice las grabaciones en diferentes situaciones emocionales (con mayor estrés, ansiedad o en diferentes estados anímicos) o en condiciones ambientales cambiantes como pueden ser situaciones con mayor interferencia (ruidos, factores distractores, etc.). Finalmente, sin que el paciente recurra a la grabación, se le solicita que genere pensamientos deliberadamente en las diferentes situaciones en las que se mueve habitualmente sin presentar conductas de evitación o neutralización.

C) Parada del pensamiento

La parada del pensamiento es una estrategia para desechar pensamientos y así reducir su duración a la vez que puede aumentar la sensación de control del paciente

sobre estos pensamientos y reducir el malestar emocional.

La técnica de parada de pensamiento no es especialmente efectiva por sí misma, si bien en algunos casos y como complemento a otras estrategias puede ser utilizada. La utilización de esta técnica requiere del paciente un período previo de aprendizaje, por lo que éste debe practicar en situaciones no estresantes en primer lugar y solamente cuando tiene un conocimiento adecuado y un dominio de la técnica, se utiliza en situaciones de elevado estrés.

La aplicación de la técnica comienza por una discusión detallada entre el terapeuta y el paciente sobre las ideas intrusivas normales que se dan en un elevado porcentaje de la población y las ideas obsesivas. El paciente, tras esta discusión, debe decidir enfrentar las ideas obsesivas sin recurrir a estrategias de neutralización o evitación valorándolas en un contexto distinto, como ideas intrusivas más “normales”, sin expresar tanto temor hacia ellas, enfatizando la sensación de control del paciente sobre las mismas.

En una segunda fase, se selecciona una lista con varios pensamientos y situaciones desencadenantes de los mismos, y además se genera una lista de otros tantos pensamientos alternativos más relajantes o interesantes para el paciente. El terapeuta debe asegurarse de que el paciente no elige pensamientos neutralizadores para esta tarea. Cada pensamiento recibe una puntuación en función del malestar que genera y la viveza con la que se puede evocar.

1. Entrenamiento en la parada del pensamiento

En la primera sesión, el terapeuta demuestra cómo se realiza el método para mostrar que las ideas obsesivas pueden ser ignoradas. La instrucción que el terapeuta da al paciente es la siguiente (Salkovskis y Kirk, 1989):

Quiero que se siente cómodamente con sus ojos cerrados. Voy a describirle una escena y posteriormente voy a describir cómo acude una idea obsesiva a su mente. Quiero que levante la mano tan pronto como comience a pensar en la idea obsesiva, incluso si aún sólo estoy describiendo la escena. No intente elaborar el pensamiento en detalle. Es importante que levante la mano tan pronto como tenga la idea obsesiva aunque sólo sea levemente. Acomódese y cierre sus ojos (p. 163).

Una vez que el terapeuta ha dado esta instrucción, comienza a describir la escena y el pensamiento obsesivo. En cuanto el paciente eleva la mano el terapeuta grita la palabra “Pare” muy alto y pregunta al paciente qué ocurrió con la idea obsesiva. Normalmente habrá desaparecido. El procedimiento se repite durante varias veces y el terapeuta instruye al paciente para que centre su atención en una escena alternativa previamente acordada. Se entrena al paciente para que centre toda su atención en la escena generando detalles, imágenes para enriquecerla. Cuando el paciente consigue centrar su atención en

la escena alternativa se solicita que evalúe el malestar y la viveza del pensamiento obsesivo. El terapeuta a continuación se asegura de que el pensamiento obsesivo ha desaparecido y que el paciente consiguió elaborar la escena o pensamiento alternativo adecuadamente. El terapeuta insiste en la importancia de no neutralizar el pensamiento obsesivo a lo largo de todo el ejercicio.

A continuación, durante unos 10 minutos el terapeuta continúa utilizando una variedad de escenas desencadenantes de pensamientos obsesivos y practicando la parada de pensamiento, instruyendo al paciente para que durante un minuto genere y centre su atención en un pensamiento o escena alternativa y tras 30 segundos de relajación puntúe el malestar y la viveza generados por el pensamiento obsesivo.

Una vez que el paciente ha realizado este entrenamiento con ayuda del terapeuta, debe por sí mismo utilizar la parada de pensamiento, diciendo primero en voz alta la palabra “Parar” para a continuación elaborar una escena o pensamiento alternativo y valorar el malestar y la viveza del pensamiento. El paciente practica durante cinco minutos.

Finalmente, el terapeuta describe la escena y cuando aparece la idea obsesiva el paciente dice mentalmente la palabra “Parar” y genera la escena alternativa sin instrucción del terapeuta mentalmente. El paciente practica durante otros cinco minutos.

Este procedimiento se repite al menos durante dos o tres sesiones hasta que el paciente tiene cierto dominio sobre la técnica.

2. Tareas para casa

El paciente practica durante unos 20 minutos la técnica pero sólo en los momentos del día en que no esté alterado por los pensamientos obsesivos y su estado emocional sea aceptable. Se solicita, asimismo, que realice un registro diario de cada práctica con una valoración de 0 a 100 puntos del grado de malestar experimentado y la viveza del pensamiento.

Después de una semana de práctica, se pide al paciente que enfrente, con la técnica de parada del pensamiento, pensamientos obsesivos leves o moderados para avanzar progresivamente hacia los pensamientos que le generan un mayor grado de malestar emocional. En este momento, el paciente ya puede enfrentar situaciones que antes evitaba y en las que el terapeuta había prohibido utilizar la técnica, ya que un uso prematuro de la misma disminuye su eficacia, resta motivación para el tratamiento al paciente y aumenta su sensación de pérdida de control frente a las obsesiones.

El terapeuta debe insistir en que inicialmente esta técnica tendrá un éxito limitado con frecuentes recurrencias de los pensamientos obsesivos. Esta recurrencia será progresivamente menor con un mayor lapso de tiempo entre pensamiento y pensamiento conforme avance el dominio de la técnica. Conforme aumenta la sensación de control del paciente, éste presenta menos preocupación por los pensamientos, lo que reduce el nivel

de malestar emocional y la viveza de los mismos.

3. Dificultades en la implantación de un programa de parada del pensamiento

- a) *Problemas en las sesiones de entrenamiento.* Algunos pacientes tienen serias dificultades para visualizar las escenas que el terapeuta describe. En algunos casos se puede entrenar al paciente en estrategias de visualización o recurrir a estados de sugestión. Si el paciente no responde hay que recurrir a otras estrategias terapéuticas. En otros casos, una vez que acude al paciente el pensamiento obsesivo éste informa de que no puede remover la idea de su mente. En este caso el terapeuta debe ayudar, incluso dando instrucciones muy precisas al paciente, a generar una escena o pensamiento alternativo. Otra opción es que el terapeuta indique repetidamente la palabra “Pare” hasta que el paciente informe de la desaparición de la idea obsesiva.
- b) *Problemas con las tareas para casa.* En ocasiones el paciente intenta aplicar la técnica prematuramente a situaciones o pensamientos que le generan un gran malestar emocional sin haber alcanzado un control efectivo sobre los mismos. En muchos casos puede llevar al paciente a una creciente desconfianza ante la técnica y al abandono de la misma. Es de vital importancia el insistir en un adecuado entrenamiento previo antes de proceder a la utilización de la técnica en condiciones normales.

En otras ocasiones, el paciente elige un mal momento del día para practicar por encontrarse emocionalmente alterado o en una situación que le genera elevados niveles de estrés o bien, los pensamientos elegidos para practicar son muy disruptivos y no es capaz de eliminarlos de su mente.

Finalmente, una tercera dificultad que puede surgir es que el paciente, aun practicando la técnica adecuadamente, no es capaz de valorar el grado de malestar emocional o viveza de los pensamientos porque tiene una gran actividad mental de neutralización o los familiares están realizando prácticas de reaseguramiento del paciente durante el entrenamiento. Estos casos requieren una reunión con la familia para instruir a los familiares en el manejo adecuado de estas circunstancias.

Hay que insistir finalmente en que la eficacia de esta técnica es limitada y siempre debe ser utilizada en combinación con otras técnicas más efectivas que serán el tratamiento de primera elección. El número de pacientes que se puede beneficiar de la parada del pensamiento es reducido, pero clínicamente puede ser un recurso terapéutico que el especialista debe conocer y utilizar si lo considera oportuno en función de la evaluación de cada caso.

D) Mantenimiento de la mejoría y prevención de recaídas

La mayoría de los estudios de seguimiento de pacientes con TOC tratados con terapia conductual apuntan a una mejoría mantenida a un año en torno al 70%. En el cuadro 4.3 se resumen algunos de los estudios realizados.

Es importante diseñar una fase de seguimiento de al menos un año porque los datos indican que los pacientes tienden a recaer menos en estos casos. Este período se debe utilizar, entre otras cosas, para disipar gradualmente la participación del terapeuta en el tratamiento devolviendo el control del mismo al propio paciente. Para ello después de la fase más intensiva de tratamiento que requiere una frecuencia de consulta muy elevada se procederá a distanciar las consultas de manera progresiva hasta el alta definitiva.

Cuadro 4.3. *Porcentaje de pacientes con TOC que mejoraron con EPR (Steketee, 1993)*

Estudio	n	% pacientes mejorados (muy mejorados)		Seguimiento
		Post-test		
Meyer y cols. (1974)	15	100	(67)	84 (67)
Marks y cols. (1975)	20	75	(40)	75 (70)
Roper y cols. (1975)	10	80	(50)	80 (40)
Rabavilas y cols. (1976)	12	83	(50)	83 (50)
Boersma y cols. (1976)	13	--	--	77 (54)
Foa y Goldstein (1978)	21	95	(81)	87 (74)
Foa, Grayson y cols. (1983)	50	76	(38)	76 (59)
Emmelkamp y cols. (1985)	42	81	(38)	81 (57)
Hoogduin y Hoogduin (1984)	25	84	(80)	84 (80)
Emmelkamp y cols. (1988)	18	89	(22)	100 (22)
Foa y cols. (1992)	38	97	(97)	82 (82)

Existen diversos factores que pueden contribuir al mantenimiento de la mejoría:

1. Diseñar sesiones de tratamiento en el ámbito doméstico o cualquier otro ámbito relevante en la vida del paciente donde aparezcan las conductas rituales.
2. Involucrar a la familia durante el tratamiento y en la fase de mantenimiento. Tratar cualquier dinámica familiar que pudiera poner en peligro la mejoría

alcanzada.

3. Planificar junto al paciente antes del alta metas vitales relevantes. En muchos casos el TOC ha sido el eje central de la vida del paciente durante muchos años. La mejoría deja al paciente con mucho más tiempo libre que ahora no dedica a sus rituales y con la tesisura de definir nuevas metas personales que ahora son posibles. Si no se trabaja este punto el paciente puede experimentar una sensación de vacío y de desestructuración de su entorno vital que hay que evitar por el riesgo de recaída que esto conlleva.
4. Finalmente el paciente debe ser instruido en la identificación de signos tempranos de recaída así como el manejo de situaciones de riesgo. El manejo del estrés personal y laboral, la resolución de problemas y la mejora de las relaciones interpersonales son factores que permiten una prevención de la recaída.

4.6.2. Tratamiento cognitivo

Como ya se ha descrito en el [capítulo 2](#), principalmente a lo largo de la década de los años ochenta del siglo pasado varios investigadores propusieron modelos cognitivos para el trastorno obsesivo-compulsivo. El modelo de Salkovskis es el que más ha influido en el desarrollo e implantación de tratamientos cognitivos.

A diferencia de la exposición con prevención de respuesta que no corrige los déficit cognitivos sino que reduce la sobrevaloración del riesgo asociado con una determinada situación, la terapia cognitiva pretende modificar las interpretaciones y creencias erróneas del paciente. Ambas técnicas son complementarias en muchos casos y el orden de utilización vendrá determinado por las características de cada paciente. Si el trastorno obsesivo-compulsivo presenta un componente cognitivo importante, con ideas sobrevaloradas o escasez de conductas compulsivas la primera opción será la terapia cognitiva. Si predomina el componente compulsivo sobre el cognitivo, la EPR sería la primera opción de tratamiento. En general las terapias cognitivas en combinación con EPR contribuyen a un aumento de la generalización y una reducción de la tasa de recaídas. No obstante existe un riesgo de que las terapias cognitivas del TOC se conviertan para algunos pacientes en estrategias de neutralización. Hay que estar en estos casos atentos ante preguntas reiterativas, peticiones excesivas de información o aclaraciones, ya que éstos son signos de intentos de neutralización por parte del paciente.

A) Tratamiento cognitivo del trastorno obsesivo-compulsivo

A continuación se detallan los diferentes niveles de intervención en el trastorno obsesivo-compulsivo desde un planteamiento cognitivo-conductual:

1. En primer lugar, se procede a identificar las creencias distorsionadas para elaborar en colaboración con el paciente una explicación alternativa que permita contrastar sus creencias acerca de la responsabilidad en determinados pensamientos o actos.
2. A continuación se realiza una identificación detallada y un autorregistro de los pensamientos e ideas obsesivas junto con una valoración por parte de los pacientes de los mismos. Se diseñan ejercicios específicos para ayudar al paciente a modificar estos pensamientos obsesivos.
3. El siguiente objetivo es que el paciente cambie sus creencias negativas acerca del grado de responsabilidad en relación a su temática obsesiva. Para ello se analizan las técnicas cognitivas para confrontar las valoraciones obsesivas y los supuestos básicos en las que están basadas.
4. Se diseñan experimentos conductuales para contrastar las valoraciones, creencias y respuestas que se consideran implicadas en el trastorno obsesivo-compulsivo del paciente. En este sentido la EPR, desde el punto de vista de la terapia cognitiva, se utiliza como una forma de experimentación conductual para el paciente.
5. Finalmente se anima y ayuda a los pacientes a identificar y modificar los supuestos básicos que subyacen a las interpretaciones erróneas de su actividad mental.

B) Intervenciones cognitivas

Tanto la terapia racional emotiva de Ellis como la terapia cognitiva de Beck se han aplicado con cierto éxito al tratamiento de los pacientes obsesivo-compulsivos.

1. *Terapia racional emotiva.* El objetivo de la intervención es tomar conciencia del carácter ilógico de las creencias del paciente y de sus razonamientos para posteriormente criticarlos con una base racional. Los temas que se tratan son los de responsabilidad personal, la búsqueda de tranquilidad y seguridad del obsesivo, las ideas sobrevaloradas, los razonamientos y sobreestimación del riesgo, el componente depresivo, el miedo a la crítica y los sentimientos de culpabilidad y la prevención de recaída.
2. *Terapia cognitiva de Beck.* El objetivo de la intervención es la identificación, análisis y crítica de las creencias idiosincrásicas erróneas y los supuestos en los que éstas se basan. Las técnicas utilizadas son las específicas de este enfoque terapéutico ya conocidas para el tratamiento de la depresión y otros trastornos

de ansiedad.

Además de las técnicas derivadas de las terapias cognitivas clásicas, a raíz del modelo cognitivo-conductual de Salkovskis y de otras aportaciones en la última década se han desarrollado una serie de técnicas cognitivas específicas para el abordaje de los trastornos obsesivo-compulsivos. En este contexto las técnicas cognitivas se utilizan como medios de exposición para cambiar las creencias, para abordar la exagerada percepción de responsabilidad de los pacientes obsesivos y para manejar las temidas consecuencias de las respuestas de ansiedad que el paciente experimenta. El planteamiento hace un especial hincapié en que las técnicas cognitivas suponen un complemento esencial para el éxito de las técnicas cognitivo-conductuales. Permiten integrar la información sobre el trastorno, favorecer la generalización y reducir, en la medida de lo posible, las probabilidades de recaída. En los casos de pacientes que sufren cuadros obsesivos puros sin un componente compulsivo, las técnicas cognitivas se convierten en el abordaje de primera elección (Cruzado, manuscrito, véase la bibliografía).

C) Intervenciones cognitivas específicas

Las intervenciones van encaminadas al abordaje de las alteraciones cognitivas más habituales en los pacientes obsesivos: la sobrestimación de la importancia de los pensamientos, el tema de la responsabilidad (central en el modelo de Salkovskis y en otros modelos cognitivos del TOC), el perfeccionismo, la interpretación exagerada de las amenazas y las consecuencias temidas de la ansiedad (Cruzado, manuscrito, véase la bibliografía).

1. Sobrestimación de la importancia de los pensamientos

Para el abordaje de la sobrestimación se utilizan una serie de técnicas cognitivas con el fin de ayudar al paciente a ponderar y estimar más adecuadamente sus obsesiones y los pensamientos negativos asociados. Los “errores” cognitivos más frecuentes del paciente obsesivo incluyen:

- a) *El razonamiento cartesiano distorsionado.* Para el paciente obsesivo la mera presencia de un pensamiento en la mente indica que posee importancia y hay que tenerlo en cuenta. El paciente obsesivo razona:

“Si existe, es que será importante”. Cuando el paciente obsesivo trata de reprimir o eliminar dicho pensamiento, más aumenta su presencia y su capacidad de permanecer en la mente. Cuanta más atención o intentos de neutralización realiza, mayor grado de intrusión. Para ello conviene realizar un experimento conductual con el fin de demostrar al paciente este comportamiento de los pensamientos utilizando material proporcionado por él mismo.

- b) *Fusión pensamiento-acción probabilística.* Muchos pacientes obsesivos creen que la presencia de un pensamiento aumenta la probabilidad de ocurrencia de un suceso o puede ser la causa del mismo. Este planteamiento es muy típico de pacientes obsesivos que tienen pensamientos de hacer daño a otro o de que la presencia de un deseo dañino hacia otra persona puede provocarle un accidente o una enfermedad. En estos casos el terapeuta debe ayudar al paciente a apreciar la distorsión que padece a través de experimentos donde se incluya este tipo de planteamiento. Por ejemplo, pensar fuertemente que le va a tocar la lotería primitiva y comprobar si el pensamiento determina el curso de los hechos.
- c) *Fusión pensamiento-acción moral.* Muchos pacientes obsesivos, sobre todo los que tienen obsesiones en forma de impulso incontrolado, creen que pensar algo es equivalente a hacerlo. El supuesto disfuncional que subyace a esta idea es que hay pensamientos inaceptables y que son equivalentes a realizar la acción. El terapeuta debe trabajar con el supuesto y contribuir a una adecuada percepción por parte del paciente de la situación.
- d) *Pensamiento mágico o supersticioso.* El paciente obsesivo tiende a asociar determinados pensamientos, imágenes o situaciones a una alta probabilidad de desgracias o incluso de suerte. Este tipo de pensamiento hace que el paciente obsesivo durante la terapia, y en su vida en general, tienda a no asumir riesgos, presentando serias dificultades para afrontar las percepciones supersticiosas de las cosas o situaciones. Esta creencia suele estar muy enraizada en muchos pacientes obsesivos y genera muchas veces importantes problemas en las terapias de exposición y experimentos conductuales, por lo que una intervención cognitiva asociada permite minimizar la interferencia de estas creencias en la terapia conductual.

