

Tratamiento psicológico de una persona con Trastorno Obsesivo Compulsivo

Rafael Gil Ortega

Máster en Psicología General Sanitaria



MÁSTERES
DE LA UAM
2019 – 2020

Facultad de Psicología

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER
MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA
Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid
Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

Tratamiento psicológico de una persona con Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Autor: Rafael Gil Ortega

Tutora académica: Ana Calero Elvira

Modalidad: Estudio de caso clínico

Curso: 2019/2020

Resumen

En este trabajo se describe el caso clínico de una persona con Trastorno Obsesivo Compulsivo, el cual se interviene desde un marco cognitivo-conductual. El usuario es un varón adulto de 23 años. Se realizó una evaluación global mediante el uso de una historia biográfica, autorregistros, entrevista clínica y autoinformes. Concretamente se utilizaron el Inventario de depresión de Beck II- BDI II (Beck Depression Inventory-II; Beck, Steer y Brown, 1996), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI (State-Trait Anxiety Inventory; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1983), Inventario de síntomas-90-Revisado, SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised; Derogatis, 1994) y la Escala de calidad de vida, WHOQOL-BREF (The World Health Organization Quality of Life; OMS, 2004). Se realizó un análisis funcional de la conducta y se fijaron como objetivos principales la reducción y/o eliminación de los pensamientos obsesivos y de las compulsiones. Para alcanzar estos objetivos se hizo uso de la psicoeducación, así como, de la técnica de respiración diafragmática, la técnica de exposición con prevención de respuesta y de un programa de reforzamiento. Adicionalmente, durante la terapia se planteó el objetivo de modificar pensamientos irracionales ligados a las relaciones de pareja. Este objetivo se alcanzó mediante psicoeducación y reestructuración cognitiva. El documento recoge 20 sesiones de terapia. Para evaluar la eficacia del mismo se empleó un diseño A-B. Los cambios se valoraron tanto mediante mediciones pre-post, como mediante medidas de proceso. Se concluye una reducción de las obsesiones y compulsiones del usuario que se discuten al final del documento.

Palabras clave: caso único; cognitivo-conductual; análisis funcional; Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Grado de participación en el TFM. Profesionalmente he participado en el caso desde la devolución del análisis funcional hasta la última sesión de seguimiento mencionada en el presente documento. Académicamente, he participado en el diseño de la evaluación, la formulación del caso, el diseño y aplicación del tratamiento y en la evaluación y valoración de los resultados.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Introducción.....	3
Tipos de Trastorno Obsesivo Compulsivo.....	5
Etiología del Trastorno Obsesivo Compulsivo.....	6
Evaluación.....	10
Tratamiento.....	11
Descripción del caso.....	13
Identificación del caso y motivo de consulta.....	13
Evaluación.....	15
Autoinformes.....	15
Entrevista clínica.....	18
Autorregistros.....	18
Formulación clínica del caso.....	20
Objetivos del tratamiento.....	25
Tratamiento.....	26
Factores relacionados con los terapeutas.....	26
Técnicas.....	27
Aplicación del tratamiento.....	29
Resultados.....	41
Autoinformes.....	41
Autorregistros.....	44
Medidas de proceso.....	47
Verbalizaciones.....	47
Discusión.....	48
Referencias.....	55
Anexos.....	61

Introducción

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se define según el DMS 5 como un trastorno caracterizado por la presencia de obsesiones y compulsiones (American Psychiatric Association, 2016). A pesar de que la presencia del TOC puede darse de forma muy diversa y manifestarse de forma muy diferente en las distintas personas que lo tienen, presenta como eje central la presencia de las obsesiones y compulsiones (Velloso y Vicario, 2005). En cuanto a las obsesiones, estas pueden aparecer con distinta morfología, es decir, pueden ser pensamientos, imágenes, impulsos o dudas invasivas o persistentes. Lo que tienen en común, independientemente de su morfología, es que son percibidas como intrusivas, recurrentes y aversivas para la persona que las tiene. Las obsesiones generan un sufrimiento subjetivo en la persona que habitualmente se da en forma de ansiedad, pero también puede ser descrito como: incertidumbre, nervios, malestar o incomodidad (Abramowitz, 2007; Cruzado 1993). Aunque el DSM 5 clasifique el TOC fuera de la categoría de los trastornos de ansiedad, realmente tiene un mecanismo de funcionamiento muy similar. De hecho, al igual que en las fobias, el mecanismo que mantiene el malestar es el de la evitación conductual (American Psychiatric Association, 2016; Foa y Wilson, 2001). Este mecanismo de evitación se da a través de las llamadas compulsiones. Es importante tener en cuenta que las compulsiones pueden darse tanto en forma de conducta motora como de conducta cognitiva (encubierta) y su principal característica es que son muy repetitivas (Tomàs, Bassas y Casas, 2004).

Es importante la diferencia entre compulsiones cognitivas y motoras, porque las cognitivas son más difíciles de identificar y neutralizar, por lo tanto, generan un reto dentro de la terapia (Foa y Wilson, 2001). Las compulsiones, como ya hemos adelantado, están dirigidas a reducir el malestar que genera el tener la obsesión. Esto ocurre porque la compulsión previene o elimina las posibles consecuencias imaginadas en la obsesión (eg., me lavo las manos para evitar contagiarme de un virus), de tal forma que la persona se siente presionada a ejecutar dichas compulsiones. A medida que evoluciona el problema, pueden ir adoptando rigidez y convertirse en rituales (eg., dar cinco golpes a la mesa antes de sentarse) (Barlow y Durand, 2003). Es importante resaltar la idea de que la mayoría de personas son conscientes de que las obsesiones no se ajustan a la realidad. De hecho, esto genera sentimientos negativos, como ridículo o culpa. Esta discrepancia entre su conducta y sus objetivos comportamentales tiene acuñado el nombre de sintomatología egodistónica y, a pesar de que genera un aumento de malestar en la persona, facilita el proceso de intervención (Pittenger, 2017). Sin embargo, hay otro grupo

de personas que están completamente convencidas de que sus pensamientos son racionales. Incluso puede variar en función de las obsesiones, es decir, personas que piensen que sus obsesiones sobre la higiene son racionales, pero que no lo son sus obsesiones sobre el miedo a pegar a otros. En caso de no haber conciencia del problema, este sería un objetivo terapéutico (Abramowitz, 2007).

Según Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky y Wittchen, 2012 en su estudio de prevalencia en trastornos de ansiedad y del estado del ánimo, el TOC aparece en un 2,3% de prevalencia a lo largo de todo el ciclo vital y sin embargo si tomamos los datos de prevalencia anual se cifra en un 2,7%. Estos datos son similares al estudio de Ruscio, Stein, Chiu y Kessler, (2010) en el que el TOC aparece en un 2,3% durante toda la vida, aunque el dato de 12 meses es menor, un 1,2%. Con estos datos el TOC se sitúa en el cuarto trastorno con mayor tasa de aparición en Estados Unidos. Además, está entre los cinco trastornos más incapacitantes (Organización Mundial de la Salud en Caballo, Carroles y Salazar, 2014). Todos tenemos en algún momento obsesiones o pensamientos intrusivos que pueden aparecer de forma esporádica, pero el TOC interfiere seriamente con la vida de las personas, incluso impidiéndoles hacer cosas que previamente disfrutaban con normalidad (Caballo et al., 2014). Además, es un trastorno de larga duración, en el cual generalmente los primeros síntomas son leves y van aumentando a lo largo del tiempo de forma gradual. Es poco común que ocurran sucesos de remisión espontánea. Sin embargo, es verdad que los síntomas pueden aumentar o disminuir en función del estrés psicosocial que esté sintiendo la persona (Cruzado, 1993; Abramowitz, 2007). También se ha de tener en cuenta que no solo dificulta la vida de la persona que presenta el TOC, sino que afecta también a sus familias o entorno cercano. En el estudio de Calvocoressi et al., (1995) se vio relación entre el TOC y actitudes de rechazo hacia la persona, mal funcionamiento familiar e incluso varios tipos severos de estrés en familiares. Con todo este marco en la mente nos podemos hacer una idea de cuán difícil puede ser enfrentarse a este trastorno, tanto para la persona como para sus allegados.