2. Responsabilidad

Como ya hemos mencionado anteriormente el paciente obsesivo tiende a asumir

una responsabilidad excesiva ante los riesgos, retos o situaciones de la vida diaria. Este exceso de responsabilidad le lleva a necesitar controlar todas las situaciones o a evitarlas activamente. Existe una importante distorsión en cuanto a la atribución de responsabilidad y al grado de la misma. El objetivo del terapeuta es permitir desarrollar al paciente obsesivo estrategias que reduzcan esta percepción y le permitan ganar en flexibilidad y asumir riesgos. En un primer momento puede ser razonable que el terapeuta asuma la responsabilidad por el paciente. Esta transferencia de responsabilidad permite al paciente comenzar a experimentar con nuevas situaciones que posteriormente permitan reconducir la situación. Esta estrategia tiene sus peligros si el terapeuta no sabe limitar en el tiempo esta transferencia de responsabilidad y se convierte en un elemento de reaseguramiento más para el paciente. En el momento en el que el paciente comienza a enfrentarse con sus miedos obsesivos o con las situaciones que evitaba, el terapeuta debe transferir de nuevo la responsabilidad al paciente y ayudarle a manejar más equilibradamente la misma. Existen diversas técnicas para ayudar al paciente a ponderar más adecuadamente el nivel de responsabilidad que asume, como hacer el cálculo del porcentaje de responsabilidad que cree tener (por ejemplo, ante el temor a la contaminación y a contaminar al hijo de una paciente por no lavarse las manos, se establece el porcentaje de riesgo y responsabilidad de cada acción con el fin de determinar una estimación más adecuada del riesgo y la responsabilidad asumida); se utiliza también la técnica de doble estándar en la que el paciente asigna un grado de responsabilidad de los hechos que le preocupan pero como si los fuera a realizar otra persona con el fin de hacer más evidente la distorsión de la percepción de responsabilidad hacia sí mismo; la técnica de simular un juicio ante un supuesto hecho de gran responsabilidad en la que el paciente puede actuar como fiscal o como defensa, etc.

3. Perfeccionismo

El perfeccionismo es inherente a la patología obsesiva y encubre la necesidad de control, ausencia de errores, seguridad y certeza. La incertidumbre y el azar generan ansiedad al paciente obsesivo. La idea que subyace al perfeccionismo es que puede llegar a existir un estado perfecto de las cosas. De ahí se derivan las necesidades de simetría, orden, exceso de planificación, control, certidumbre...

- a) *Necesidad de certeza.* Para manejar esta cuestión el terapeuta debe ayudar al paciente a identificar y desafiar el pensamiento dicotómico propio de esta percepción de las cosas (o todo es perfecto o no sirve). El terapeuta también desafía la validez de las supuestas ventajas de este perfeccionismo.
- b) *Necesidad de saber.* El saber se convierte en una forma de controlar y predecir todo. Permite al obsesivo calmar su ansiedad, intentar prever lo imprevisible.

De ahí que el obsesivo indague, investigue, pregunte al terapeuta constantemente sobre su patología, sobre sus preocupaciones, etc. Como ya se ha indicado anteriormente, la información debe responder a las necesidades reales del paciente y no a las de su patología.

- c) *Necesidad de control.* Esta necesidad responde a un intento de calmar la ansiedad ante la incertidumbre de muchos actos de la vida. Es una forma más de reaseguramiento. El terapeuta debe proporcionar al paciente obsesivo situaciones donde pueda experimentar una menor sensación de control y después, junto con el paciente, analizar y valorar sus temores, creencias distorsionadas y contemplar las consecuencias de esta experiencia.

4. Interpretación exagerada de las amenazas

Uno de los hallazgos sobre los que más consenso existe es la sobreestimación de la probabilidad de las amenazas en los trastornos por ansiedad. El paciente obsesivo presenta este tipo de interpretación exagerada de la amenaza ante un contaminante, ante una amenaza o ante un riesgo (gas, electricidad, etc.). Este tipo de distorsión se entremezcla habitualmente con temas de responsabilidad personal, lo que hace que en el paciente obsesivo sea más difícil combatir esta alteración.

5. Consecuencias de la ansiedad

Los pacientes obsesivos perciben la ansiedad como una amenaza que les impide rendir correctamente, por lo que utilizan respuestas de neutralización o evitación para manejarla. Es importante a través de la información y de otras técnicas cognitivas ya empleadas para otros trastornos de ansiedad minimizar estas percepciones y respuestas.

4.6.3. Tratamiento farmacológico

Los pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo en ocasiones requieren un tratamiento farmacológico complementario. En muchos casos la elevada comorbilidad con episodios depresivos mayores hace aconsejable un tratamiento antidepresivo previo al abordaje psicológico de la patología. En otros casos, especialmente en la sanidad pública, el psicólogo va a compartir la responsabilidad del tratamiento con el psiquiatra,

con lo que el tratamiento va a ser combinado. Existen ventajas e inconvenientes en esta situación. En los casos en que aparezcan cuadros depresivos, crisis de ansiedad y otras patologías ya descritas anteriormente, la medicación puede ser un aliado del tratamiento psicológico. En otros casos donde estos factores no se dan el tratamiento psicológico debería ser el de primera elección, especialmente en trastornos obsesivos con rituales de limpieza o de comprobación, donde su eficacia está contrastada. En el ámbito de la sanidad pública esto último no siempre es posible y en algunos casos el psicólogo se tiene que enfrentar a la incomprensión o al desconocimiento de los tratamientos psicológicos por parte de otros profesionales. Adicionalmente los fármacos pueden en ocasiones interferir con los tratamientos de exposición en vivo (especialmente los ansiolíticos a dosis elevadas). Existen asimismo problemas en cuanto a la atribución del paciente respecto a la mejoría experimentada ya que en muchos casos los pacientes atribuyen su mejor control de la sintomatología obsesiva al tratamiento farmacológico (en especial los de menor nivel cultural), por lo que su retirada en ocasiones provoca elevados niveles de ansiedad e incluso recaídas. En estos casos el psicólogo debe asegurarse que el paciente atribuye correctamente el control de su sintomatología y trabaja estrechamente con el psiquiatra la retirada de la medicación.

Por todo lo expuesto es importante que el psicólogo conozca en profundidad el tratamiento psicofarmacológico de los trastornos obsesivos. En este apartado se hace una revisión exhaustiva de los diferentes abordajes farmacológicos y de su eficacia.

A) Antidepresivos tricíclicos: la clomipramina

Se han descrito respuestas antiobsesivas satisfactorias con casi todos los antidepresivos tricíclicos (imipramina, amitriptilina, doxepín, desimipramina, clomipramina), si bien la mayor parte de los estudios presentaban evidentes deficiencias metodológicas o tenían un carácter anecdótico. Desde la comercialización de la clomipramina, se observó que esta sustancia poseía un efecto antiobsesivo, y ha llegado a ser considerada como el tratamiento farmacológico de elección.

Se ha constatado que la acción antiobsesiva es independiente de su efecto antidepresivo. La mejoría en la sintomatología obsesivo-compulsiva se instaura de forma lentamente progresiva, de manera que el inicio de la respuesta aparece con mucha mayor lentitud que el efecto antidepresivo. Como término medio, la respuesta antiobsesiva se inicia en la quinta o sexta semana de tratamiento; el máximo nivel de mejoría no se observa, al menos, hasta la duodécima semana.

Aproximadamente dos tercios de los pacientes obsesivos pueden beneficiarse de forma significativa del tratamiento con clomipramina; de hecho, en el 33% de los pacientes se observa un excelente nivel de respuesta (mejoría clínica superior al 75% en la escala YBOCS), mientras que en el 31% la respuesta es considerada como buena (mejoría entre el 50 y el 75%). No se observa ningún grado de mejoría tan sólo en el

10% de los pacientes. En conjunto, los niveles medios porcentuales de mejoría encontrados superan el 50%; la mejoría afecta tanto a los rituales, como a los pensamientos obsesivos, y no existen datos que permitan afirmar que un determinado tipo de síntomas puedan beneficiarse más de la administración de este fármaco.

Hay fuertes evidencias de que la retirada del tratamiento, independientemente de la duración que haya tenido, se asocia a una tasa muy elevada de recaídas; se estima que el porcentaje de recaídas es superior al 80% durante los dos meses siguientes a la retirada de la clomipramina.

1. Dosis

El tratamiento con clomipramina debe instaurarse de forma progresiva. La dosis de inicio oscilará entre 25 y 50 mg/día. Se realizarán incrementos progresivos (25-50 mg/día), cada, al menos, 2-4 días, en función de la tolerancia de los efectos secundarios, hasta alcanzar una dosis mínima de 150 mg/día. A pesar de los numerosos estudios disponibles, la dosis óptima no está bien establecida, si bien se admite que ésta debe ser incrementada hasta 250 mg/día, en función del grado de mejoría y siempre que el fármaco sea aceptablemente tolerado. Es recomendable la realización de niveles plasmáticos del fármaco, al menos para constatar si existe un adecuado cumplimiento de la prescripción y para evitar que se alcancen niveles tóxicos. En algunos estudios se ha establecido una correlación curvilínea, en forma de "U" invertida entre las concentraciones de clomipramina y la respuesta clínica. Es decir, la máxima eficacia terapéutica se alcanzaría dentro de un rango medio de niveles plasmáticos.

La clomipramina es el único fármaco antiobsesivo que puede ser utilizado por vía intravenosa. Algunos datos sugieren que administrada por esta vía ejerce su efecto de una manera más rápida, siendo mejor tolerada que por vía oral; incluso hay descripciones de una buena aceptación en pacientes que no toleraron el fármaco por vía oral. La administración de clomipramina intravenosa durante períodos de tiempo no muy prolongados puede inducir mejorías muy significativas en las manifestaciones obsesivo-compulsivas, aunque es preciso mantener posteriormente dosis orales de esta sustancia. La administración de clomipramina intravenosa debe ser considerada en pacientes que no presenten una respuesta satisfactoria a su administración oral.

2. Efectos secundarios

La clomipramina presenta los mismos efectos secundarios que el resto de los antidepresivos tricíclicos. En general, derivan de su actividad anticolinérgica

(estreñimiento, visión borrosa, sequedad de boca), antihistaminérgica (aumento de sueño, aumento de peso) y de su actividad alfa-bloqueante (hipotensión ortostática). Asimismo, hay que señalar sus posibles efectos cardiotóxicos, que se traducen fundamentalmente en trastornos de la conducción, lo que obliga a la realización de un ECG de control previo a la prescripción del fármaco y durante el tratamiento.

Desde la perspectiva neurológica, no es infrecuente que el paciente presente temblor, que en algunas ocasiones puede llegar a interferir en su actividad. Fundamentalmente cuando la clomipramina es utilizada en dosis elevadas, superiores a 250 mg/día, existe riesgo de cuadros convulsivos. Sobre todo en personas de más de 65 años, puede desencadenar cuadros confusionales, favorecidos por su efecto anticolinérgico. Las alteraciones sexuales son relativamente habituales.

En resumen, existen evidencias suficientes sobre la eficacia de la clomipramina en el TOC, lo que unido a su reducido coste, la convierten en un tratamiento farmacológico de primera elección. No obstante, hay que admitir que sólo en un pequeño porcentaje de pacientes la clínica obsesiva llega a remitir totalmente. En la gran mayoría de los casos se observa una reducción significativa de los síntomas, en mayor o menor grado, de forma que la mejoría media suele rondar el 50%.

B) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

1. Fluoxetina

Los efectos antiobsesivos de la fluoxetina fueron conocidos durante los ensayos clínicos que precedieron a su comercialización como antidepresivo. En 1989 se obtuvieron las primeras evidencias, derivadas de estudios bien controlados, sobre su utilidad en el TOC.

La fluoxetina muestra una mayor eficacia cuando es administrada a dosis altas; incluso en algún ensayo clínico no se ha podido establecer que la dosis de 20 mg/día sea más eficaz que el placebo. Por tanto, parece recomendable utilizar dosis comprendidas entre 40 y 80 mg/día.

2. Sertralina

Un ensayo clínico multicéntrico (Greist y cols., 1995), rigurosamente diseñado, en el que fueron incluidos 324 pacientes con TOC, concluyó que la sertralina fue superior al placebo, administrada en dosis de entre 50 y 200 mg/día. El 60% de los pacientes

presentó alguna mejoría, mientras que el grado de respuesta fue bueno o muy bueno en cerca del 40% de los mismos. Resulta llamativo que en este ensayo clínico, los pacientes tratados con placebo presentaron un nivel de respuesta superior al observado en otros estudios.

3. Paroxetina

La utilidad de la paroxetina también ha sido establecida mediante varios ensayos clínicos rigurosamente diseñados. Se ha constatado que administrada en dosis de entre 40 y 60 mg/día es superior al placebo. Las dosis de 20 mg/día no resultaron eficaces.

4. Citalopram

El citalopram, administrado en dosis que oscilaron entre 20 y 60 mg/día, ha demostrado ser más eficaz que el placebo en el tratamiento del TOC. No obstante, cuando fue administrado en dosis de 60 mg/día se obtuvo el mayor grado de mejoría.

5. Fluvoxamina

La eficacia de la fluvoxamina en el TOC también ha sido establecida mediante ensayos doble-ciego, rigurosamente diseñados. Las dosis utilizadas oscilaron entre los 100 y los 300 mg/día. La dosis media administrada fue de 294 mg/día. La fluvoxamina y clomipramina presentaron un rango similar de eficacia.

Cuadro 4.4. *Tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo-compulsivo*

<i>Principio activo</i>	<i>Nombre comercial</i>	<i>Rango de dosis diaria (mg)</i>
Clomipramina	Anafranil	150-250
Fluoxetina	Adofen Reneuron Prozac	40-80
Sertralina	Aremis Besitran	50-200
Paroxetina	Casbol Frosinor Motivan Seroxat	40-60
Citalopram	Prisdal Seropram	20-60
Fluvoxamina	Dumirox	100-350

6. Eficacia comparativa de los fármacos antiobsesivos que inhiben la recaptación de serotonina

Existe un consenso acerca de la superioridad de la clomipramina sobre los ISRS en el tratamiento del TOC.

Sin embargo, hay que tener presente que existen evidencias de que pacientes que no han respondido a un fármaco antiobsesivo, incluida la clomipramina, administrado en dosis adecuadas y durante un período de tiempo suficiente, pueden responder de forma muy satisfactoria a otra sustancia antiobsesiva.

Hay que advertir que las comparaciones indirectas de la eficacia de distintos fármacos tienen evidentes limitaciones, que obligan a tomar con precaución sus conclusiones.

C) Benzodiacepinas

En principio, parece lógico administrar benzodiacepinas a pacientes que presentan sintomatología ansiosa clínicamente significativa. Además, algunos estudios abiertos han señalado la eficacia de sustancias como el alprazolam, bromazepán, clonazepán, diazepán y oxazepán en el tratamiento del TOC.

La utilización de benzodiacepinas en el TOC debe estar condicionada por el riesgo de inducir dependencia, circunstancia especialmente relevante en un trastorno que precisa tratamiento por un espacio de tiempo muy prolongado. Además, hay que tener en cuenta que las benzodiacepinas, sobre todo cuando son administradas en dosis moderadas o altas, pueden interferir con la terapia cognitivo-conductual.

No obstante, administradas en dosis bajas (por ejemplo, 1 mg/día de clonazepán), pueden resultar muy beneficiosas para contrarrestar la sintomatología ansiosa, mientras que el riesgo de generar dependencia o de interferir con el tratamiento psicológico es muy reducido.

D) Antipsicóticos

No se ha podido establecer que los antipsicóticos, utilizados en monoterapia, resulten eficaces en el tratamiento del TOC.

El empleo de los antipsicóticos asociado a los ISRS en cuadros resistentes a distintos antiobsesivos constituye una estrategia prometedora, que puede ser tomada en consideración en la clínica habitual. Distintos estudios abiertos han señalado la utilidad de los combinaciones como la fluvoxamina y el haloperidol o la clomipramina, la fluoxetina, la fluvoxamina, la paroxetina o la sertralina asociada a la risperidona.

Por otra parte, si tenemos en cuenta el riesgo de que los antipsicóticos induzcan alteraciones extrapiramidales, especialmente la discinesia tardía, esto obliga a evitar su utilización de forma habitual. Siempre que sean prescritos, el clínico debe contar con el consentimiento del paciente, tras haber sido informado de forma detallada sobre los riesgos que entraña su utilización.

E) Otras estrategias de potenciación de los ISRS

Algunos estudios abiertos han sugerido la posible utilidad de agentes que potencian la neurotransmisión serotoninérgica, como el triptófano, las sales de litio o la fenfluramina (actualmente retirada por sus potenciales efectos tóxicos) en pacientes con un TOC que no ha respondido de forma satisfactoria a los antiobsesivos. Sin embargo, los datos disponibles son poco concluyentes. Aunque se han descrito algunas mejorías relevantes en algunos pacientes, se trata de casos anecdóticos, de forma que puede afirmarse que

no existen evidencias clínicas que sustenten su utilización.

Más prometedora parece, en principio, la asociación de distintos ISRS o la asociación de clomipramina e ISRS. Datos preliminares han sugerido la utilidad de la combinación del citalopram y la clomipramina en pacientes resistentes a antiobsesivos administrados en monoterapia. No obstante, en el momento actual, se carece de datos que permitan evaluar estas asociaciones. Además, no debe olvidarse que la asociación de clomipramina y algunos ISRS puede inducir elevaciones muy marcadas de los niveles plasmáticos del tricíclico, con el correspondiente incremento del riesgo de intoxicación. Por tanto, cuando se recurra a esta asociación, los niveles plasmáticos de clomipramina deben ser cuidadosamente monitorizados.

F) Tratamiento farmacológico del TOC en la infancia

La eficacia de la clomipramina en niños y adolescentes con un TOC ha sido establecida en varios estudios bien controlados realizados en poblaciones infantiles-juveniles a partir de los 6 años. La clomipramina suele ser muy bien tolerada. La dosis media utilizada en los ensayos se encuentra alrededor de 3 mg/kg/día; nunca deben sobrepasarse los 5 mg/kg/día, ni superarse los 250 mg/día. Los efectos secundarios son similares a los señalados en los adultos. Es preciso realizar un ECG de control previo.

Asimismo, se ha demostrado la utilidad de la fluoxetina, si bien en algunos ensayos el efecto antiobsesivo era sólo modesto. Para evitar los efectos secundarios más habituales (nerviosismo, inquietud, insomnio), las dosis iniciales deben oscilar entre 2,5 y 5 mg/día, en función de la edad y el peso del paciente. La dosis media utilizada está alrededor de 1 mg/kg/día.