Estas dificultades pueden estar en la base de la comorbilidad con otros trastornos, ya que, como hemos visto, el TOC tiene un alto impacto en el funcionamiento de la vida cotidiana de estas personas. Es un trastorno que tiene una alta comorbilidad. Presenta comorbilidad, en orden de frecuencia, con: trastornos de ansiedad (75,8%), estados del ánimo (63,3%), control de impulsos (55,5%) y abusos de sustancias (38,6%). Es importante resaltar el dato de que cerca del 50% de las personas con TOC han presentado también episodios de depresión mayor (Abramowitz, 2007; Ruscio et al., 2010).

Tipos de Trastorno Obsesivo Compulsivo

Como hemos mencionado previamente, en este tipo de trastorno, el estímulo que produce ansiedad no es un estímulo tangible y físico, sino que es el propio pensamiento. (Barlow y Durand, 2003). Es verdad que el TOC tiene una manifestación muy variada, sin embargo, las obsesiones y compulsiones se pueden categorizar en distintos tipos. El contenido de los pensamientos varía de unas personas a otras en función de la importancia que tenga el tema en su vida o en su escala de valores (Gavino, 2005). A continuación, señalaremos los principales tipos de TOC, pero antes cabe señalar que al menos el 16% de las personas con TOC manifiesta obsesiones múltiples (Jennike, Baer y Minichiello, 1986 en Barlow y Durand, 2003).

Hay numerosas (y largas) clasificaciones de tipos de obsesión, entre las cuales se incluyen las siguientes: contaminación, temor a una desgracia, simetría, orden, erótica, religión, violencia, seguridad, acumulación, contar, perfeccionismo, orden, dudas filosóficas, dudas cotidianas y dudas sobre confiar en los demás (Rosa y Olivares, 2010; Swedo, Leonar y Rapoport, 1992; Sevillá y Pastor, 2014). Sería inabarcable y no correspondería a este Trabajo de Fin de Máster intentar definir todas las categorías. Por ello nos centraremos tan solo en definir las que competen a nuestro caso, el temor a que ocurra una desgracia y las referentes a la erótica. La categoría de obsesiones denominada “temor a que ocurra una desgracia” hace referencia al miedo de que ocurra algo malo, ya sea a ellos mismos o a sus seres queridos. Este tipo de obsesiones se caracterizan por contener pensamientos mágicos o supersticiosos. Aunque sepa que racionalmente es improbable que el hecho temido suceda hay una parte de creencia mágica que les hace dudar de la posibilidad de que el hecho suceda. Este tipo de pensamiento obsesivo suele estar muy relacionado con compulsiones de conductas motoras repetitivas, como, por ejemplo, tocar un número exacto de veces el pomo de la puerta o contar las rayas del suelo. En estos casos la nula relación entre la obsesión y la compulsión se hace muy clara, pues la conducta no previene que el hecho suceda. Al contrario de lo que, por ejemplo, se podría pensar con un miedo a la contaminación y una compulsión por lavarse las manos (Rosa y Olivares, 2010; Sevillá y Pastor, 2014). En cuanto a las obsesiones con contenido erótico, estas se caracterizan por la aparición de pensamientos o imágenes con contenido sexual que puede ser socialmente reprobable (eg., menores de edad) o incongruente con los valores de la persona (eg., habitual en personas muy religiosas) (Foa y Wilson, 2001)

Tan importante como conocer los tipos de obsesiones lo es el conocer los tipos de compulsiones. Tradicionalmente se han identificado las compulsiones clasificándolas en

conductas, tales como: lavarse, comprobar, contar, repetir, ordenar, etc. Independientemente de su clasificación, todas poseen la misma funcionalidad, la de aliviar el malestar. A pesar de esto, es importante diferenciarlas entre compulsiones motoras y compulsiones encubiertas, pues el tratamiento tendrá variaciones en función del tipo de compulsión con la que se esté trabajando (Cruzado, 1993; Gavino, 2005).