La fluvoxamina y la sertralina también han demostrado su utilidad en el tratamiento del TOC infantil, en muestras con una edad mínima de 8 y 6 años respectivamente. En ambos casos, los efectos secundarios más frecuentes fueron náuseas, cuadros dispépsicos, anorexia, sedación, inquietud y temblor.

Los ISRS constituyen fármacos antiobsesivos de primera elección, sobre todo si se tiene en cuenta la relación riesgo-beneficio. Sin embargo, hay que admitir que la experiencia e información disponible sobre la utilización de los ISRS en la infancia es bastante limitada. El uso de la clomipramina debe ser siempre considerado, sobre todo si la respuesta a los ISRS es considerada como insuficiente. En la mayoría de los casos, se alcanzan grados de mejoría significativos, aunque la remisión total es infrecuente. Pueden ser utilizadas las estrategias de potenciación con una utilidad clínica demostrada en estudios bien controlados. Aunque se han empleado numerosas sustancias para aumentar el efecto de los antiobsesivos, hasta el momento sólo el clonazepam y los neurolépticos (haloperidol) han podido demostrar su utilidad. Igual que sucede en los adultos, el tratamiento farmacológico debe ser mantenido durante un espacio de tiempo prolongado; su retirada está asociada a elevadas tasas de recaída.

4.7. Abordaje de los diferentes subtipos del trastorno obsesivo-compulsivo

4.7.1. Terapia del temor a la contaminación con rituales de limpieza

La EPR es el tratamiento de primera elección para este tipo de trastorno obsesivo-compulsivo. La mayoría de los estudios indican que la EPR es especialmente eficaz en estos casos.

Una gran parte de los pacientes que manifiestan esta sintomatología son muy fóbicos y presentan múltiples conductas de evitación. Debido a esta característica es conveniente contar con la colaboración de un familiar o persona allegada para ayudar al paciente con las tareas para casa y la auto-exposición.

Durante la EPR puede ser necesario que el paciente realice tareas de exposición en vivo en lugares públicos. Este tipo de exposición puede generar situaciones conflictivas y problemáticas para el paciente. Por ejemplo, el paciente mientras se expone en un comercio puede llamar la atención por el tiempo que invierte ante el estand de productos de limpieza o encontrarse con un amigo mientras realiza la exposición con el terapeuta. Con el fin de no generar un exceso de ansiedad e incomodidad en el paciente es conveniente instruirlo en cómo manejar esas situaciones, procurar elegir momentos adecuados para la exposición (cuando haya menos público) y, si es necesario y con la previa autorización del paciente, el terapeuta puede hablar con el personal del local para facilitar las tareas de exposición.

El terapeuta ha de estar especialmente atento ante cualquier conducta evitativa, especialmente la evitación cognitiva. Para salvar este escollo es conveniente solicitar al paciente que centre su atención en la tarea que realiza, que verbalice lo que ve y está haciendo, y que describa con detalle los productos a los que se expone. Un factor de distracción y de evitación durante la exposición es el intento por parte de algunos pacientes de mantener una conversación sobre cualquier tema con el terapeuta mientras realizan la exposición. El terapeuta solicitará al paciente que se centre en la tarea de exposición dejando cualquier otra cuestión para otro momento.

Una vez que el paciente ha realizado varias exposiciones en vivo con el terapeuta conviene utilizar la estrategia de autoexposición, ya que presenta ventajas en cuanto a la generalización y el mantenimiento de la mejoría. La exposición ayuda al paciente a cambiar sus actitudes hacia el riesgo.

Existen una serie de aspectos específicos de la exposición a contaminantes que el terapeuta tiene que valorar. El primero de ellos es la compartmentación. Muchos pacientes con temor a la contaminación clasifican, separan y organizan objetos, prendas de vestir, alimentos, etc. en función del grado de contaminación que les suponen. Una paciente con temor a la contaminación por temor a entrar en contacto inadvertidamente con sangre había clasificado su calzado y ropa en diferentes armarios según hubiera sido utilizada en la calle o no y en función de si eran prendas de vestir para su hogar o para salir de él. En la fase de evaluación hay que identificar estas prácticas para neutralizarlas.

Muchos pacientes muestran conductas idiosincrásicas que conviene identificar y neutralizar. Muchas de ellas son sutiles formas de evitación. Entre los ejemplos más habituales están abrir las puertas con los codos, dejar pasar primero a otra persona (más que una actitud cortés es un intento de que la otra persona abra la puerta evitando el paciente hacerlo él mismo), llevar constantemente las manos en los bolsillos o llevar guantes en todo momento con el pretexto de tener mucho frío. En muchas ocasiones, el paciente no informa de estas conductas durante la evaluación, por lo que es importante la presencia del terapeuta en las primeras sesiones de exposición para detectar y corregir dichas prácticas.

4.7.2. Terapia de rituales de comprobación

Los pacientes con rituales de comprobación normalmente realizan éstos cuando están solos, ya que si están acompañados *delegan* la responsabilidad y no tienen tanta urgencia por comprobar. Este tipo de pacientes es especialmente refractario a intervenciones en el hospital o con presencia del terapeuta ya que traspasan la responsabilidad del posible daño que cometerían por su *negligencia* al personal hospitalario o al propio terapeuta. La autoexposición es la estrategia más conveniente en estos casos ya que la mayoría de los rituales de comprobación aparecen en el hogar. En ocasiones esta característica específica puede generar dudas en cuanto a la fiabilidad de la información que el paciente ofrece sobre la marcha de la autoexposición, ya que no hay forma de contrastar dicha información. Por ello es especialmente relevante la motivación y comprensión del tratamiento por parte del paciente. Los rituales de comprobación son muy específicos a un contexto por lo que presentan niveles de generalización muy pobres. Hay que diseñar estrategias de exposición para cada contexto.

En la EPR en los pacientes con rituales de comprobación, el tiempo de exposición no debe ser muy prolongado, al contrario que en los pacientes con temor a la contaminación donde la mayor duración de la exposición redonda en un aumento de la mejoría. En los pacientes con rituales de comprobación conviene cambiar los entornos de exposición con frecuencia.

Si los rituales de comprobación son especialmente complejos y frecuentes, la implantación de la EPR es muy difícil. Los problemas motivacionales son frecuentes además de presentar elevados niveles de ansiedad y cuadros depresivos asociados. En muchos casos es necesario recurrir a un tratamiento farmacológico para reducir el malestar emocional y contribuir a la mejora de la motivación antes de implantar la EPR.

Existe evidencia clínica y experimental que apunta a un déficit de atención en este tipo de pacientes que les lleva a una necesidad de reafirmación de la acción. Cuando se cuestiona a los pacientes sobre la información que retienen tras comprobar se observa frecuentemente un déficit en la información, de detalle o de autoevaluación de la eficacia

de su propia conducta. Normalmente la comprobación se realiza con elevados niveles de ansiedad, de forma rápida, casi automática, mecánica. Una estrategia para neutralizar este déficit y favorecer la EPR consiste en solicitar que el paciente cuando comprueba por primera vez el gas, la luz, una puerta, verbalice con mucho detalle el contexto donde está, describa el objeto, su situación antes y después de su acción y describa la acción misma (cerrar el gas, apagar el interruptor, cerrar la puerta). Además se solicita al paciente que en un principio emplee un tiempo mayor del habitual para realizar la acción. Posteriormente se va reduciendo el tiempo y el grado de elaboración, de detalle conforme el paciente mejora el control de los rituales de comprobación.

4.7.3. Terapia de los pacientes con temor a hacer daño

Un determinado número de pacientes presenta intensos temores a perder el control y hacer daño a personas queridas o a ellos mismos. Algunos ejemplos: madres que temen “volverse locas” y estrangular a su hijo recién nacido, albañiles que piensan que pueden perder el control motor de sus piernas y arrojarse al vacío, personas que mientras utilizan un cuchillo temen perder el control y clavárselo a una persona que esté cercana, personas que ante la visión de una cuerda temen colgarse, etc. Este tipo de obsesiones generan grandes niveles de ansiedad e importantes sentimientos de culpa en los pacientes. Éstos evitan activamente cualquier objeto o situación por temor a una pérdida de control y a realizar la acción: creen que pensar equivale a hacer.

Estos pacientes se benefician tanto de una intervención conductual (EPR) como cognitiva. La intervención conductual consiste en exponerlos a la situación u objeto temido hasta que la ansiedad remita. En realidad es un experimento conductual sobre la hipótesis que manejan (por ejemplo, “Si no evito las alturas perderé el control y me arrojaré al vacío”), una forma de contrastar la veracidad de su obsesión. Estos pacientes pueden llegar a necesitar un tiempo de exposición elevado hasta que experimentan una reducción efectiva de la ansiedad. Al principio es conveniente realizar la EPR en presencia de un terapeuta o coterapeuta dados los elevados niveles de ansiedad para a continuación pasar a la autoexposición.

El hecho de que muchas de estas obsesiones aparezcan relacionadas con actividades potencialmente peligrosas (objetos cortantes, alturas) no es óbice para asumir riesgos excesivos durante la exposición. No se trata de exponer al paciente al límite de una situación, por ejemplo solicitar a un paciente que suba a una altura desproporcionada sin ninguna protección, ya que la mayoría de las personas no lo harían y el riesgo que se asume está muy por encima del beneficio terapéutico que se pretende.

4.7.4. Terapia de la lentitud obsesiva primaria

Los pacientes que presentan una lentitud obsesiva primaria tienen una extrema dificultad para realizar tareas rutinarias sin quedarse bloqueados. Así, un paciente de mediana edad fue ingresado en planta por presentar una lentitud extrema en todas las tareas básicas de higiene personal, vestido y alimentación. Podía invertir más de dos horas en vestirse o asearse. Cuando fue evaluado se podía apreciar un gran enlentecimiento motor, estados aparentes de perplejidad ante una situación como si no pudiera tomar una decisión sobre la siguiente acción que iba a tomar (podía tener en la mano una zapatilla durante varios minutos con el pie levantado sin producir ningún movimiento o sostener la cuchara cerca de la boca sin digerir la comida), o repetir la secuencia de conducta lentamente desde el principio una y otra vez. Estos estados pueden llegar a ser muy incapacitantes y generan una pérdida de autonomía personal y grandes tensiones en la dinámica familiar.

El abordaje habitual de estos pacientes consiste en limitar el tiempo para que realicen una determinada tarea. Conviene hacerlo por aproximaciones sucesivas y siempre bajo la atenta supervisión de un terapeuta o coterapeuta. En algunos casos, hay que obligar al paciente a concluir una tarea. Estos pacientes pueden generar tensión en coterapeutas no entrenados, por lo que es muy importante seleccionar adecuadamente a los mismos y entrenarlos previamente. En casos muy extremos, el tratamiento se realiza en régimen hospitalario. Habitualmente el progreso en estos pacientes es muy lento y el tratamiento se prolonga durante mucho tiempo.

4.7.5. Tratamiento de las obsesiones sin conductas compulsivas explícitas

En estos casos la actividad compulsiva y las conductas de evitación están encubiertas y es más difícil el acceso y control sobre las mismas. En muchas ocasiones se ha empleado el término rumiación obsesiva para aludir a este tipo de trastorno obsesivo-compulsivo, pero puede llegar a confundir porque se utiliza indistintamente para referirse a las obsesiones y a la actividad mental de neutralización.

Se ha propuesto un modelo psicológico para el abordaje de las obsesiones sin compulsiones abiertas (Salkovskis y Kirk, 1989). El principio que subyace a esta propuesta es que una repetida exposición a las ideas temidas (obsesiones) reduciría la ansiedad que el sujeto experimenta al activarse las obsesiones si no hay respuestas explícitas o encubiertas que terminen o eviten la exposición. Una reducción duradera y más rápida de la ansiedad se consigue mejor asegurando que los estímulos a los que el paciente se expone ocurren tan previsiblemente como sea posible. No obstante, en estos casos existe una mayor dificultad para determinar y controlar adecuadamente los estímulos a los que el paciente se ve expuesto por cuanto las ideas, pensamientos o imágenes no son tan manejables y controlables como otros estímulos que se emplean en

la exposición en vivo.

Las características que definen a un pensamiento son la viveza del mismo, el momento en que se activa, la velocidad de activación, la intensidad, duración y tasa de ocurrencia así como su contenido. El contenido del pensamiento está más allá del control del terapeuta y del paciente. Normalmente existe una gran variabilidad en el contenido del pensamiento de una presentación a otra. Esta variabilidad dificulta la habituación y en algunos casos puede llevar al paciente a entender que no tiene control sobre los mismos y a intentar neutralizar los pensamientos o, en el peor de los casos, a abandonar la terapia.

La evaluación de este tipo de trastorno obsesivo-compulsivo requiere un detallado análisis del contenido cognitivo. Es necesario discriminar entre las obsesiones y los pensamientos neutralizadores. El paciente experimenta las obsesiones como ideas intrusivas e involuntarias de carácter egodistónico que le producen ansiedad mientras que sus pensamientos neutralizadores son ideas voluntarias, iniciadas por el paciente voluntariamente para reducir la ansiedad. En algunos casos el paciente tiene serios problemas para diferenciar unas de otras. El terapeuta durante la evaluación tiene que instruir al paciente para que sea capaz de determinar si un pensamiento es obsesivo o neutralizador. Sólo si el paciente es capaz de discriminar adecuadamente entre los dos el tratamiento será efectivo, y llegar a poder realizar esta distinción es terapéutico en sí mismo para el paciente. Otro aspecto que hay que evaluar en este caso en particular, es si existen conductas de evitación encubiertas, como por ejemplo intentar no pensar en algún pensamiento en particular. La evaluación no pretende valorar el grado de éxito que presentan estas conductas evitativas sino la intencionalidad de la conducta.

El tratamiento de las obsesiones sin conductas compulsivas abiertas se basa en técnicas de exposición con prevención de respuesta, entrenamiento en habituación y parada del pensamiento.

4.8. Formatos de intervención

Si bien predominan las intervenciones individuales en algunos casos es conveniente valorar una intervención familiar o grupal. Un porcentaje en torno al 20-25% de los pacientes rechaza los tratamientos cognitivo-conductuales y hasta un 20-30% que inicia el tratamiento los abandona o no experimenta mejoría. En determinados casos estas elevadas tasas de abandono o fracasos vienen motivadas por variables familiares o sociales. En estos casos la intervención familiar o grupal podría mejorar las posibilidades de adherencia al tratamiento y las probabilidades de éxito de la intervención (Steketee y Van Noppen, 2001).

4.8.1. Tratamiento conductual en grupo

Algunos pacientes con escaso apoyo familiar o social pueden beneficiarse de las intervenciones grupales. Adicionalmente, especialmente en la sanidad pública, las intervenciones grupales permiten tratar a un mayor número de pacientes con un menor coste económico y temporal. Como en cualquier otra intervención grupal, es necesaria una adecuada selección de los pacientes candidatos a la intervención y una composición propicia del grupo. El número de pacientes no supera los 10 por grupo.

La terapia grupal conductual del trastorno obsesivo-compulsivo incluye técnicas de exposición con prevención de respuesta, entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, psicoeducación y terapia cognitiva. Las sesiones son semanales con una duración aproximada de 60 a 90 minutos hasta un total de 15-25 sesiones dependiendo de la evolución del grupo. El grupo terapéutico, que en un primer momento es muy directivo con el terapeuta asumiendo esta responsabilidad, tiene que evolucionar gradualmente hacia un grupo de apoyo para finalmente reunirse en sesiones de seguimiento. Esta evolución es necesaria para no generar una excesiva dependencia del grupo y para dotar de autonomía personal a los pacientes.

- Programa de intervención grupal

1. Evaluación individual de cada paciente para su inclusión en el grupo de terapia. En primer lugar conviene descartar a aquellos pacientes que, bien sea por sus características de personalidad o bien por su rechazo a intervenciones grupales, puedan interferir e imposibilitar la marcha del grupo. Una vez seleccionado el paciente, se elabora una jerarquía individual para llevar al grupo. A continuación se explica el modelo cognitivo-conductual del TOC y las técnicas de la terapia cognitivo-conductual así como de la intervención grupal.
2. En segundo lugar, se establecen con el grupo las reglas sobre asistencia, puntualidad y confidencialidad. Se aporta material escrito al grupo sobre el TOC y se ofrece material bibliográfico de autoayuda. En un primer momento el objetivo es fomentar la cohesión del grupo aportando experiencias sobre esta patología y discutir abiertamente sobre las mismas. Una forma para fomentar la discusión y favorecer las revelaciones es comentar los ítems que cada paciente ha elegido en el Y-BOCS después de su autoevaluación. Esta práctica genera en el paciente, quizá por primera vez, una reducción de los sentimientos de culpa o vergüenza que ha experimentado en relación a su patología. Dada la heterogeneidad del TOC los pacientes observan las diferentes formas del cuadro en los miembros del grupo ampliando así su

visión de la patología. Esto al mismo tiempo aumenta la cohesión del grupo y lo prepara para introducir la EPR y el modelado en su seno. En el [cuadro 4.5](#) se expone un resumen del programa de tratamiento grupal del TOC de Steketee y Van Noppen (2001).

En primer lugar, tras la elaboración de una jerarquía por parte de cada paciente, el terapeuta introduce la técnica de exposición con prevención de respuesta y se selecciona un ítem bajo dentro de la valoración de malestar establecida por el paciente para comenzar. Se pactan a continuación las tareas para casa de cada miembro del grupo.

Cuadro 4.5. Tratamiento conductual en grupo para el trastorno obsesivo-compulsivo de Steketee y Van Noppen (2001)

Tamaño del grupo: 8 a 10 pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo Duración: 2 horas semanales durante 12 semanas, 2 horas mensuales durante 6 meses

Sesión 1

- Introducción, objetivos, agenda, confidencialidad
- Lista de síntomas de la Y-BOCS
- Hojas informativas sobre el trastorno: etiología, curso, demografía, tratamientos
- Formulario de exposición para las tareas para realizar en casa
- Selección individual por turnos de las tareas para casa

Sesión 2

- Registro de los asistentes e informe individual por turnos de las tareas para casa y de los progresos conseguidos
- Explicación de las técnicas de la terapia conductual
- Prácticas de exposición y prevención de respuesta en vivo y en imaginación
- Selección individual por turnos de las tareas para casa

Sesión 3

- Registro e informe por turnos
- Neurobiología del trastorno obsesivo-compulsivo
- Prácticas de exposición y prevención de respuesta en vivo y en imaginación
- Selección individual por turnos de las tareas para casa

Sesiones 4 a 12

Registro e informe por turnos
Prácticas de exposición y prevención de respuesta en vivo y en imaginación
Selección individual por turnos de las tareas para casa

Sesiones 15 a 19: mensuales

Informe individual por turnos de los progresos realizados
Deteción de áreas problema con la participación del grupo
Formulación de objetivos y métodos para el próximo mes
Cierre

Sesión 20

Registro e informe por turnos
Revisión de los progresos
Palabras de terminación del grupo
Planes para el futuro en cuanto al manejo de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo

En las siguientes sesiones el formato de la sesión en grupo se inicia con un informe de cada miembro sobre sus tareas para casa. Se resaltan los logros y se ofrecen alternativas a los problemas surgidos. Al realizar estos informes en grupo se aumenta el conocimiento de diferentes alternativas para enfrentar la EPR. A continuación se dedica un tiempo a la psicoeducación introduciendo información sobre diferentes aspectos del TOC. Seguidamente se vuelven a elegir los nuevos ítems para la EPR y se acuerdan las tareas para casa.

Durante las sesiones en grupo es importante fomentar la participación de todos los miembros fomentando la discusión de síntomas y dificultades y generando alternativas y *feedback* dentro del grupo. El sentido del humor y la participación activa del terapeuta permiten superar las dificultades que algunos pacientes especialmente ansiosos pueden experimentar durante la sesión grupal. La observación en la sesión de grupo de cómo algún miembro se expone al estímulo temido y se enfrenta a la ansiedad sirve de modelado para otros miembros y permite el debate sobre las diferentes formas adaptativas de manejar la ansiedad.

Si conforme avanza la terapia grupal algún miembro no consigue avanzar al ritmo del resto de sus compañeros, éste puede experimentar sentimientos de frustración y fracaso que pueden incluso reducir su motivación para continuar en el grupo y se corre el riesgo de que se vea afectado por el abandono de uno de sus miembros. En este caso es importante que el terapeuta centre parte de la sesión en ayudar a esta persona y anime al grupo a que contribuya a resolver sus problemas. Adicionalmente el terapeuta puede ofrecer sesiones individuales para complementar el tratamiento, siempre con el conocimiento del grupo.

4.8.2. Intervenciones en el tratamiento familiar

Como ya se ha indicado anteriormente, cuando un miembro de una familia padece un trastorno obsesivo-compulsivo, ésta reacciona bien reforzando la sintomatología TOC o bien con tensión, irritabilidad, conflictividad conyugal y deterioro de la dinámica familiar. Es frecuente encontrar fuertes sentimientos de culpa en muchos padres, en parte motivados por una tradición de corte dinámico. En casi todos los casos se aprecia un elevado nivel de ansiedad ante la patología, y en muchos casos, desconcierto y desconocimiento sobre cómo proceder.

No obstante, existen factores familiares y conyugales que influyen en la evolución del TOC y en su pronóstico. La crítica y la hostilidad tienden a exacerbar los síntomas obsesivos. Un elevado estrés en el entorno familiar dificulta la puesta en marcha del tratamiento e interfiere con él mismo. Cuando la relación familiar y conyugal mejora, la sintomatología del TOC lo hace también.

Para contribuir a una mejora de la dinámica familiar se han propuesto diferentes aproximaciones:

1. La participación de la familia en el tratamiento del TOC como coterapeutas.
2. La creación de grupos de apoyo a familiares de personas con TOC. Estos grupos se realizan de forma paralela al tratamiento del paciente y constan de sesiones de psicoeducación sobre el trastorno, técnicas de resolución de problemas y estrategias de manejo de la sintomatología así como de la ansiedad. Tienen un enfoque educativo y práctico.
3. Intervenciones familiares. Este tipo de intervenciones integran a la familia en el núcleo del tratamiento. Las intervenciones incluyen psicoeducación, entrenamiento en habilidades de comunicación y en resolución de problemas, clarificación de límites, aprendizaje social y modelado tanto de la EPR como del manejo de la sintomatología del TOC. Es una aproximación global al problema del TOC en el entorno familiar y pretende no sólo el tratamiento sintomático del trastorno sino también la mejora de la dinámica familiar en cuanto que afecta y es afectada por el trastorno obsesivo-compulsivo.

4.9. Propuesta de programa de intervención

Vamos a establecer tres niveles de actuación o fases: la fase de evaluación, la fase de intervención y la fase de seguimiento. En muchos casos se suelen solapar y coexistir en el tiempo. No obstante, desde el punto de vista didáctico, permiten una mejor explicación del programa de intervención.

Cuadro 4.6. *Tratamiento multifamiliar conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo de Steketee y Van Noppen (2001)*

Tamaño del grupo: 5 a 7 pacientes y los miembros de su familia

Duración: 2 horas semanales durante 12 semanas, 2 horas mensuales durante 6 meses

Sesión 1

Introducción, objetivos, agenda, confidencialidad

Lista de síntomas de la YBOCS

Hojas informativas sobre el trastorno: etiología, curso, demografía, tratamientos

Formulario de exposición de las tareas para realizar en casa

Selección individual por turnos de las tareas para casa

Sesión 2

Registro de los asistentes e informe individual por turnos de las tareas para casa y de los progresos conseguidos

Explicación de las técnicas de la terapia conductual

Prácticas de exposición y prevención de respuesta en vivo y en imaginación

Selección individual por turnos de las tareas para casa

Sesión 3

Registro e informe por turnos

Neurobiología del trastorno obsesivo-compulsivo

Prácticas de exposición y prevención de respuesta en vivo y en imaginación

Lectura de “pautas familiares” en *Aprendiendo a Vivir con el TOC**

Selección individual por turnos de las tareas para casa

Sesiones 4 a 12

Registro e informe por turnos

Prácticas de contratos familiares en vivo

Prácticas de exposición y prevención de respuesta en vivo y en imaginación

Selección individual por turnos de las tareas para casa

Sesiones 15 a 19: mensuales

Revisión de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo en el mes pasado y de las relaciones familiares

Detección de áreas problema con la participación del grupo

Formulación de objetivos y estrategias para el próximo mes

Cierre

Registro e informe por turnos

Revisión de los progresos en la comunicación familiar y en los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo

Palabras de terminación del grupo

Planes para el futuro para el tratamiento de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y de los asuntos familiares

* Van Noppen, B., Pato, M. y Rasmussen, S. (1993). *Learning to live with OCD*. Milford, OCD Foundation.

A) Fase de evaluación

El objetivo principal de esta fase es la adquisición de un pormenorizado conocimiento de la patología del paciente con el fin de poder desarrollar un plan de intervención adecuado.

En esta fase la entrevista clínica se convierte en el principal instrumento de evaluación. Esta entrevista, como ya se ha mencionado en el [capítulo 3](#), debe incluir una exploración psicopatológica y del estado mental del paciente así como una detallada valoración del cuadro obsesivo tanto en sus aspectos cognitivos y conductuales como en los familiares, sociales y laborales. Asimismo se hace una evaluación minuciosa de los antecedentes personales y familiares, intentos de tratamiento previo, expectativas y aspectos motivacionales. Esta entrevista ocupa al menos la primera sesión y parte, si no toda, de la segunda sesión con el paciente.

Es conveniente utilizar escalas, como las ya mencionadas en el capítulo de evaluación, siendo especialmente recomendable el YBOCS, que dota al terapeuta de una metodología de exploración sistemática de la sintomatología TOC además de la valoración de aspectos cualitativos de la patología. Asimismo ya desde la primera sesión de evaluación se aconseja introducir registros conductuales de la patología bien estandarizados pero preferiblemente específicos para el perfil clínico del paciente. Estos registros conductuales estarán presentes a lo largo de toda la intervención. Es necesario dedicar el inicio de cada sesión al estudio y análisis de los registros aportados por el paciente, no sólo como elemento que aporta información, sino para reforzar los aspectos motivacionales relacionados con la toma de registro y la intervención.

La fase de evaluación debe durar un mínimo de 3 sesiones y en casos de mayor complejidad puede duplicarse el tiempo necesario para una adecuada evaluación. El intervalo entre sesiones no debe de ser muy prolongado, nunca superior a una semana. No hay que temer dedicar tiempo a esta tarea (a pesar de las presiones que en muchos casos se dan por parte del paciente y de la familia para iniciar cuanto antes la fase de tratamiento en parte debido a los elevados niveles de ansiedad y angustia que el paciente o la familia presentan). Si bien la evaluación es un proceso continuo a lo largo de toda la

intervención, es necesaria una profunda evaluación inicial para evitar errores que puedan condicionar el éxito de la intervención.

B) Fase de intervención

1. Psicoeducación, introducción del modelo cognitivo-conductual

Una vez realizada la evaluación del trastorno comienza el trabajo de contextualizar los datos que la evidencia científica nos ofrece partiendo de los postulados del modelo cognitivo-conductual de intervención. Este proceso en muchos casos comienza en la primera sesión con el paciente, pero es quizás más evidente y explícito una vez que se ha estudiado el caso a fondo. Hay que dedicar de dos a tres sesiones a este cometido, ya que de una adecuada comprensión por parte del paciente del trastorno así como de la asunción del modelo de intervención propuesto dependen en gran medida los aspectos motivacionales y de adherencia al tratamiento. Aspectos éstos que hay que trabajar en este momento y a lo largo de toda la intervención, venciendo resistencias implícitas y explícitas y motivando ante las dificultades y los elevados niveles de ansiedad que el paciente va a soportar, al menos en las fases iniciales del tratamiento.

2. Elaboración del plan de tratamiento

Ha llegado el momento de concretar junto con el paciente los aspectos formales del tratamiento (sesiones, formato, horarios, tareas para casa, intervención de la familia, etc.) así como si se considera necesaria la firma de un contrato terapéutico (especialmente conveniente en pacientes jóvenes y niños).

En ese momento se explicitan con mayor concreción las técnicas que se van a emplear y los tiempos para su implantación.

Esta tarea puede requerir de una a dos sesiones.

3. Tratamiento

Se introducen las técnicas y los procedimientos terapéuticos establecidos en el plan de tratamiento según lo indicado anteriormente. En función de la evaluación realizada y del tipo de TOC que se va a tratar se utilizarán las diferentes técnicas mencionadas.

Habitualmente en los tipos con un componente más compulsivo la técnica de elección inicial es usualmente de tipo conductual (principalmente EPR) con intervenciones cognitivas puntuales, y a medida que el componente cognitivo se hace más preponderante en otros tipos de TOC el énfasis se invierte.

Esta tarea puede llevar tantas sesiones como sea necesario. En nuestra experiencia en TOC leves-moderados en 10-20 sesiones el cuadro está bajo control, en casos más graves se puede requerir más tiempo.

4. Re inserción familiar, social y laboral

En muchas ocasiones la vida familiar, social y laboral del paciente ha sido seriamente afectada por su patología. En colaboración con otros dispositivos socio-sanitarios y sociales es conveniente elaborar un programa de re inserción que permita un aumento de la red social de apoyo así como la incorporación al mundo laboral.

5. Prevención de recaídas

Hay que dedicar al menos una sesión en la fase final de la intervención a informar al paciente de las situaciones de riesgo, los síntomas iniciales de recaída y su tratamiento así como la petición de intervención del equipo terapéutico. En muchos casos, a lo largo de la intervención, el paciente ha ido comprobando cuáles son en su caso las situaciones de riesgo de recaída y el terapeuta debe hacer un especial hincapié en la identificación y el manejo de estas situaciones con el fin de dotarle de estrategias de manejo de cara al futuro.

C) Fase de seguimiento

Una vez que el cuadro está bajo control el terapeuta distanciará gradualmente las sesiones, al principio con una periodicidad mensual, posteriormente trimestral hasta realizar el seguimiento telefónicamente al menos durante un año después del alta. En algunos casos, en esta fase, se hace necesaria una sesión no programada al detectarse situaciones de riesgo o de estrés que pueden desencadenar una reactivación del cuadro. En la [figura 4.1](#) se resume el programa de intervención propuesto.

4.10. Guía del consenso de expertos sobre el trastorno obsesivo-compulsivo

A continuación se resumen las recomendaciones que el consenso de expertos (March y cols., 1999) sobre el TOC ha publicado fruto de la Conferencia Internacional sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo del National Institute for Mental Health (EE UU).

A) Recomendación 1: Elección del tratamiento inicial

1. Elección del tratamiento en función de la severidad y la edad

Los expertos recomiendan el tratamiento bien con TCC solamente o con una combinación de TCC y farmacoterapia. La última está en función de la severidad y de la edad del paciente. En TOC leves-moderados la elección inicial debe ser TCC, cuando el cuadro es más severo la mayoría de los expertos se inclinan por incluir medicación. En pacientes jóvenes la elección inicial es TCC solamente.

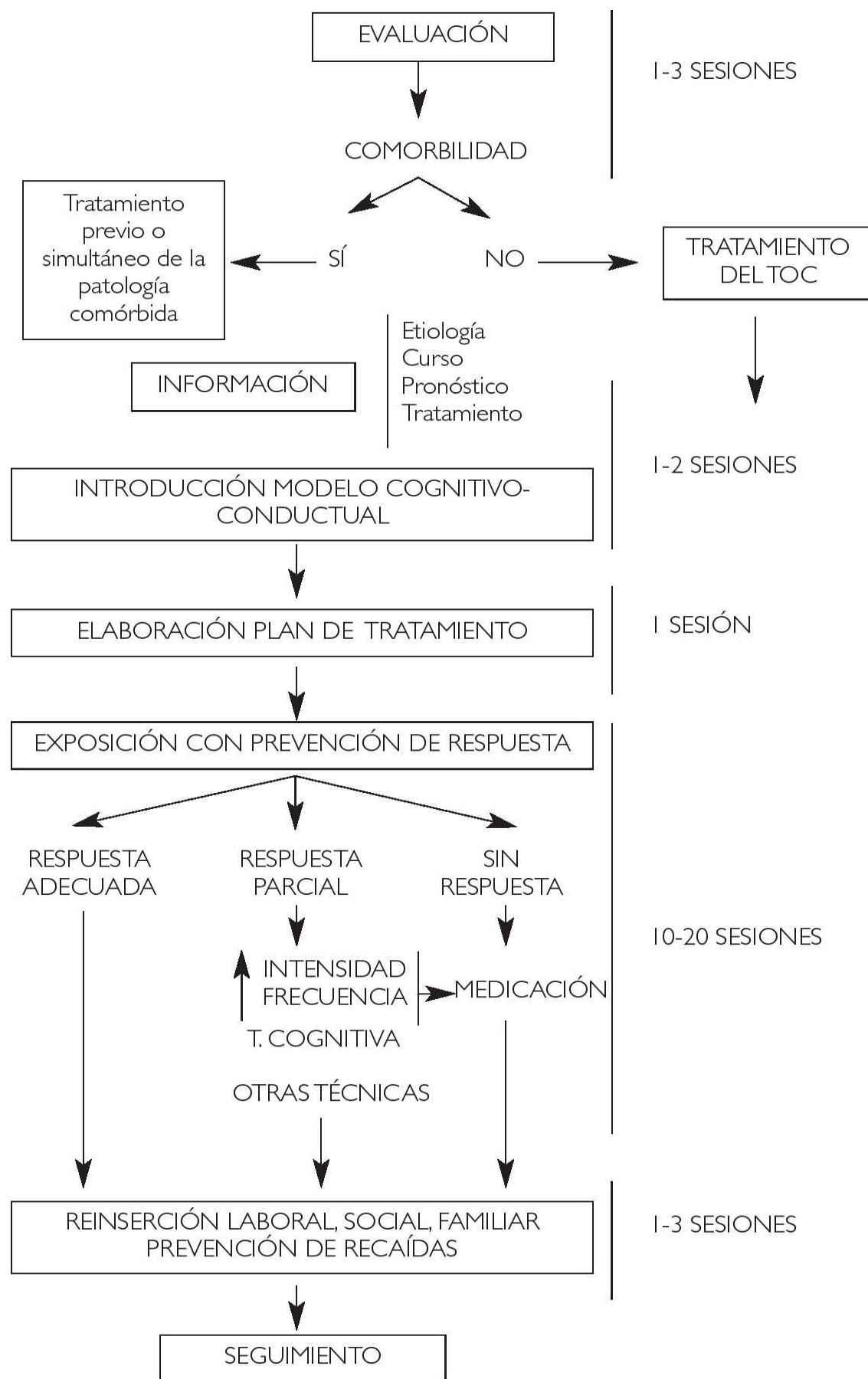


FIGURA 4.1. *Plan de intervención cognitivo-conductual.*

Cuadro 4.7. *Elección del tratamiento en función de la severidad y de la edad*

	TOC Adulto	TOC Adolescente	TOC Infantil			
	Moderado	Grave	Moderado	Grave	Moderado	Grave
Primer curso de acción	TCC I. ^o	TCC+IRS	TCC I. ^o	TCC+IRS	TCC I. ^o	TCC I. ^o
Segundo curso de acción	TCC+IRS	TCC I. ^o	TCC+IRS	TCC I. ^o	TCC+IRS	TCC+IRS

TCC:Terapia cognitivo-conductual

IRS: Inhibidor de la recaptación de la serotonina

2. Otros factores que afectan a la elección del tratamiento

Los expertos recomiendan diferentes aproximaciones terapéuticas en función de otros criterios como son eficacia, velocidad de remisión de síntomas, durabilidad de la mejoría, tolerabilidad y aceptabilidad. Se puede ver un resumen en el [cuadro 4.8](#).

Cuadro 4.8. *Otros factores que afectan a la elección del tratamiento*

		TCC+IRS	TCC	Medicación
Eficacia	Moderado	Primero	Primero	Segundo
	Grave	Primero	Segundo	Segundo
Velocidad	Moderado	Primero	Primero	Segundo
	Grave	Primero	Segundo	Segundo
Durabilidad	Moderado	Primero	Primero	Segundo
	Grave	Segundo	Segundo	Tercero
Tolerancia	Moderado	Primero	Primero	Segundo
	Grave	Primero	Segundo	Primero
Aceptabilidad	Moderado	Primero	Primero	Segundo
	Grave	Primero	Segundo	Primero

B) Recomendación 2: Elección de técnicas cognitivo-conductuales específicas

1. Elección de una estrategia cognitivo-conductual

Los expertos consideran que la combinación más adecuada de técnicas conductuales es la exposición con prevención de respuesta, mientras que la terapia cognitiva puede ofrecer un beneficio adicional al atacar las creencias disfuncionales y para mejorar la adherencia al tratamiento con EPR ([cuadro 4.9](#)). La terapia cognitiva es de mayor utilidad en la duda patológica, la escrupulosidad y otros síntomas con un componente eminentemente cognitivo.

2. Nivel de atención con tratamiento cognitivo-conductual

Los expertos recomiendan comenzar el tratamiento semanalmente, con sesiones individuales de TCC y tareas para casa entre sesiones o EPR asistidas por un coterapeuta en entornos reales. Las intervenciones grupales y familiares son alternativas de segundo nivel. La media de sesiones varía entre 13 y 20 para un paciente estándar. En casos de

especial severidad se pueden requerir intervenciones diarias durante al menos tres semanas ([cuadro 4.10](#)).