Dentro de las conductas motoras tendríamos, por ejemplo, ordenar, limpiar o tocar algo un determinado número de veces. En cuanto a las compulsiones cognitivas, se identifican como pensamientos o imágenes que se generan con la intención de neutralizar los pensamientos obsesivos (Caballo, 2007). Según Rachman y Hodgson, (1980) los pensamientos neutralizadores se definen como aquellos que buscan corregir, enmendar, neutralizar, reparar, prevenir o restaurar (citado en Caballo 2007). Algunos ejemplos de estas estrategias podrían ser “es muy improbable enfermarse por tocar el palo del metro” o “si eso ocurriera no sería algo tan grave”. Paradójicamente, estos pensamientos neutralizadores, cuyo objetivo es suprimir el pensamiento obsesivo, están haciendo que aumente la frecuencia del mismo, debido a que lo están reforzando negativamente, ya que, a un corto plazo, disminuyen el malestar (Rosa y Olivares, 2010).

Etiología del TOC

El origen del Trastorno Obsesivo Compulsivo es algo difícil de esclarecer y acotar, esto, en parte, se debe a su heterogeneidad (Rosa y Olivares, 2010). Además, se ha comprobado que existe un continuo entre la población no clínica y el trastorno obsesivo. Mucha población no clínica presenta esporádicamente pensamientos intrusivos o incluso obsesivos, sobre todo en momentos de mayor ansiedad o estrés (Cruzado, 1993). A continuación, presentamos los principales modelos teóricos que dan base a la explicación del origen del TOC.

Modelo del aprendizaje. La primera aproximación para explicar el origen del TOC fue el modelo bifactorial de Mowrer (1939) a través del cual establece que las obsesiones son un estímulo condicionado (EC) que genera una respuesta condicionada (RC) de ansiedad o malestar. Partiendo de este supuesto, la obsesión seguiría un mecanismo similar al de las fobias, es decir, el pensamiento actúa de estímulo discriminativo dando lugar a una serie de conductas que se verían reforzadas por una reducción de la ansiedad. Estas conductas pueden ser de dos tipos, de evitación pasiva (eg., no tocar algo sucio) o de evitación activa o escape (eg., limpiar compulsivamente) (Belloch, Bonifacio y Ramos, 2008). A este modelo le surgieron críticas como la

resistencia a la extinción o la poca evidencia sobre un origen basado en el condicionamiento clásico (Roberts y Botella, 1990). De hecho, y con respecto a esto último, no es habitual encontrar que un suceso aversivo desemboque en un TOC. Por el contrario, lo usual es encontrar que a una persona un día cualquiera le aparezca un pensamiento intrusivo y perturbador, y que, si se le da importancia a ese pensamiento o se le valora como un peligro real, entonces comiencen las obsesiones (Sevillá y Pastor, 2014). También, se critica al modelo que en muchos de los casos aparecen varios tipos de TOC muy diferentes en una misma persona y para que esto pudiese explicarse tendrían que haber ocurrido varios orígenes basados en el condicionamiento clásico o haber ocurrido un proceso de generalización. Esto último es difícil de fundamentar, debido a que muchas veces los distintos TOC no tienen suficientes similitudes como para que la generalización se pudiese producir (Roberts y Botella, 1990).

En respuesta a esto, comenzaron a surgir otros modelos que añadían nueva información y resolvían algunas preguntas que aún no tenían respuesta. A continuación, los exponemos brevemente:

La teoría de la preparación de Seligman (1971) rebate el principio de equipotencialidad de Watson (1920) e hipotetiza que debido a una predisposición biológica las personas pueden tener una facilidad o dificultad distinta para condicionar determinados estímulos (Fernández y Luciano, 1992).

La teoría de la incubación de Eyseck (1979), esta teoría viene a demostrar que las exposiciones breves al estímulo condicionado aversivamente en lugar de producir extinción lo que producen es sensibilización. Esto ocurre porque aparece la conducta de escape cuando uno aún no se ha habituado a la respuesta de ansiedad.