C) Recomendación 3: Elección de una estrategia farmacológica específica

Los IRS son el tratamiento farmacológico de primera elección debido a su mayor eficacia. Si el paciente no responde a la dosis media de IRS, los expertos recomiendan aumentar la dosis al máximo en 4-8 semanas desde el comienzo del tratamiento. Se considera de 8 a 13 semanas el período necesario para evaluar la efectividad de una medicación antes de cambiarla o combinarla con otros fármacos ([cuadro 4.11](#)).

Cuadro 4.9. Seleccionar una estrategia de terapia cognitivo-conductual

	<i>Obsesiones</i>	<i>Compulsiones</i>
Primera línea	EPR EPR+Terapia cognitiva	EPR EPR+Terapia cognitiva
Segunda línea	TC Exposición	Prevención de respuesta Terapia cognitiva Exposición

Cuadro 4.10. Nivel de atención con la terapia cognitivo-conductual

	Primera línea	Segunda línea
Intensidad y ubicación	Semanal en consulta + EPR en casa Semanal en consulta + terapia asistida a domicilio EPR Terapia cognitivo-conductual intensiva	EPR cada dos semanas Hospital de día Ingreso hospitalario
Formato	Individual	Grupal Individual + Terapia de familia Terapia de familia conductual
Número de sesiones	13-20 sesiones 7-12 sesiones	20-50 sesiones 3-6 sesiones

Cuadro 4.11. Elección de una estrategia farmacológica específica

Fármaco	Rango de dosis (mg)	Dosis media diaria (mg)	Sin respuesta a la dosis media de IRS	Respuesta parcial a la dosis media de IRS
Fluvoxamina	100-300	200		
Fluoxetina	20-80	50	Elevar el IRS hasta la dosis máxima en 4-8 semanas desde el inicio del tratamiento	Elevar el IRS a la dosis máxima en 5-9 semanas desde el inicio del tratamiento
Clomipramina	100-300	200		
Sertralina	75-225	150		
Paroxetina	20-60	50		

D) Recomendación 4: Estrategias adicionales

1. Respuesta inadecuada al tratamiento de primera elección

Los expertos recomiendan añadir un IRS cuando no se aprecia mejoría con el TCC. Si la falta de respuesta es a un IRS recomiendan añadir TCC o cambiar a otro inhibidor ([cuadro 4.12](#)).

Cuadro 4.12. Respuesta inadecuada al tratamiento de primera elección: siguiente línea de acción

	Respuesta inadecuada a TCC		Respuesta inadecuada a IRS		Respuesta inadecuada +IRS	
	Sin respuesta	Respuesta parcial	Sin respuesta	Respuesta parcial	Sin respuesta	Respuesta parcial
Primera línea de acción	Añadir IRS Nueva técnica TCC o aumentar intensidad	Añadir IRS Nueva técnica TCC o aumentar intensidad	Añadir TCC Cambiar IRS	Añadir TCC Cambiar IRS	Cambiar IRS	Cambiar IRS Nueva técnica TCC
Segunda línea de acción	Nuevo emplaza- miento para trata- miento TCC (hospitali- zación) o cambio de formato	Nuevo emplaza- miento para el tratamien- to o cam- bio de formato	Aumentar medica- ción Nuevo emplaza- miento para el tra- tamiento o cambio de formato	Aumentar medica- ción Nuevo emplaza- miento para el tra- tamiento o cambio de formato	Aumentar medica- ción Nuevo emplaza- miento aumentar intensidad Nuevo emplaza- miento	Aumentar medica- ción Nuevo emplaza- miento para el tra- tamiento o cambio de formato

2. Cuándo replantear la estrategia si un paciente muestra una respuesta inadecuada

Cuadro 4.13. *Cuándo replantear la estrategia si el paciente tiene una respuesta inadecuada al tratamiento*

<i>Tratamiento actual</i>	<i>Sin respuesta</i>	<i>Respuesta parcial</i>
Cuándo añadir medicación a un paciente que ha comenzado con TCC solamente	Para TOC graves, dar TCC semanal durante dos semanas antes de añadir medicación Para TOC menos graves, dar TCC semanalmente durante 4 semanas antes de añadir medicación	Para TOC grave, dar TCC semanal durante 4 semanas antes de añadir medicación Para TOC menos graves, dar TCC semanal durante 7 semanas antes de añadir medicación
Cuándo añadir TCC a un paciente que ha comenzado con medicación solamente	Intente con medicación solo durante 4-8 semanas antes de añadir TCC	Intente con medicación solo durante 4-8 semanas antes de añadir TCC
Si el paciente prefiere continuar solamente con TCC y presenta una respuesta inadecuada tras 6 sesiones	Intente de 3 a 6 sesiones adicionales	Intente de 4 a 10 sesiones adicionales
Si el paciente ha fracasado con varios intentos de tratamiento con ISRS*	Considere un intento de tratamiento con clomipramina	Considere un intento de tratamiento con clomipramina

*ISRS excluye la clomipramina

E) Recomendación 5: Estrategias para el tratamiento del paciente que no responde al tratamiento

Existe un menor consenso respecto a qué hacer con los pacientes refractarios al tratamiento. En el cuadro 4.14 se resume el curso de acción recomendado en estos casos por los expertos.

Cuadro 4.14. *Estrategias para el paciente refractario al tratamiento*

	<i>Sin respuesta a TCC junto con 3 intentos con IRS</i>	<i>Respuesta parcial a TCC junto con 3 intentos con IRS</i>
Primera línea de acción	Añadir un nuevo fármaco	Añadir un nuevo fármaco
Segunda línea de acción	Nuevo emplazamiento para el tratamiento o cambio de formato Nueva técnica TCC o aumentar intensidad Cambiar a otro IRS	Nuevo emplazamiento para el tratamiento o cambio de formato Nueva técnica TCC o aumentar intensidad Cambiar a otro IRS
Intervenciones poco habituales, que algunas veces salvan la situación	Intenta con clomipramina IV Si está deprimido intentar TEC* Neurocirugía	Intenta con clomipramina IV

*TEC: Terapia electro-convulsiva

F) Recomendación 6: Estrategias de tratamiento para la fase de mantenimiento

Los expertos recomiendan visitas mensuales en la fase de mantenimiento durante al menos 3-6 meses y consideran una suspensión rápida de medicación como una estrategia poco aceptable. Pueden ser necesarias algunas sesiones adicionales de TCC para evitar una recaída cuando se suspende la medicación. Los expertos aconsejan considerar tratamiento farmacológico a largo plazo cuando se han producido de 2 a 4 recaídas graves o tres o cuatro recaídas leves-moderadas ([cuadro 4.15](#)). Asimismo recomiendan el mantenimiento de la medicación durante un mayor período de tiempo en los pacientes que no han recibido TCC, probablemente debido a la mayor tasa de recaídas en pacientes en los que se ha suspendido a medicación y que no han recibido TCC.

Cuadro 4.15. *Estrategias de tratamiento para la fase de mantenimiento*

Plan de visitas para los 3-6 primeros meses después del tratamiento	Cuándo considerar la reducción de medicación	Cuándo suspender medicación	Medicación profiláctica de mantenimiento a largo plazo
Recomendaciones	Visitas mensuales	Nunca antes de 1-2 años	Gradual con seguimiento mensual
También considerar	Visitas semanales Visitas quincenales	Después de 3-4 recaídas leves-moderadas	Después de 3-4 recaídas leves-moderadas
		Gradual con sesiones mensuales de refuerzo de TCC Control farmacológico solamente	

G) Recomendación 7: Minimización de los efectos secundarios de la medicación

En el cuadro 4.16 se resumen los efectos secundarios más habituales con IRS y el tratamiento farmacológico recomendado por los expertos.

H) Recomendación 8: Tratamiento de pacientes con TOC con otras enfermedades psiquiátricas

La comorbilidad suele complicar el tratamiento del TOC y requerir estrategias de tratamiento adicionales. En muchos casos hay que añadir medicación específica para

cada condición psiquiátrica o terapias cognitivo-conductuales específicas para las patologías comórbidas ([cuadro 4.17](#)).

Cuadro 4.16. *Estrategias para el paciente refractario al tratamiento*

Efecto secundario problemático	Medicación recomendada	Medicación menos recomendada
Cardiovascular	ISRS	Clomipramina
Sedación	ISRS	Clomipramina
Insomnio	Clomipramina	ISRS
Anticolinérgicos	ISRS	Clomipramina
Aumento de peso	ISRS	Clomipramina
Disfunción sexual	ISRS (también comunes)	Clomipramina
Acatisia	Clomipramina	ISRS
Náusea/diarrea	Clomipramina	ISRS

En depresiones moderadas o severas puede ser necesario comenzar con un tratamiento combinado o medicación sólo para la depresión antes que iniciar el tratamiento del TOC, ya que suele interferir con el mismo. Cuando se combinan tratamientos es necesario valorar el impacto de la patología comórbida. En determinadas fases de cuadros psicóticos o bipolares el tratamiento cognitivo-conductual o farmacológico del TOC puede ser inviable o arriesgado. La combinación de fármacos puede incrementar el riesgo de interacción negativa entre los medicamentos.

I) Recomendación 9: Tratamiento de pacientes con TOC con complicaciones obstétricas y otras enfermedades físicas

En el [cuadro 4.18](#) se detallan las estrategias de tratamiento recomendadas por los expertos en función de las diferentes patologías médicas de los pacientes.

Cuadro 4.17. *Tratamiento de pacientes con TOC que presentan otros trastornos mentales*

<i>Trastorno comórbido</i>	<i>Primera línea de acción</i>	<i>Segunda línea de acción</i>
Trastorno por angustia o fobia social	TCC + ISRS TCC	TCC + clomipramina TCC + IRS + BZD TCC + IMAO +/- BZD*
Depresión	TCC+ ISRS	TCC TCC + IMAO TCC + IRS + BZD
Trastorno bipolar I o II (en remisión en tratamiento con estabilizadores)	TCC + estabilizador del estado de ánimo TCC + estabilizador del estado de ánimo + IRS	IRS + estabilización del estado de ánimo
Esquizofrenia	IRS + neuroléptico	TCC + IRS + neuroléptico
Síndrome de Tourette	TCC + IRS + antipsicótico convencional	TCC + IRS + risperidona o un agonista -2 TCC + IRS TCC
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	TCC + ISRS + psicoestimulante	TCC + clomipramina + psicoestimulante TCC + IRS TCC
Alteraciones de conducta	IRS + TCC + Terapia de familia ISRS + TCC	TCC + Terapia de familia Clomipramina + TCC ISRS Clomipramina TCC

*BZD: Benzodiacepinas

Cuadro 4.18. *Tratamiento de pacientes con TOC con complicaciones obstétricas u otras enfermedades físicas*

	Embarazo	Problemas cardíacos	Fallo renal
Primera línea de acción	TCC	TCC	TCC
		TCC + ISRS	TCC + ISRS
Segunda línea de acción	TCC + IRS	ISRS	ISRS

4.11. Problemas más habituales

A continuación se resumen brevemente los problemas y complicaciones más habituales en el tratamiento del TOC ya mencionados en otros apartados de este libro. El cuadro 4.19 muestra los problemas más habituales, sus posibles causas y el curso de acción recomendado para superar esta problemática.

Cuadro 4.19. *Problemas más habituales en el tratamiento del paciente con TOC*

<i>Problema</i>	<i>Possible causa</i>	<i>Curso de acción</i>
Incumplimiento de las pautas de exposición	Ansiedad elevada Incomprensión del modelo cognitivo-conductual Ambivalencia ante el tratamiento	Reevaluación del caso Información adicional sobre el tratamiento Valoración de aspectos motivacionales
Incumplimiento de las pautas de exposición con prevención de respuesta	Incomprensión del modelo cognitivo-conductual Ansiedad elevada	Información adicional Realizar sesión con presencia del terapeuta para identificar las posibles dificultades
Las sesiones de auto-exposición del paciente son muy breves	Conductas de evitación Ansiedad elevada Incomprensión del modelo de intervención	Analizar con el paciente sus preocupaciones sobre sesiones de auto-exposición de mayor duración Hacer una sesión de demostración de cómo realizar la auto-exposición Diseñar las tareas para casa asignando un tiempo mínimo de auto-exposición

<i>Problema</i>	<i>Possible causa</i>	<i>Curso de acción</i>
La neutralización encubierta sustituye a los rituales	Sustitución de unos rituales por otros Ambivalencia	Analizar con el paciente la importancia de la técnica de prevención de respuesta en relación con la neutralización encubierta Pautar prevención de respuesta de los rituales y conductas de neutralización encubierta
Búsqueda de reaseguramiento	Incomprensión del modelo cognitivo-conductual del TOC	Ayudar a entender al paciente qué es una conducta compulsiva y hablar con la familia para evitarla
Transferencia de la responsabilidad	Participación en el tratamiento de terceros	Aumentar exposición a responsabilidad
Transferencia de la responsabilidad (cont.)	Ubicación del tratamiento en contextos diferentes al habitual	Terapia cognitiva Advertir a terceros que la transferencia está ocurriendo, para evitarlo
La exposición con preventión de respuesta demasiado circunscripta a un entorno o situación	Falla generalización Existencia de otros rituales asociados a otros contextos o situaciones	Diseñar estrategias y tareas para casa para aumentar la generalización Ampliar los entornos, situaciones y contextos donde aplicar EPR
Evitación de situaciones que activan pensamientos obsesivos	Ansiedad elevada que se trata con conductas de evitación	Ampliar la auto-exposición a las situaciones temidas fuera de los períodos asignados para tareas para casa Marcar objetivos claros de exposición a situaciones temidas
Sin una causa aparente	Inadecuada evaluación Ocultación de información	Ampliar la evaluación Utilizar estrategias de auto-evaluación, observación y experimentos conductuales

Cuadro resumen

La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento psicológico de primera elección en el abordaje del trastorno obsesivo-compulsivo. Más del 70% de los pacientes tratados con intervenciones cognitivoconductuales experimentan una mejoría importante de su sintomatología.

La primera fase del tratamiento debe incluir información sobre la etiología, el curso y el pronóstico de los trastornos obsesivo-compulsivos. Hay que introducir el modelo cognitivo-conductual del TOC con el fin de crear un marco de comprensión del trastorno y así poder introducir más adecuadamente las técnicas de intervención cognitivo-conductuales.

En segundo lugar se elabora un plan de tratamiento que incluye aspectos formales (número de sesiones, formato) como estrategias de intervención y contrato terapéutico. Este plan debe incluir en muchos casos a miembros de la familia, bien como coterapeutas o como parte integral del tratamiento.

Dentro de las técnicas conductuales la exposición con prevención de respuesta es el tratamiento de primera elección. Ésta se puede complementar con otras técnicas como parada de pensamiento, habituación, etc. Asimismo las intervenciones cognitivas están especialmente indicadas como complemento y refuerzo de las técnicas conductuales o por sí mismas, especialmente con determinados tipos de trastorno obsesivo-compulsivo. Cuestiones como la responsabilidad o el control son objeto de intervención cognitiva. En ocasiones es necesario un tratamiento combinado con fármacos, bien porque la patología comórbida así lo requiere o como refuerzo de la intervención conductual. Los tratamientos farmacológicos de primera elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y la clomipramina. Ambos han demostrado niveles de eficacia en el tratamiento de esta patología.

Exposición de un caso clínico

Una vez realizada la evaluación se acordó con el paciente incluir a su esposa en la fase de tratamiento. Se estableció un plan de tratamiento que incluía dos sesiones con información sobre el trastorno, introducción del modelo cognitivo-conductual e introducción de la técnica de exposición con prevención de respuesta (EPR); posteriormente se pasaría a iniciar el tratamiento con EPR para a continuación dedicar una sesión a la prevención de recaídas y establecer un seguimiento posterior.

La primera sesión de esta fase fue de psicoeducación; se informó al paciente de las características principales del trastorno así como de los conocimientos sobre la patología tanto a nivel fisiológico, neuropsicológico como psicológico. El paciente participó activamente con preguntas y comentarios a la información ofrecida. Se introdujo el modelo cognitivo conductual utilizando gran parte de la información aportada por el paciente y su esposa en la fase de evaluación (especialmente relevantes los antecedentes familiares, el estilo educativo familiar y las experiencias estresantes relacionadas con este tema que el paciente había identificado) y se explicó brevemente en qué consistía la EPR. En la segunda sesión se consideró oportuna la presencia de la esposa. Parecía importante que ella compartiera un conocimiento lo más extenso posible sobre la patología dado el papel que desempeñaba en el mantenimiento del problema así como el papel que queríamos que desempeñara a partir de ahora en su control. En esta sesión se solicitó al paciente que asumiera parte de la responsabilidad de explicar los mecanismos y la información que se le había ofrecido sobre el trastorno como una forma de que se empezara a responsabilizar de su tratamiento así como para evaluar el grado de conocimiento y comprensión de la información ofrecida en la sesión anterior. Por primera vez, se estableció un dialogo franco entre los cónyuges sobre el problema y

las consecuencias en su vida familiar y se acordaron las vías de participación de la esposa en el tratamiento. El paciente informó al final de esta sesión que era la primera vez que le habían explicado y descrito aspectos sobre su patología y que esto en sí mismo le había permitido experimentar menor incertidumbre ante el futuro tratamiento. Se estableció como objetivo primordial del tratamiento el control de la sintomatología y la reducción del grado de interferencia en la vida familiar, social y laboral del paciente.

En la siguiente sesión participó la enfermera que colabora con el equipo de psicología y que está especialmente entrenada en técnicas conductuales, ya que tiene una amplia experiencia en el tratamiento de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. Ella sería la encargada de las sesiones de EPR fuera de la Unidad de Salud Mental y la responsable del seguimiento diario. Además se encargaría de modelar y supervisar a la esposa del paciente en las tareas de coterapeuta que se habían pactado en las sesiones. En esta sesión se decidió poner a prueba los postulados subyacentes al modelo cognitivo-conductual expuesto y a la técnica de exposición con prevención de respuesta. Para ello se eligió una situación que presentaba niveles de ansiedad bajos para iniciar la EPR. La enfermera junto con el psicólogo se desplazaron al domicilio del paciente y éste se expuso a tocar las herramientas que compartía con su hermano (situación de riesgo relativamente reducida para el paciente) y a no proceder al lavado de manos. El paciente experimentó niveles medios de ansiedad durante unos 60 minutos hasta que éstos empezaron a bajar. Durante los tres días siguientes la enfermera acudió al domicilio para supervisar la terapia y entrenar al paciente y su esposa en la técnica. Durante los siguientes 5 días (excepto el fin de semana) se mantuvo un contacto telefónico diario para supervisar la marcha del tratamiento. Al final de este período, el paciente informó que no experimentaba ninguna ansiedad relevante al realizar la tarea.