Es cierto que las teorías basadas en el aprendizaje establecen una base sólida acerca del origen y mantenimiento del TOC. Sin embargo, cabría hacernos una pregunta, ¿por qué ante situaciones de aprendizaje similares unas personas desarrollan TOC y otras no? Esta pregunta se fundamenta en la evidencia de que el 90% de la población no clínica experimenta con una frecuencia variable pensamientos intrusivos con la misma morfología que los de las personas con TOC y, sin embargo, no desembocan en las mismas cadenas funcionales (Sevillá y Pastor, 2014). Para aproximarnos a dar respuesta a esta cuestión vamos a repasar los modelos cognitivos, los factores del aprendizaje social y la evidencia basada en los factores biológicos y genéticos.

Modelos cognitivos. En primer lugar, apareció **el modelo de Carr (1974)** que pone el peso en la sobrestimación irracional del peligro anticipado y la infraestimación

de la capacidad de la persona para hacerle frente (Caballo et al., 2014). Al poco tiempo Mc Fall y Wollersheim (1979) reformularon este planteamiento poniendo la base de la estimación poco realista de la situación amenazante anticipada en la presencia de pensamientos irracionales (Caballo et al., 2014; Roberts y Botella, 1990) Sin embargo, esto difícilmente explicaría la cantidad de casos que existen con sintomatología egodistónica. En los cuales las personas son perfectamente conscientes de la irracionalidad del pensamiento (Pittenger, 2017).

Dentro del modelo cognitivo fue Salkovskis (1985) quien hizo una de las aportaciones más importantes. Planteó varios supuestos que aumentaban las probabilidades de que un pensamiento pasase a ser obsesivo. En primer lugar, la relevancia del contenido del pensamiento para la persona. Por ejemplo, no es lo mismo un pensamiento intrusivo sobre matar a un bebe para un adolescente que para unos padres primerizos. También, habló sobre lo que, en un futuro, etiquetaría como la sobrestimación de la responsabilidad percibida. Esta creencia hace referencia a que la persona piense que depende de ella lograr o evitar subjetivamente la situación amenazante anticipada (Rosa y Olivares, 2010). Por último, otro factor a destacar es la creencia de que pensar en realizar una acción es tan grave como realizarla, a esto se le llama fusión del pensamiento-acción. Por ejemplo, pensar que engaño a mi pareja estaría igualado a llevar a cabo la acción (Barlow y Durand, 2003).

La última aportación que vamos a comentar es la que hizo Barlow. Esta enuncia la importancia de resaltar dos tipos de vulnerabilidad: la vulnerabilidad biológica y la psicológica. Esto vendría a indicar que hay determinadas personas que, ya sea por su historia de aprendizaje o por una predisposición genética, tienden a reaccionar a las posibles amenazas con fuertes respuestas de estrés (Belloch et al., 2008). Para Barlow estos factores de vulnerabilidad son necesarios para la aparición del TOC, así como, la percepción de los propios pensamientos como inaceptables y con obligación de suprimirlos (Barlow y Durand, 2003). A continuación, vamos a comentar las distintas fuentes de las diferencias individuales.

Aprendizaje social. Basándose en la teoría del aprendizaje, Rachman y Hodgdon (1980) plantean que a lo largo del desarrollo aprendemos distintos modos de interactuar con el miedo. Hace referencia a los mecanismos de modelado, condicionamiento y transmisión de información. Dentro de este paradigma hace énfasis en las conductas de los padres. Señala el estilo de comportamiento sobreprotector y de evitación pasiva como el origen de las compulsiones de limpieza. Por otro lado, dice que las compulsiones de

verificación son más probables en familias exigentes y críticas (Rachman y Hodgson, 1980; Belloch et al., 2008). Barlow se muestra de acuerdo en la importancia de la historia de aprendizaje y la influencia del contexto para el desarrollo de distintos factores de vulnerabilidad, tales como, la fusión del pensamiento-acción (Barlow y Durand, 2003).