En la siguiente sesión se descartó la posibilidad de una exposición gradual y se acordó enfrentar todos los temores en el ámbito doméstico de manera global. El paciente aceptó este enfoque con cierta ansiedad pero, gracias a los resultados del “experimento conductual” de la semana anterior, lo hizo con buena motivación. Se pactaron los criterios para poder lavarse las manos (básicamente antes de cada comida, después de utilizar el baño y cuando hubiera una suciedad objetivable). Se estableció un máximo de 30 segundos por lavado y la cantidad de jabón que se podía emplear. Asimismo, se insistió en que en ningún momento se pretendía poner en riesgo su salud y la de su familia y que por tanto nunca se le pediría que se expusiera a agentes o circunstancias que otras personas no harían en su vida cotidiana. Se advirtió de la importancia de vigilar la aparición de nuevos rituales o de conductas rituales más sutiles o soterradas. En este sentido se instruyó a la esposa de algunos de los rituales que suelen aparecer en estos casos para que estuviera atenta a su posible aparición. De nuevo se desplazó el equipo a la vivienda del paciente para iniciar la EPR. Se le instruyó para que tocara pomos, herramientas, vehículos, sin acudir al lavado de objetos o manos. El nivel de ansiedad que experimentó fue elevado, por lo que se aportaron algunas técnicas de control de la ansiedad durante la exposición. Posteriormente, durante el resto de la semana, se mantuvo un contacto diario telefónico para observar y supervisar la marcha del tratamiento.

En la siguiente sesión el paciente refería un nivel de ansiedad menor y un control adecuado de los rituales salvo contadas excepciones, por lo que se le instruyó en la re-exposición si aparecía algún ritual que en muchos casos eran rituales semi-automáticos que escapaban al control consciente del paciente. Esta estrategia se mantuvo durante el mes siguiente, con controles telefónicos diarios, sesiones semanales donde se supervisaba el trabajo realizado, se resolvían dudas y se planificaba la semana siguiente. A partir de la segunda sesión se introdujeron técnicas cognitivas para un mejor control de la rumiación y neutralización. El tema de la necesidad de control, la incertidumbre y la responsabilidad ocuparon gran parte de la sesión.

En la siguiente fase del plan de tratamiento, se planteó como objetivo el aumento de la vida social. Esta fase se dividió en dos períodos: visitas a familiares y amigos y visitas a bares y restaurantes. En este momento el paciente mostraba un mayor optimismo sobre la posibilidad de llegar a controlar el problema pese a que aún existía un temor intenso a contaminarse en ámbitos distintos del doméstico, donde el control ya era muy adecuado. Se propuso la exposición con prevención de respuesta en comidas familiares con personas muy allegadas y posteriormente con amigos. En ambos casos en períodos inferiores a un mes se consiguió que la ansiedad disminuyera considerablemente y mejorara su vida social para sorpresa de muchos familiares y amigos que en casi dos años no habían visto al paciente en esas circunstancias.

Posteriormente se introdujo la EPR en bares y restaurantes y se hizo más complicada la utilización de los baños, pero tras tres sesiones el paciente consiguió controlar la ansiedad en esos entornos.

En la tercera fase, se solicitó el alta laboral y se reprodujo el mismo procedimiento en su entorno de trabajo. A estas alturas el paciente mostraba un elevado deseo de confrontar el problema en este entorno y a pesar de reconocer algunos temores no experimentaba una ansiedad muy elevada. Parecía que se había producido cierta generalización de los otros entornos al laboral. En el plazo de 15 días el paciente pudo incorporarse a las tareas laborales habituales sin demasiadas complicaciones.

Finalmente se establecieron en una sesión las estrategias que se iban a seguir en caso de que apareciera algún ritual nuevo y las situaciones de riesgo de recaída (haciendo especial hincapié en situaciones de estrés y malestar emocional). Se pactó un seguimiento puntual mensual durante los tres primeros meses para pasar a un control trimestral durante un año. Finalmente fue dado de alta.

Descripción de los materiales necesarios para el tratamiento

El tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos requiere creatividad e imaginación. Dada la variabilidad de entornos, estímulos y elementos que desencadenan este cuadro y a los que el paciente se tiene que exponer, se hace necesario destinar un tiempo para gestionar el acceso a determinados entornos o para la obtención de determinados materiales. En muchos casos, sobre todo cuando la exposición se realiza en entornos públicos, es necesario no solamente el consentimiento del paciente sino arduas gestiones para conseguir la autorización para realizar las intervenciones programadas. El terapeuta se puede ver obligado a solicitar el acceso a funerarias, centros hospitalarios o lugares con acceso restringido. En otras ocasiones, se debe recabar asesoramiento profesional antes de realizar la exposición porque puede acarrear riesgos o consecuencias negativas para la salud o seguridad del paciente o el terapeuta.

En definitiva no existe un material concreto que se pueda utilizar, sino que éste irá en función de la evaluación realizada ya que cada paciente tiene un perfil clínico único e idiosincrásico que obliga a ser creativo y a disponer de contactos y recursos en la comunidad para poder realizar esta tarea adecuadamente.

Preguntas de autoevaluación

1. ¿Cuál es el tratamiento conductual de primera elección en el abordaje de los trastornos obsesivo-compulsivos?

- a) Parada de pensamiento
- b) Desensibilización sistemática
- c) Exposición gradual en vivo
- d) Exposición con prevención de respuesta

2. La mayoría de los estudios sobre la exposición con prevención de respuesta como tratamiento del TOC apuntan a mejorías en torno al

- a) 30%
- b) 40%
- c) 70%

d) 10%

3. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de primera elección en el tratamiento del TOC?

- a) ISRS
- b) Benzodiacepinas
- c) Estabilizadores del estado de ánimo
- d) Neurolepticos

4. El consenso de expertos recomienda como tratamiento de primera elección en niños con TOC

- a) ISRS
 - b) Clomipramina
 - c) Terapia cognitivo-conductual
 - d) Terapia combinada
-

5

Tratamiento (II). Guía para el paciente

5.1. ¿Qué es el trastorno obsesivo-compulsivo?

Las dudas, preocupaciones y creencias supersticiosas son comunes a todos en mayor o menor medida en nuestra vida diaria. Cuando se hacen excesivas e interfieren en el funcionamiento cotidiano produciendo un malestar significativo y dificultades en las áreas social, familiar y laboral, es cuando se realiza el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo.

El TOC es una enfermedad mental en la que aparecen obsesiones y compulsiones, aunque en algunos casos pueden aparecer o bien sólo obsesiones, o bien sólo compulsiones.

1. Las *obsesiones* son pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos que invaden una y otra vez la mente en contra de la voluntad de la persona. El que las sufre no quiere tener esas ideas, las encuentra inaceptables, absurdas e irracionales pero no las puede evitar. Las personas con TOC pueden preocuparse excesivamente por la suciedad o los gérmenes y obsesionarse con la idea de estar contaminados o contaminar a otras personas. O pueden sufrir miedos obsesivos de haber atropellado a alguien mientras conducían incluso aunque reconozcan que esta posibilidad no es real. Las obsesiones van acompañadas de sentimientos muy desagradables como el miedo, la angustia, la duda y producen un sufrimiento intenso en la persona que las padece.
2. Las *compulsiones* están relacionadas con las obsesiones en la medida en que la persona que padece la obsesión intenta librarse de la misma a través de la compulsión. Las compulsiones son actos o conductas que la persona realiza una y otra vez de forma repetitiva y a menudo siguiendo unas reglas o normas determinadas, con la finalidad de reducir el malestar o la ansiedad que le produce la obsesión. Por ejemplo, la persona con miedo a la contaminación puede lavarse repetidamente las manos incluso con lejía hasta llegar a producirse heridas en las mismas. La persona que experimenta la duda obsesiva sobre si ha cerrado la llave de la estufa puede comprobarla una y otra

vez antes de salir de casa por el temor a que se produzca un incendio... Las compulsiones no le producen ninguna satisfacción a la persona que las lleva a cabo, más bien se realizan para reducir el malestar o la angustia generada por las obsesiones.

Cuadro 5.1. *Ejemplos de observaciones y compulsiones*

<i>Obsesiones comunes</i>	<i>Compulsiones comunes</i>
Contaminación, miedo a los gérmenes, suciedad...	Lavado
Imágenes que conllevan un daño personal o hacia otros	Repetición
Imaginar perder el control de impulsos agresivos	Comprobación
Pensamientos intrusivos de tipo sexual o impulsos	Tocar
Dudas religiosas o morales excesivas	Contar o repetir algo mentalmente
Pensamientos prohibidos	Ordenar/clasificar
Necesidad de tener las cosas “porque sí”	Acumulación y almacenaje
Necesidad de decir, preguntar, confesar	Rezo

• *Otras características del TOC*

- Los síntomas causan malestar, pérdida de tiempo (más de una hora al día) o interfieren significativamente en la vida social, familiar o laboral de la persona que lo sufre.
- La mayoría de los sujetos que padecen TOC reconocen que sus obsesiones y compulsiones son excesivas e irracionales y van más allá que las preocupaciones normales sobre los problemas reales.
- Los síntomas TOC pueden reaparecer a lo largo del tiempo y su intensidad puede variar de muy leve a otros síntomas que producen un malestar severo.
- El trastorno puede iniciarse en algunos casos durante la infancia o durante la vida adulta. Se estima que la tercera parte de las personas que padecen el

TOC iniciaron el trastorno durante su infancia.

- El TOC es un trastorno que tradicionalmente se ha diagnosticado poco por varias razones: porque las personas que lo sufren lo han llevado de una forma secreta por la naturaleza misma del trastorno, o han intentado considerarlo como un conjunto de pequeñas “manías” sin importancia o el paciente puede tener escasa capacidad de crítica y pensar que lleva razón en ser tan metódico, limpio u ordenado e intentar imponer su criterio al resto de los familiares. Pueden transcurrir varios años desde el inicio del trastorno hasta que el paciente busca ayuda profesional y es correctamente diagnosticado y tratado. En otras ocasiones se produce un retraso en la detección y en el diagnóstico por parte de los clínicos porque con frecuencia puede ir asociado a otros trastornos psiquiátricos y pasar desapercibido, a pesar de ser un trastorno primario.
- Durante mucho tiempo se pensó que el TOC era una enfermedad poco frecuente. A partir de estudios epidemiológicos rigurosos se ha demostrado que es un trastorno que afecta a más del 2% de la población general. Esto significa que es más frecuente que otras enfermedades mentales.

5.2. ¿Qué causa el trastorno?

Las investigaciones recientes sugieren que en el TOC intervienen algunas alteraciones de tipo cerebral o neurológico. Existe alteración en las vías de comunicación entre ciertas áreas cerebrales como el córtex orbital con estructuras más profundas (los ganglios basales). También se sabe que niveles insuficientes de un neurotransmisor llamado serotonina tienen que ver con la aparición de los síntomas TOC; por eso, los fármacos que incrementan los niveles cerebrales de serotonina normalmente ayudan a mejorar los síntomas obsesivo-compulsivos. Aunque parece claro que la serotonina desempeña un papel importante en el TOC, no existe, sin embargo, ninguna prueba o test de laboratorio para el diagnóstico del trastorno. El diagnóstico es clínico, es decir, se basa en la evaluación de los síntomas de la persona que lo sufre.

Existen otras explicaciones para la etiología del TOC que contemplan la interacción entre la conducta del sujeto con el ambiente, así como las creencias, actitudes y modos específicos de procesamiento de la información. Estas teorías conductuales y cognitivas no son incompatibles con las explicaciones biológicas del TOC.

5.3. Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo

A pesar de que el nombre es muy similar, las personas que tienen un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo no tienen ni obsesiones ni compulsiones; se trata de personas que tienen unos patrones o rasgos de personalidad que se caracterizan por estar excesivamente preocupados por las normas, son perfeccionistas, con excesiva devoción al trabajo, rígidas y poco flexibles, con sentimientos de insatisfacción continuos... En algunos casos el TOC puede aparecer en personas que también tienen un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo.

5.4. ¿Cómo se trata el trastorno obsesivo-compulsivo?

El primer paso para el tratamiento es la *psicoeducación* o información al paciente y a su familia sobre el trastorno y su tratamiento. En los últimos 20 años se han desarrollado dos tratamientos efectivos para el TOC: la terapia cognitivo-conductual (TCC) y los tratamientos psicofarmacológicos con los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS).

Cuadro 5.2. *Componentes del tratamiento*

-
- *Educación:* crucial para ayudar al paciente y a su familia a entender el trastorno, cómo manejarlo y a prevenir las complicaciones.
 - *Terapia psicológica:* terapia cognitivo-conductual, es elemental para el tratamiento de la mayoría de los pacientes con TOC.
 - *Medicación:* con los ISRS, muy útiles para la mayoría de los pacientes.
-

5.4.1. Objetivos del tratamiento

El objetivo principal que se persigue con el tratamiento o terapia psicológica es tratar de modificar todos aquellos pensamientos obsesivos y conductas compulsivas que impiden al paciente llevar una vida normal. En la mayoría de los casos, la actividad social, familiar y laboral de la persona que sufre un TOC está deteriorada.

5.4.2. Tratamiento del TOC

En las dos últimas décadas se han desarrollado y evaluado dos terapias eficaces para el TOC: por una parte, la terapia de conducta proporciona técnicas a los pacientes obsesivo-compulsivos para disminuir el malestar de las obsesiones y para reducir o eliminar las conductas compulsivas; por otra, existen fármacos que actúan a nivel de la neurotransmisión serotoninérgica que también se han mostrado eficaces en el tratamiento de obsesiones y compulsiones. Está demostrado que el tratamiento más eficaz para casi todos los pacientes con TOC sería la combinación de la terapia conductual con el tratamiento farmacológico. Ambas formas de terapia no sólo no son opuestas sino que se complementan.

La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento psicológico de elección para las personas que sufren un TOC. Este tipo de intervención ayuda a que la persona cambie sus pensamientos, sentimientos y sus conductas desadaptadas y disfuncionales por otras más adecuadas y funcionales.

Para Foa y Wilson (1992) existen cuatro importantes desafíos a la hora de enfrentarse al control de los síntomas del TOC:

1. *Estar decidido a vencer el problema.* Usted tiene derecho a estar bien y tiene que estar dispuesto a hacer todo lo necesario para superar el problema que le ha perturbado durante mucho tiempo. Necesita creer que puede superar su problema. Deberá cambiar gradualmente los pensamientos y comportamientos que ha realizado hasta ahora para enfrentarse a los síntomas. Deberá abandonar sus viejas prácticas e intentar comportamientos nuevos; puede hacerlo a modo de experimento durante unas semanas.
2. *Debe tomar conciencia de que sus obsesiones son irracionales.* En ocasiones las obsesiones son tan intensas que puede sentirse abrumado por ellas y creer que presentan amenazas verdaderas para usted o para su entorno. Tiene que adquirir una creencia nueva: que sus preocupaciones obsesivas son muy exageradas y que sus miedos son infundados.
3. *Piense que ritualizar no es la única manera de reducir su angustia.* Será muy difícil que se libere de sus conductas compulsivas si no está dispuesto a experimentar con nuevos comportamientos.
4. *Acepte sus obsesiones en lugar de resistirse a ellas.* A pesar de que se le está pidiendo que acepte que sus obsesiones son irreales y exageradas es necesario que acepte que las tiene; la investigación ha demostrado que cuanto más nos resistimos para no tener pensamientos obsesivos más los tenemos y más nos angustiamos. Aunque se trata de una paradoja deberá asumir que para liberarse de sus pensamientos obsesivos debe estar dispuesto a aceptarlos.

A) Técnicas conductuales. Exposición con prevención de respuesta

La terapia de conducta no es algo que el psicólogo “hace al paciente”, sino que se trata de un conjunto de técnicas estructuradas que se le enseñan para que éste las utilice cuando las obsesiones y compulsiones le causen ansiedad, malestar o disfunción.

El tratamiento incluye dos técnicas que son fundamentales para abordar las obsesiones y compulsiones:

- Mediante la *exposición* se le pide al paciente que identifique las situaciones o cosas que le provocan angustia o ansiedad y se enfrente a ellas (se exponga) y no las evite, y en un segundo paso que se resista a llevar a cabo las conductas compulsivas: es lo que se denomina *prevención de respuesta* (impedir el ritual). Así se bloquean los rituales o las conductas de evitación; por ejemplo, a la persona con miedo a la contaminación no sólo se le pide que toque los pomos de las puertas, sino que a continuación se le pide que no lleve a cabo el ritual de lavarse las manos; a la persona que tiene miedo a provocar una desgracia se le pide que salga de la cocina sin comprobar la llave del gas...

La exposición generalmente es útil para reducir la ansiedad y las obsesiones, mientras que la prevención de respuesta (impedimento del ritual) es más útil para reducir los rituales compulsivos (o mentales) que son consecuencias de dicha ansiedad.

Cuando la persona que padece un TOC se enfrenta a las situaciones temidas o a sus pensamientos obsesivos experimenta gran ansiedad y tiene la urgente necesidad de llevar a cabo el comportamiento ritual o la conducta compulsiva para reducir su angustia y ansiedad. La técnica de exposición le va a producir esa misma angustia y urgencia de ritualizar; pero cuando el paciente se está exponiendo se le pide que no lleve a cabo la conducta compulsiva. Al enfrentarse a sus miedos sin recurrir a las compulsiones el paciente se vuelve progresivamente menos ansioso; a este fenómeno se lo denomina en terapia de *conducta de habituación*.

- La *habitación* consiste en que el paciente esté en contacto durante un tiempo prolongado con la situación que le produce miedo; esto le provoca una intensa ansiedad que aumenta progresivamente durante la exposición. Pero esta ansiedad alcanza un nivel máximo o *tope* y a partir de un determinado momento empieza a descender. La habituación es una disminución de la respuesta de ansiedad ante un estímulo por la presentación repetida de éste. Si un estímulo que provoca miedo se repite pero no va seguido de ninguna consecuencia negativa importante para la persona, debilitará la respuesta de ansiedad. Durante la exposición prolongada, la ansiedad intensa disminuye gradualmente. Cuando la ansiedad decrece por medio de la habituación la persona es capaz de pensar de una forma más racional y en un futuro, cuando esas mismas situaciones se produzcan de forma espontánea, puede que reaccione con cierta angustia pero no con terror.

Cuadro 5.3. Exposición con prevención de respuesta

Exposición gradual:

La exposición debe ser gradual, prolongada y practicada diariamente en la vida cotidiana. La exposición gradual consiste en la confrontación con los estímulos o situaciones que provocan ansiedad y enfrentarse a ellos de una forma progresiva o escalonada. Como regla básica para enfrentarse con el miedo provocado es importante la concentración constante en la realidad. El terapeuta tiene que asegurarse de que el paciente no evite mentalmente (con estrategias cognitivas) las dificultades y situaciones aversivas; para ello se le puede pedir al paciente que verbalice en voz alta la descripción de la situación que está viviendo en ese momento.

Se ha de llevar a cabo una jerarquía de situaciones o estímulos ansiógenos y se ordenan de menos a más según el grado de ansiedad que producen al paciente. Se deben elegir situaciones muy concretas y lo más cercanas posible a la vida real del paciente, sin embargo no se le debe pedir que acepte riesgos o situaciones que el mismo terapeuta no estaría dispuesto a llevar a cabo.

Prevención de respuesta:

El paciente tiene que ir enfrentándose gradualmente a cada una de esas situaciones que le producen malestar y estar dispuesto a tolerar cierto grado de ansiedad sin llevar a cabo el ritual compulsivo (prevención de respuesta); de este modo, puede aprender la forma de enfrentarse a las diferentes situaciones con el objetivo de reducir o eliminar las conductas compulsivas y dejar de invertir una gran cantidad de tiempo en ellas en detrimento de otros comportamientos más adaptados.

Los familiares suelen estar implicados o afectados por el TOC y es muy importante su ayuda y colaboración, por lo que han de conocer al igual que el paciente los principios del tratamiento. En la mayoría de las ocasiones es fundamental para la terapia que un familiar cercano actúe de coterapeuta y debe ser entrenado para que ayude al paciente en la práctica diaria de autoexposición a las situaciones u objetos temidos (véase el apartado Información para la familia, al final del capítulo).

B) Otras técnicas para el tratamiento del TOC

La *terapia cognitiva* es otro componente de la terapia cognitivo-conductual. La terapia cognitiva en ocasiones se añade a la exposición con prevención de respuesta para ayudar a reducir los pensamientos catastróficos y el exagerado sentido de responsabilidad que aparece en este tipo de trastorno.

También pueden emplearse otras técnicas como la parada de pensamiento o la saciación. La *parada de pensamiento* consiste en utilizar alguna forma de estimulación negativa o aversiva en cuanto se detecta el pensamiento obsesivo (por ejemplo, utilización de una cinta elástica alrededor de la muñeca y tirar y soltar de ella para detener el pensamiento obsesivo). La *saciación* es una forma de exposición repetida a

los pensamientos obsesivos y consiste en pedir a una persona que diga o escriba sus obsesiones repetidamente o incluso que los grabe en un casete y los escuche reiteradamente hasta que dejen de producirle ansiedad.

C) Tratamiento de las obsesiones sin compulsiones (rituales mentales)

La prevención de respuesta funciona mejor con rituales conductuales como lavar, comprobar u ordenar que con rituales de tipo mental; la conducta puede ser más fácilmente controlable que un ritual mental (tal como rezar, contar, repetir palabras o números). Una persona puede tener la urgencia de lavarse al sentirse contaminada y permanecer alejada de un grifo hasta que la angustia desaparezca; es más fácil de controlar y de llevar a cabo la prevención de respuesta en este tipo de TOC que lograr controlar los rituales mentales que emergen de la mente automáticamente.

Técnicas que ayudan a controlar los rituales mentales:

1. Tomar nota de los pensamientos obsesivos o verbalizarlos una y otra vez durante un período prolongado de tiempo. Esta estrategia ayuda porque escribir o vocalizar se hace de un modo deliberado y es incompatible con entregarse a rituales mentales, y de este modo se reduce la probabilidad de que aparezcan espontáneamente.
2. Grabe en una cinta magnetofónica sus obsesiones:
 - Anote las palabras, frases o pensamientos obsesivos tal y como le vienen a la mente.
 - Grábelo en una cinta en función del tiempo necesario para expresar el mensaje completo, que puede oscilar desde segundos hasta varios minutos. Escuche la grabación cada día durante cuarenta y cinco minutos o más, intentando sentirse tan angustiado por el mensaje como le sea posible.
 - Si al cabo de cuarenta y cinco minutos su ansiedad todavía no ha desaparecido continúe con esta práctica hasta que su angustia haya disminuido hasta un 50% en relación con el nivel máximo.
 - Utilice la grabación diariamente hasta que la angustia producida por el contenido del mensaje haya disminuido de forma significativa.
 - Incluso si su malestar disminuye al cabo de pocos días, continúe con este ejercicio al menos una semana más.

Esta técnica funciona según el *principio de habituación*, según el cual

cuando nos enfrentamos repetidamente ante la misma situación o pensamiento angustiante durante un período de tiempo prolongado, llega un momento en que el nivel de angustia disminuye o desaparece. El tiempo necesario para que se produzca el fenómeno de la habituación variará en función del nivel de angustia experimentado.

3. Grabación en una cinta de una obsesión prolongada:

- Escriba un relato detallado del acontecimiento temido, descríbalo momento a momento con las palabras y escenas exactas que aparecen en su mente. Trate de contar la mayor cantidad posible de detalles de la escena, el objetivo de la grabación es provocar las mismas emociones que tiene normalmente cuando se obsesiona.
- Lea el relato en voz alta varias veces de modo que pueda experimentar las emociones lo más vívidamente posible.
- Grabe la historia en una cinta magnetofónica.
- Escuche cada día de forma repetida la grabación durante cuarenta y cinco minutos o más, sintiéndose tan angustiado por el relato como le sea posible. Mientras escucha la historia imagine que está sucediendo realmente. Cuanto más intensos sean los sentimientos y el nivel de malestar cuando la escucha, más beneficios sacará de esta práctica.
- Continúe con esta práctica diariamente hasta que haya disminuido de forma significativa su nivel de malestar. Si practica de forma correcta, deberá notar mejoría en su nivel de angustia en un período de cinco a siete días.
- Realice nuevas grabaciones siguiendo el mismo proceso para cada una de las obsesiones o preocupaciones adicionales.

5.5. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual

Por la investigación se sabe que el 25% de los pacientes con TOC abandonan o rechazan la terapia cognitivo-conductual; pero de los que completan el tratamiento, del 50 al 80% reducen los síntomas del trastorno después de 12 a 20 sesiones y mantienen la mejoría al cabo de un tiempo. La eficacia y rapidez del tratamiento está en función del número de sesiones por semana. Una terapia cognitivo-conductual intensiva, de dos a tres horas de terapia asistida de exposición con prevención de respuesta diariamente durante tres semanas, es el tratamiento más rápido disponible para el TOC. Los buenos resultados requieren la participación activa de los pacientes y el llevar a cabo las tareas para casa pautadas por el psicólogo. Dependiendo de los estudios consultados del 60 al 90% de los pacientes con TOC se benefician de la terapia conductual.

La mayoría de los pacientes podrían acudir una vez por semana a terapia con el psicólogo y después diariamente practicar en su casa la exposición con prevención de respuesta, con ayuda de un familiar que esté entrenado para hacer de coterapeuta. Las *tareas para casa* son necesarias porque las situaciones u objetos que disparan el TOC son diferentes para cada paciente en su ambiente diario, y a menudo no pueden ser reproducidas esas mismas condiciones en la consulta del psicólogo (por ejemplo, el paciente puede evitar tocar los pomos de las puertas de su casa por temor a *contaminarse* y *contaminar* las cosas que vaya a tocar posteriormente en su casa; y sin embargo puede ser capaz de tocar el pomo de la puerta de la consulta del psicólogo sin mayor problema porque sabe que la consulta no es su casa y no siente tanta ansiedad si los objetos que toca están *contaminados* porque después saldrá de allí).

En casos excepcionales, cuando el TOC es muy severo, es necesario el ingreso del paciente en un hospital para poder llevar a cabo el tratamiento. En otros casos es necesaria la hospitalización si el TOC se complica con una depresión grave.

5.6. Material de autoayuda

5.6.1. Guía abreviada de terapia conductual

A continuación se presenta una *guía abreviada* de terapia conductual tomada de la adaptación que Jenike, Baer y Minichiello hacen de las instrucciones preparadas y utilizadas en la Unidad de Terapia Conductual del profesor Isaac Marks en el *Institute of Psychiatry, Bethlem-Maudsley Hospital* de Londres (Jenike, Baer, y Minichiello, 2001: 713-715).

Instrucciones de terapia conductual para el paciente con trastorno obsesivo obsesivo-compulsivo

Este tratamiento pretende ayudarle a interrumpir sus rituales y enfrentarse con los factores que causan malestar, obsesiones y rituales, hasta que disminuya su malestar. Es necesario que acepte cierto grado de malestar para aprender la forma de enfrentarse a sus diferentes situaciones. Cuanto más rápidamente haga frente a sus factores desencadenantes, antes comenzará a mejorar. Su capacidad para ese enfrentamiento mejorará la práctica.

Reglas generales

1. Una sesión diaria de tres horas en el hogar. Este período puede dividirse en tres sesiones de una hora. Reserve el tiempo necesario para las sesiones.
2. Intente interrumpir todas las conductas rituales (por ejemplo, lavado, comprobación, recuento, ordenación y repetición). Si no tiene éxito inmediatamente, redúzcalas día a día.
3. Durante las dos primeras semanas de terapia, debe enfrentarse a los problemas que más le molesten.

Antes de la sesión

Sólo usted sabe lo que desencadena sus rituales.

1. Elija con el mayor cuidado y claridad la exposición a las tareas realizadas en el hogar. Las cosas que usted evita le guiarán sobre las cosas a las que se debe exponer (tocar el teléfono, saludar estrechando la mano, pensar en temas sexuales, pronunciar números de “mala suerte”, etc.).
2. Clasifique las tareas por orden de dificultad.
3. Decida los objetivos que intentará conseguir en cada sesión de cada día durante una semana completa.
4. Asegúrese de saber exactamente lo que tiene que hacer, por ejemplo, tocar diez pomos de puertas diferentes, frotarse las manos en las prendas de vestir (incluyendo los bolsillos) y tocar el bolso (o el maletín).

Enfrentarse con el miedo

Una cierta cantidad de malestar o ansiedad es normal. Si siente gran ansiedad o pánico:

1. Recuerde que lo que está experimentando pasará con el tiempo; no le causará daño y no debe perder el control.
2. No ritualice.
3. Practique otra tarea de exposición relacionada con los trabajos domésticos para mantenerse ocupado.
4. Espere a que el miedo disminuya un poco.
5. Repita la tarea que le causó miedo tan pronto como pueda; ya se ha enfrentado al miedo una vez, y le será más fácil hacerlo de nuevo.
6. Hable con un amigo o familiar, si eso le ayuda a enfrentarse a la situación y a detener los rituales. Pero no busque que le tranquilicen, ya que eso puede convertirse en otro ritual.

Sesión de tres horas en el hogar

1. Realice las tareas de exposición en el hogar según lo planeado.
2. Asegúrese de que conoce y no puede evitar el hecho de estar en contacto con las cosas que teme (es decir, evite rituales ocultos).
3. Resístase a cualquier urgencia de detener la exposición, huir o ritualizar.
4. La realización de las tareas domésticas puede aumentar su ansiedad en este momento. Mantenga la situación temida hasta que la ansiedad se desvanezca.
5. Repita la exposición una y otra vez. Su malestar disminuirá con el tiempo.
6. Si es necesario, pida ayuda a un amigo (por ejemplo, prestándose a la contaminación para que usted pueda afrontarla y pidiéndole que no colabore en los rituales).
7. Es esencial que no dé por terminada la sesión de exposición hasta que el malestar haya disminuido, al menos un poco.

Después de la sesión

1. Concédase algún premio, se lo merece.
 2. Si no ha conseguido el objetivo terapéutico que se había propuesto, no se desespere. Lo más importante es que se ha esforzado por conseguirlo. Todos tenemos días malos.
 3. Tome nota de cualquier problema que haya experimentado, de forma que pueda diseñar tácticas para resolverlo.
-

5.6.2. Material de autoayuda: registros y autoaplicaciones

A continuación aparecen una serie de tablas en las que tendrá que registrar de la forma más pormenorizada posible todos los datos relacionados con su trastorno obsesivo; estos registros le ayudarán a identificar las situaciones, pensamientos, compulsiones... y a planificar su programa de autoayuda o las tareas para realizar en casa con el fin de superar su problema (material adaptado de Foa y Wilson, 1992: 68-80).

Registro n.º 1

Piense en las cosas que le preocupan. Escriba con detalle las situaciones que con más frecuencia e intensidad le generan malestar, ansiedad, temor, angustia o vergüenza, y en la columna de la derecha anote los rituales, compulsiones o manías que se ve forzado a realizar en dichas situaciones temidas.

Ordene las situaciones de forma jerárquica, es decir, de la que le produce menor nivel de ansiedad o malestar a la que le produce mayor nivel.

**REGISTRO DE SITUACIONES U
OBJETOS QUE ME PROVOCAN
ANGUSTIA, ANSIEDAD O MA-
LESTAR**

1.
.....

1.
.....

2.
.....

2.
.....

3.
.....

3.
.....

4.
.....

4.
.....

Registro n.º 2

Tome nota de los pensamientos, imágenes, deseos o impulsos que le producen angustia, malestar, ansiedad, miedo, vergüenza... Reflexione sobre las ideas obsesivas que han invadido su mente con mayor frecuencia durante las dos últimas semanas y anótelas empezando por la que menor malestar o angustia le provoque para finalizar con las que le produzcan mayor nivel de ansiedad.

**REGISTRO DE PENSAMIENTOS, IMÁGENES, DESEOS O IMPULSOS QUE ME PROVOCAN
ANGUSTIA O MALESTAR**

1.

2.

3.

4.

5.

6.....

Registro n.º 3

Tome nota de las situaciones que evita con el fin de sentir la sensación de calma o seguridad. Hágalo de forma jerarquizada desde las que menos evita a las que procura evitar siempre o casi siempre.

REGISTRO DE SITUACIONES QUE EVITO QUE ME PROVOCAN ANGUSTIA O MALESTAR

- 1.....
 - 2.....
 - 3.....
 - 4.....
 - 5.....
 - 6.....
-

Registro n.º 4

Reflexione sobre lo que le da miedo que suceda si no realiza sus rituales o si no evita determinadas situaciones. Las consecuencias pueden ser de dos tipos: consecuencias que proceden de situaciones externas (por ejemplo, suspender un examen; que se produzca un robo si no se cierra una puerta adecuadamente; enfermar si toco el pomo de una puerta...). El segundo tipo de consecuencias pueden ser aquellas causadas por pensamientos, imágenes o impulsos (por ejemplo, “si no repaso mentalmente esto, le puede suceder un accidente a mi hijo; si no repito esta oración tres veces me ocurrirá una desgracia”).

Añote también el nivel de angustia que le produce el no realizar el ritual en una escala de 50 a 100. Finalmente anote el grado en que usted cree que sucederá lo que teme si no realiza el ritual o si no combate la obsesión en una escala de 0 (“no sucederá nunca”) a 100 (“creo que sin lugar a dudas sucederá”).

CONSECUENCIAS TEMIDAS SI NO REALIZO LOS RITUALES O SI NO EVITO DETERMINADAS SITUACIONES	angustia que me produce (50-100)	grado en el que creo que sucederá (0-100)
--	---	--

1.

2.

3.

4.

5.

6. CONSECUENCIAS TEMIDAS SI NO REALIZO LOS RITUALES O SI NO EVITO DETERMINADAS SITUACIONES	angustia que me produce (50-100)	grado en el que creo que sucederá (0-100)
---	---	--

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Registro n.^o 5

Anote en este registro todos aquellos pensamientos y acciones que tiene que realizar para sentirse seguro, tratar de disminuir la angustia y ansiedad o para tratar de evitar que ocurran sucesos desagradables o temidos. Por ejemplo, si usted es un *verificador* indique cuáles son los objetos que tiene que comprobar, tales como puertas, ventanas, luces, coche, llave del gas... Anote el número de veces que realiza esas acciones en un día y el tiempo que emplea en llevarlas a cabo. Si usted es un *lavador* anote el número de veces que se lava las manos al día, el tiempo que dedica a cada lavado, el número de veces que le da jabón y se las aclara por lavado...

ACCIONES Y/O PENSAMIENTOS QUE COMPONEN MIS RITUALES, MANÍAS O COMPULSIONES	N.º de veces que lo realizo	Tiempo dedicado cada día
RITUAL N.º 1	→
RITUAL N.º 2	→
RITUAL N.º 3	→
RITUAL N.º 4	→
RITUAL N.º 5	→
RITUAL N.º 6	→

5.6.3. Reglas generales para los diferentes tipos de TOC

Siguiendo el programa de autoayuda que presentan Foa y Wilson (1992) a continuación se presentan una serie de reglas o normas generales para llevar a cabo programas de tratamiento para diferentes tipos de trastorno obsesivo-compulsivo. La base o punto de partida para elaborar cada uno de estos programas de autoayuda serán los autorregistros cumplimentados en el apartado anterior. Como ya se dijo en otro capítulo de este libro, aunque el trastorno sea el mismo, hay que diseñar y personalizar el tratamiento para cada paciente; incluso si un mismo paciente tiene diferentes tipos de TOC habría que plantear distintos programas de intervención y abordar cada uno en su momento.

A) Reglas generales de un programa para el ritual de lavar y limpiar

1. Al principio del programa realice una sola ducha de 10 minutos en días alternos

y cambie el orden de cualquier ritual.

2. Haga cinco lavados de manos diarios de 30 segundos y nunca después de tocar el *objeto contaminado*.
3. Aproveche toda oportunidad que se le presente en su vida cotidiana para practicar la exposición. Cuanto más se exponga a los *contaminantes* anteriores más rápidamente se liberará de la angustia residual.
4. No utilice jabón para lavarse las manos salvo que éstas estén visiblemente sucias.
5. El lavado de manos debería efectuarse sólo después de utilizar el retrete, antes de manipular alimentos o cuando las manos estén visiblemente sucias a los ojos de cualquier observador.
6. Cuando haya avanzado en el tratamiento dése una ducha diaria de diez minutos de duración como máximo y no ritualice mientras se ducha.

B) Reglas generales de un programa para los rituales de comprobación/verificación

1. Haga una lista de sus principales conductas de comprobación.
2. Comience el programa llevando a cabo la prevención de respuesta para el ritual que menos tiempo le ocupa y prosiga de forma gradual con los que más tiempo le absorben.
3. En la primera semana intente llevar a cabo pasos graduales de exposición a las situaciones temidas comenzando por las que le generan un nivel de malestar de 50 en su *escala de angustia*.
4. Identifique un ritual específico y propóngase la meta de darle fin.
5. Preste atención a una rutina diaria y cambie los hábitos rituales.
6. No compruebe las ventanas, puertas, llaves de la luz, el gas y el horno más de una vez cuando abandone la casa o antes de irse a la cama. Está prohibida la verificación de otros artículos.