Factores biológicos. Por un lado, tenemos los factores genéticos y por otro los factores adquiridos. En cuanto a los factores genéticos, históricamente, se han realizado variados estudios comparativos con gemelos, en los cuales, se observó una mayor probabilidad de presentar TOC si se tenía un gemelo monocigótico con TOC. No siendo tan marcada esta presencia de TOC en gemelos dicigóticos (Tomàs et al., 2004). También, hay estudios de familiares con TOC, en los cuales de 46 adolescentes con TOC el 30% tenía la menos un familiar con TOC (Vargas, Palacios, González y De la Peña, 2008; Tomàs et al., 2004). Sin embargo, estos estudios realmente no permiten saber si la influencia es realmente genética o aprendida. Por ejemplo, el menor podría aprender por aprendizaje vicario. Por el contrario, estudios más recientes han encontrado influencia en el TOC del gen *SLC1A1* situado en el cromosoma 9 afectando este a la captación de glutamato (Arnold, Sicard, Burroughs, Richter Y Kennedy, 2006). Aunque los estudios apuntan a que realmente es una expresión compleja, es decir, que depende de la interacción de varios genes (Robbins, Vaghi y Banca, 2019).

También, se puede adquirir el trastorno por una infección de estreptococos, lo cual es común a otros trastornos como el síndrome de Tourette o la Corea de Sydenham (Tomàs et al., 2004; Vargas et al., 2008). Estos trastornos tienen en común con el TOC las conductas compulsivas o estereotipadas y la dificultad para controlar la conducta motora (Arnold et al., 2006). Sin embargo, que la infección por estreptococos pueda estar en la base del Trastorno Obsesivo Compulsivo, es un tema que en la actualidad se encuentra bajo debate científico. Un estudio más reciente ha encontrado que la proporción de personas que han padecido infección por estreptococos y posteriormente han tenido TOC es muy similar a la de personas que no han padecido dicha infección (Schrag et al., 2009).

Independientemente de si el origen es genético o adquirido biológicamente del TOC, lo que sí está más claro en la evidencia científica es la localización del problema en las áreas frontal y prefrontal y en los ganglios basales. Teniendo estas relación con el control de la conducta (Tomàs et al., 2004; Stewart et al., 2013).

Evaluación

Desde el modelo conductual se parte de la consideración de que la conducta no es síntoma de un problema subyacente, sino que es en sí la propia conducta la que define la problemática. Partiendo de este modelo e independientemente de qué trastorno o dificultad queramos evaluar, se va a poner la atención en obtener información relativa a las contingencias del ambiente y los procesos del aprendizaje que están manteniendo la conducta o grupos de conductas (Peñate et al., 2008). Sin embargo, dentro del Trastorno Obsesivo Compulsivo cabe señalar la importancia de evaluar con especial atención las siguientes áreas:

Obsesiones y compulsiones. Siendo esta la columna vertebral de la problemática es importante hacer una evaluación operativa y exhaustiva en términos de frecuencia, duración y topografía. En cuanto a las compulsiones es importante distinguir entre cuándo son motoras y cuándo son cognitivas. En caso de ser motoras también es interesante saber si está haciendo una evitación activa (eg., lavarse las manos) o pasiva (eg., ponerse guantes para no tocar algo sucio). Por otro lado, las cogniciones pueden venir en forma de ideas, pensamiento o imágenes y aquí es importante saber en qué medida cree esa persona que el contenido de las cogniciones es cierto (Rosa y Olivares 2010).

Variables funcionales (antecedentes y consecuentes). En cuanto a los antecedentes, es apropiado identificar qué estímulos condicionados o discriminativos disparan la obsesión. Generalmente suelen ser estímulos externos, pero también pueden ser internos, es decir, reacciones del propio cuerpo (eg., en las obsesiones referentes a la salud). En cuanto el consecuente, además que la propia compulsión es un refuerzo negativo, se debe evaluar si se producen otro tipo de refuerzos por parte del entorno, tales como prestarle atención, dar credibilidad a la obsesión o si hay conductas de sobreprotección (Cruzado, 1993; Rosa y Olivares, 2010).