C) Reglas generales de un programa para el ritual de repetición

1. Identifique el pensamiento, imagen o impulso que activa su compulsión.
2. Genere prácticas de exposición que incluyan la repetición continuada de esos pensamientos e imágenes, o escríbalas en detalle repetidamente durante treinta a cuarenta y cinco minutos. No haga pausas durante este período.
3. Busque situaciones que activen sus obsesiones y durante treinta minutos como mínimo, haga frente a cada una de ellas.

4. Preste mucha atención a sus actividades cotidianas y detecte todas las pautas de repetición y cámbielas. Si necesita repetir acciones siete veces, repítalas tres veces y evite repetirlas siete.
5. De vez en cuando evoque pensamientos o imágenes que solían angustiarle y absténgase de repetir cualquier acción.

D) Reglas generales de un programa para el ritual de ordenar

1. Identifique el *desorden* que le produce una angustia considerable.
2. Intente cambiar el orden de las cosas.
3. Pida a la persona que le ayuda que desorganice su casa; Haga que cada día desorganice una habitación. Establezca cuatro o cinco períodos de tiempo cada día para contemplar las habitaciones desordenadas. La duración de los períodos es flexible, pero permanezca en la habitación hasta que la angustia se reduzca de forma considerable.
4. Mantenga la casa desordenada a lo largo del desarrollo del programa.
5. Intente mantener algunos *rincones* de su casa ligeramente desordenados para siempre.
6. De vez en cuando cambie los objetos decorativos.
7. Permita que otras personas realicen cambios insignificantes en el orden de sus objetos y no los recoloque de forma inmediata.

E) Reglas generales de un programa para rituales mentales

1. Realice una grabación para su práctica imaginaria. Produzca un relato de cuatro a cinco páginas detallando los desastres que acontecerán si no elimina los pensamientos obsesivos mediante sus rituales mentales. Llévela a cabo con todo lujo de detalles y escuche la grabación durante al menos tres cuartos de hora.
2. Realice tantas historias como necesite para cada una de sus obsesiones.
3. En ningún momento se rinda deliberadamente a sus rituales mentales.
4. Si sus rituales mentales comienzan espontáneamente, lleve a cabo alguna de las medidas siguientes:
 - a) Detenga de inmediato los pensamientos.
 - b) Concéntrese deliberadamente en la imagen o los pensamientos obsesivos y

continúe así hasta que su angustia haya disminuido considerablemente.

5. De vez en cuando evoque a propósito pensamientos o imágenes que le angustiaban mucho y absténgase de utilizar rituales mentales.

5.7. Información a la familia

Ya se comentó anteriormente la importancia que puede tener la familia tanto en el mantenimiento del trastorno como en la evolución favorable o desfavorable del mismo. La psicoeducación debe por tanto darse no sólo a la persona afectada sino también a los familiares o personas que convivan con el paciente. La información a la familia es fundamental para que entiendan el problema, para conocer el porqué de las técnicas psicológicas que se emplean y para que se impliquen como coterapeutas durante la exposición del paciente en las tareas para casa.

A continuación se ofrece una guía de información a la familia que ha sido adaptada de *Expert Consensus Treatment Guidelines for Obsessive-Compulsive Disorder* (Greist, 1994).

Información para la familia

El TOC no sólo afecta a la persona que lo sufre, sino que también afecta a la familia. Los miembros de la familia muchas veces tienen gran dificultad para comprender el trastorno en sí por las características de absurdidad e irracionalidad del mismo y pueden demostrar su enfado hacia el enfermo; con este tipo de actitud lo único que se consigue es generar mayor ansiedad y por tanto que el TOC se acentúe más. Los familiares se pueden sentir frustrados y confusos con los síntomas del TOC.

Lo primero que debe hacer la familia si quiere ayudar es informarse sobre este trastorno. Las familias pueden aprender formas de motivar a la persona que sufre la enfermedad a cumplir con los objetivos de la terapia y/o el tratamiento farmacológico. Los libros de autoayuda sobre TOC son una buena fuente de información además de consultar con el psicólogo o psiquiatra que esté tratando al enfermo. De igual modo, la familia debe asegurarse de que la persona que sufre el TOC está informada sobre su trastorno.

Es muy importante dejar claro que los problemas familiares no son la causa del TOC, pero el modo de reacción de las familias a los síntomas puede afectar de forma negativa al trastorno. Los miembros de la familia se pueden involucrar en los rituales compulsivos y por ello es necesario que la familia asista en ocasiones a la terapia con el paciente. El terapeuta puede dar pautas a la familia sobre cómo *desenredarse* gradualmente de los rituales con el consentimiento del paciente. La suspensión radical en la participación de las compulsiones sin el acuerdo del paciente no suele ser útil; puede ocurrir que ni el paciente ni la familia sepan manejar el malestar resultante de tal decisión. Los comentarios negativos o críticos de los familiares pueden hacer que el TOC empeore, mientras

que un apoyo y una comunicación tranquila pueden contribuir de forma positiva a los resultados del tratamiento. En ocasiones puede ocurrir que la persona que padece el TOC perciba la ayuda como una interferencia; si es así es importante recordar que es la enfermedad la que está hablando. Hay que intentar ser lo más amable y paciente posible porque ésta es la mejor manera de conseguir que los síntomas del TOC disminuyan. Pedir a alguien con TOC que simplemente pare de realizar las compulsiones normalmente no sirve para nada y puede hacer que la persona se sienta peor. En cambio las palabras que animen y alaben los intentos del paciente por resistirse al TOC mientras intenta centrar su atención en aspectos positivos son mucho más productivas y motivantes para la persona que los padece. No se debe ser demasiado duro puesto que nadie odia más el trastorno que la persona que lo padece.

Los miembros de la familia pueden ayudar al psicólogo a tratar al paciente, acompañándole a la consulta e interesándose por cómo va el tratamiento, animándolo para que tenga una buena adherencia al mismo, tanto psicológica como farmacológica.

En algunos lugares existen grupos de apoyo para familiares que pueden ser útiles a la hora de compartir preocupaciones y experiencias con otras personas que están pasando por las mismas circunstancias. Este tipo de grupos de apoyo ayudan a que uno se encuentre menos solo y para aprender estrategias de enfrentamiento y ayuda para la persona que padece el TOC.

Es muy importante para el familiar disponer de períodos de descanso y tiempo para dedicarse a él mismo sin olvidar su propia vida y actividades. El apoyo que se puede brindar es mejor cuando el familiar se encuentra tranquilo y relajado.

La búsqueda de seguridad es un ritual compulsivo de muchos pacientes con TOC. El paciente busca que le tranquilicen continuamente y esa necesidad de sentirse seguro puede resultar molesta para las personas que le rodean. Los pacientes con esta actitud pretenden desviar la responsabilidad de sus dudas y preocupaciones y esto les produce tranquilidad; sin embargo al poco tiempo vuelven a sentirse invadidos por la duda. La búsqueda de seguridad es un modo de antiexposición o de evitación, por lo que el beneficio dura poco y a largo plazo para lo único que sirve es para mantener o perpetuar el problema. Los pacientes obsesivo-compulsivos se convierten en *adictos* a la seguridad y buscan su *dosis* habitual de confianza. Los familiares y amigos de la persona que sufre el TOC pueden ayudarle si no se prestan a tranquilizarle. Como ya se ha dicho anteriormente, los pacientes necesitan exponerse a la ansiedad o el malestar que les producen sus miedos y no deben tratar de evitarlos. Los familiares tienen que animar al paciente a que se exponga e insistirle en que de este modo sus obsesiones y compulsiones se reducirán, mientras que la búsqueda de seguridad las perpetúa o incluso puede agravarlas.

En este empeño de negarse a tranquilizar al paciente, es importante no ser duros ni sarcásticos; la verbalización de una frase sencilla cada vez que el paciente demande seguridad puede bastar (“El psicólogo nos ha dicho que no intentemos tranquilizarte, que eso empeora el problema”). Para ello es necesario que el paciente esté de acuerdo y que comprenda que en ningún caso se trata de ignorarle sino de ayudarle a superar su trastorno.

Clave de respuestas

Capítulo 1

	a	b	c	d
1.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capítulo 3

	a	b	c	d
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capítulo 2

	a	b	c	d
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capítulo 4

	a	b	c	d
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lecturas recomendadas y bibliografía

Lecturas recomendadas

- Cruzado, J. A. (1993). *Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Foa, E. B. y Wilson, R. (1992). *Venza sus obsesiones*. Barcelona: Editorial Robinbook.
- Guía trastorno obsesivo-compulsivo* (en castellano). NIMH. <www.nimh.gov>
- Jenike, M. A., Baer, L. y Minichiello, W. E. (2001). *Trastornos obsesivocompulsivos*. Madrid: Harcourt.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1994). *Tratamiento del trastorno obsesivocompulsivo*. Barcelona: Martínez Roca.
- Vallejo, J. y Berrios, G. E. (1995). *Estados obsesivos*. Barcelona: Masson.

Bibliografía

- Allen, J. J. y Tune, G. S. (1975). The Lyndfield obsessional-compulsive questionnaire. *Scottish Medical Journal*, 20, 21-24.
- APA(1995). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Berrios, G. E. (1995). Historia de los trastornos obsesivos. En J. Vallejo y G. E. Berrios (eds.). *Estados obsesivos*. Barcelona: Masson.
- Botella, C. y Robert, C. (1995). El trastorno obsesivo-compulsivo. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Bousoño, M., Calcedo, A., Carrasco, J. L., Agüera, L. F., Martín, M., González-Pinto, A., Menchón, J. M., Micó, J. A., Montejano, A. L y Pérez, V. (1998). *Trastorno obsesivo-compulsivo*. Barcelona: Publicaciones Permanyer.
- Cooper, J. E. (1970). The Leyton Obsessional Inventory. *Psychological Medicine*, 1, 48-64.
- Cruzado, J. A. (1993). *Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- (Manuscrito). *Técnicas de intervención con pacientes obsesivo-compulsivos*.
- De Silva, P. y Rachman, S. (1992). *Obsessive-compulsive disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Dodman, N. H. (2001). Modelos animales del trastorno obsesivo-compulsivo. En M. A. Jenike, L. Baer y W. E. Minichiello (eds.). *Trastornos obsesivo-compulsivos*. Madrid: Harcourt.
- Foa, E. B., Steketee, G. S. y Ozarow, B. J. (1985). Behavior therapy with obsessive-compulsives: From theory to treatment. En M. Mavissakalian, S. M. Turner y L. Michelson (eds.). *Obsessive-compulsive disorders: Psychological and pharmacological treatment*. Nueva York: Plenum.
- Foa, E. B. y Wilson, R. (1992). *Venza sus obsesiones*. Barcelona: Editorial Robinbook.
- Flor-Henry, P., Yeudall, L. T., Koles, Z. J. y Howarth, B. G. (1979). Neuropsychological and power spectral EEG investigations of the obsessive-compulsive syndrome. *Biological Psychiatry*, 14 (1), 119-130.
- Greist, J. H., Chouinard, G., Duboff, E. Halaris, B., Rasmussen, S., White, K. y Sikes, C. (1995). Double-blind parallel comparision of three dosages of sertraline and placebo in outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 52, 289-295.
- Greist J. (1994). Expert Consensus Treatment Guidelines for Obsessive-Compulsive Disorder. En *Obsessive-Compulsive Disorder: A Guide*, 2.^a edición. Obsessive Compulsive Information Center. www.nimh.gov
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischman, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R. y

- Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale I: Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Hodgson, R. J. y Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Jenike, M. A., Baer, L. y Minichiello, W. E. (2001). *Trastornos obsesivo-compulsivos*. Madrid: Harcourt.
- Kozack, M. J., Foa, E. B. y McCarthy, P. R. (1988). Obsessive-compulsive disorder. En C.G. Last y M. Hersen (eds.). *Handbook of anxiety disorders*. Oxford: Pergamon Press.
- Labrador, F. J., Echeburua, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson.
- Levy, A. B., Aldaz, J. A., Watts, F. N. y Coyle, K. (1990). Articulatory suppression and the treatment of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 29 (1), 85-89.
- March, J. S., Frances, A., Carpenter, D. y Kahn, D. (1999). *The expert consensus guideline series: treatment of obsessive-compulsive disorder*. NIMH: <www.nimh.gov>
- March, J. S. (2001). Terapia cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo pediátrico. En M. A. Jenike, L. Baer y W. E. Minichiello(eds.). *Trastornos obsesivo-compulsivos*. Madrid: Harcourt.
- Marks, I. M. (1991). *Miedos, fobias y rituales*. Barcelona: Martínez Roca.
- OMS (1992). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Rachman, S. (1974). Primary obsessional slowness. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 311-314.
- (1994). *Pollution of the mind*. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 311-314.
- Rasmussen, S. A. y Eisen, J. L. (2001). Epidemiología y rasgos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo. En M. A. Jenike, L. Baer y W. E. Minichiello (eds.). *Trastornos obsesivo-compulsivos*. Madrid: Harcourt.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intruse thoughts in obsessive problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P. M. y Kirk, J. C. (1989). Obsessional disorders. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, J. y D. M. Clark (eds.). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Savage, C. R. (2001). Neuropsicología del trastorno obsesivo-compulsivo: hallazgos científicos e implicaciones terapéuticas. En M. A. Jenike, L. Baer y W. E. Minichiello(eds.). *Trastornos obsesivo-compulsivos*. Madrid: Harcourt.
- Steketee, G. S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorders*. Nueva York: The Guilford Press.
- Steketee, G. S. y Van Noppen, B. L. (2001). Tratamiento grupal y familiar del trastorno obsesivo-compulsivo. En M. A. Jenike, L. Baer y W. E. Minichiello (eds.). *Trastornos obsesivo-compulsivos*. Madrid: Harcourt.
- Teasdale, J. D. (1974). Learning models of obsessional-compulsive disorder. En H. R. Beech (ed.). *Obsessional states*. Londres: Methuen.
- Torres de Galvis, Y. (2000). *Epidemiología de los trastornos psiquiátricos-Estudio Nacional Colombia*. I Congreso Virtual de Psiquiatría. <www.psiquiatria.com>
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1988). *Treating obsessive-compulsive disorder*. Nueva York: Pergamon Press.
- Vallejo, J. (1995). Biología de los trastornos obsesivos. En J. Vallejo y G.E. Berrios (eds.). *Estados obsesivos*. Barcelona: Masson.
- (1997). *Problemas en torno a la patología obsesiva*. <www.psiquiatria.com>

Índice

Portada	2
Créditos	5
Índice	6
Capítulo 1. Introducción	10
1.1. Descripción clínica	10
1.2. Clasificaciones	13
1.2.1. Clasificación de Marks (1987-1991)	13
1.2.2. Clasificación de De Silva y Rachman (1992)	14
1.2.3. Clasificación del grupo de Foa	15
1.2.4. Clasificación de Rachman (1994)	16
1.3. Epidemiología del trastorno obsesivo-compulsivo	18
1.3.1. Prevalencia	18
1.3.2. Edad de aparición e incidencia por sexos	20
1.3.3. Curso	21
1.3.4. Estrés y acontecimientos precipitantes	21
1.3.5. Comorbilidad	22
Cuadro resumen	23
Exposición de un caso clínico	23
Preguntas de autoevaluación	24
Capítulo 2. Etiología	25
2.1. Aspectos biológicos	25
2.1.1. Bases neuroanatómicas del TOC	26
2.2. Neuropsicología del TOC	30
2.2.1. Lateralización del déficit	30
2.2.2. Alteraciones en el procesamiento de la información	31
2.2.3. Alteraciones frontales	31
2.3. Estudios cognitivo-conductuales	31
2.3.1. Investigaciones desde el paradigma conductual	32
2.3.2. Modelos cognitivos	34
2.4. Situación actual de la investigación sobre la etiología del trastorno obsesivo-compulsivo	38
Cuadro resumen	40

Exposición de un caso clínico	40
Preguntas de autoevaluación	41
Capítulo 3. Evaluación	43
3.1. Consideraciones generales	43
3.2. Objetivos de la evaluación	44
3.3. Instrumentos de evaluación	45
3.3.1. Entrevista clínica	45
3.3.2. Cuestionario YBOCS	49
3.3.3. Escalas de autoevaluación	50
3.3.4. Autorregistros	53
3.3.5. Medidas de comorbilidad	55
3.4. Diagnóstico y diagnóstico diferencial	56
3.5. Formulación del trastorno	58
3.5.1. Análisis conductual	58
3.5.2. Formulación clínica conductual	63
Cuadro resumen	64
Exposición de un caso clínico	65
Preguntas de autoevaluación	67
Capítulo 4. Tratamiento (I). Guía para el terapeuta	69
4.1. Objetivos de la fase de tratamiento	70
4.2. Psicoeducación	71
4.3. Introducción del modelo cognitivo-conductual	74
4.4. Motivación y adherencia al tratamiento	76
4.5. Planificación del tratamiento	79
4.5.1. Aspectos formales	80
4.5.2. Tipo de intervención	82
4.5.3. Entorno	83
4.5.4. Elección del tratamiento	85
4.5.5. Contrato terapéutico	85
4.6. Tratamiento	86
4.6.1. Tratamiento conductual	86
4.6.2. Tratamiento cognitivo	111
4.6.3. Tratamiento farmacológico	116
4.7. Abordaje de los diferentes subtipos del trastorno obsesivo-compulsivo	124
4.7.1. Terapia del temor a la contaminación con rituales de limpieza	124

4.7.2. Terapia de rituales de comprobación	125
4.7.3. Terapia de los pacientes con temor a hacer daño	126
4.7.4. Terapia de la lentitud obsesiva primaria	127
4.7.5. Tratamiento de las obsesiones sin conductas compulsivas explícitas	127
4.8. Formatos de intervención	128
4.8.1. Tratamiento conductual en grupo	129
4.8.2. Intervenciones en el tratamiento familiar	132
4.9. Propuesta de programa de intervención	132
4.10. Guía del consenso de expertos sobre el trastorno obsesivo-compulsivo	137
4.11. Problemas más habituales	151
Cuadro resumen	154
Exposición de un caso clínico	154
Descripción de materiales necesarios específicos para el tratamiento	156
Preguntas de autoevaluación	156
Capítulo 5. Tratamiento (II). Guía para el paciente	158
5.1. ¿Qué es el trastorno obsesivo-compulsivo?	158
5.2. ¿Qué causa el trastorno?	160
5.3. Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo	160
5.4. ¿Cómo se trata el trastorno obsesivo-compulsivo?	161
5.4.1. Objetivos del tratamiento	161
5.4.2. Tratamiento del TOC	161
5.5. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual	166
5.6. Material de autoayuda	167
5.6.1. Guía abreviada de terapia conductual	167
5.6.2. Material de autoayuda: registros y autoaplicaciones	169
5.6.3. Reglas generales para los diferentes tipos de TOC	173
5.7. Información a la familia	176
Clave de respuestas	178
Lecturas recomendadas y bibliografía	179