Factores emocionales. Como hemos visto, el TOC se presentaba habitualmente junto a síntomas de depresión (Abramowitz, 2007; Ruscio et al., 2010), por lo que será importante prestar atención a la vivencia subjetiva de la persona. Así como también puede ser útil evaluar cuáles son las obsesiones que generan un mayor grado de interferencia con el ejercicio de su vida diaria, para ser tenidas en cuenta de cara a la planificación de la terapia (Gavino, Nogueira y Godoy, 2014).

Variables disposicionales. Hay que tener en cuenta, tal como hemos visto, la influencia del perfeccionismo, la responsabilidad excesiva o fusión de pensamiento-acción (Gavino, 2005). También es importante conocer la presencia o no de factores

estresantes en el entorno, debido a que estos suelen producir un incremento de los síntomas (en términos de frecuencia, duración y malestar subjetivo) (Bados 2005).

Las herramientas con las que contamos a la hora de evaluar estas áreas son principalmente la entrevista clínica, el autorregistro y los autoinformes. Con la entrevista clínica el usuario puede tener la oportunidad de extenderse en los aspectos que le resulten más relevantes, asimismo sirve al terapeuta para tener una visión amplia sobre la problemática. Sin embargo, se debe ir concretando y dirigiendo la entrevista hacia la realización de un análisis funcional de la conducta a medida que este avance (Cruzado, 1993). En caso de que él o la terapeuta necesite de una guía existen numerosas entrevistas semiestructuradas las cuales podemos encontrar en (Caballo et al., 2014). El autorregistro es conveniente usarlo desde el principio de la evaluación, debido a que con el conseguimos tener una evaluación lo más directa posible de la conducta en su ambiente natural. En los casos en los que hay un alto número de obsesiones o compulsiones se puede pedir a la persona que solo haga un breve muestreo de estas, para evitar que se haga pesado y así evitar también una falta de adhesión (Bados 2005; Cruzado, 1993). A pesar de la valiosa información que aporta el autorregistro, hay que tener en cuenta que conlleva riesgos, pues la persona puede volverse obsesiva con respecto a su uso. También, puede ocurrir un incremento de la frecuencia de las obsesiones y compulsiones. No es frecuente que esto ocurra y el incremento suele ser temporal. Sin embargo, como posible solución se propone el muestreo momentáneo de tiempo, es decir, que las conductas se registren en momentos específicos. Otra posible solución puede ser poner un límite de muestras que registrar. (Bados 2005; Gavino, Nogueira y Godoy 2014)

Por último, tenemos los autoinformes, son útiles tanto como para obtener una perspectiva inicial de la problemática que guíe la entrevista, como para realizar una evaluación del cambio una vez haya avanzado el tratamiento (Cruzado, 1993). Podemos encontrar numerosos cuestionarios con una explicación detallada de a qué objetivo se dirigen en manuales especializados tales como: Bados 2005; Caballo et al., 2014; Cruzado, 1993 o Rosa y Olivares 2010.

Tratamiento

El tratamiento está dirigido a eliminar, o al menos reducir, la frecuencia de las obsesiones y el malestar que estas producen, así como las compulsiones asociadas. Si acudimos a la División 12 de la APA podemos comprobar que la aproximación terapéutica con mayor soporte empírico es la Terapia Cognitivo Conductual (Olatunji,

David, Powers y Smiths, 2013), según los criterios de Tolin, Forman, Klonsky y Thombs, 2015. Además, no solo es eficaz en la reducción de las propias obsesiones, sino que, también lo es en sintomatologías comórbidas, tales como, reducción de la ansiedad y tratamiento de la depresión (Sánchez, Rosa, Iniesta y Rosa, 2014). Sin embargo, no todas las técnicas que componen la Terapia Cognitivo Conductual son eficaces a la hora de tratar con el TOC (Salkovskis, 1985). De hecho, una de las primeras aproximaciones fue la parada del pensamiento, lo que fue un fallo en el tratamiento del TOC. Esto se debe a que funcionalmente actuaba como una conducta de evitación de las obsesiones que reforzaba la aparición de estas (Stern, Lippedge y Marks, 1973 citado en Salkovskis, 1985). Actualmente la técnica con un mayor respaldo empírico es la Exposición con Prevención de Respuesta, teniendo esta una evidencia “fuerte” si nos basamos en los criterios de Tolin et al., 2015. También se le está prestando atención a la Terapia de Aceptación y Compromiso la cual, tiene una evidencia moderada en TOC basándonos en los criterios de Tolin et al., 2015 (Twohig et al., 2010). A continuación, detallaremos ambas.

Exposición con prevención de respuesta. Esta es la técnica con un mayor respaldo empírico (Olatunji et al., 2013; Sánchez et al., 2014). Además, el meta-análisis de Olatunji et al., 2013 está principalmente enfocado en la búsqueda de moderadores y con respecto a esto encuentran que son más difíciles las intervenciones con adultos y con personas que puntúan alto en escalas de depresión. La técnica se basa en la exposición al elemento temido sin poder generar la respuesta de evitación (compulsión). Es una técnica sencilla de aplicar, aunque su dificultad puede aumentar cuando las conductas motoras están muy automatizadas o cuando las compulsiones son rituales encubiertos. Para esto último, lo más eficaz es que realice la exposición a las obsesiones a través de verbalizaciones en voz alta impidiendo que realice verbalizaciones de escape (Tomàs et al., 2004).

Aceptación y compromiso. Esta terapia ha demostrado ser más eficaz que la relajación muscular progresiva, en un estudio que comparaba ambas. Lo que se hizo en el estudio, muy resumidamente, fue: evaluar las obsesiones y compulsiones, psicoeducar en la inevitabilidad de la obsesión y en el control que tenemos sobre las compulsiones a través de metáforas, entrenar en difusión del pensamiento y en el control de la atención. Una vez hecho esto, se trabajaron los valores y se les pidió hacer conductas acordes a estos. Por ejemplo, si mi valor es la familia y tengo un TOC relacionado con la contaminación, se me pedirá irme con mi familia a una hamburguesería de comida rápida.

Se les pedía que aplicasen todo lo aprendido una vez estuviesen en la situación ansiógena (Twohig et al., 2010).

Para finalizar el tratamiento es relevante realizar una apropiada **prevención de recaídas**. Concretamente en el TOC, el hecho de poder recaer en las obsesiones es un miedo común, por lo que es importante enseñar a actuar ante situaciones potencialmente peligrosas. Para esto se elabora una lista con situaciones hipotéticas que podrían ocurrir, y repasando todo lo aprendido en la terapia se establecen pautas de cómo sería más apropiado actuar (Gavino, Nogueira y Godoy, 2014).

Habitualmente para tratar el TOC los médicos pautan **un tratamiento farmacológico**. Hay varios fármacos que han demostrado su eficacia en el tratamiento del TOC. Se utiliza una gran variedad de fármacos, como: litio, benzodiazepinas, clomipramina, buspirona, trazodona, etc. principalmente los ISRS. Sin embargo, los fármacos que tienen una evidencia más fuerte son, concretamente, los antidepresivos 5 HT y la sertralina (Vallejo, 2001; Redolar, Balada, Márquez y Silvestre, 2012). Prestaremos una atención especial a la sertralina. La sertralina es un fármaco IRSR, es decir, inhibe la recaptación de serotonina para aumentar la cantidad de este neurotransmisor. Este fármaco ha demostrado ser eficaz e incluso en un estudio comparativo entre la sertralina y la TCC se vio que ambos eran igual de eficaces, tanto durante el tratamiento como después de este. Sin embargo, el porcentaje de abandonos fue significativamente menor en la TCC al igual que hubo una mejor recuperación en síntomas comórbidos (McGuire et al., 2015; Skarphedinsson et al., 2015). Con respecto a la medicación, la información más relevante para los psicólogos que trabajen con casos de TOC es que la mayor eficacia se consigue en intervenciones mixtas que combinen fármacos con TCC. Esta combinación de ambos tratamientos aumenta enormemente la eficacia de ambos, y esto lo podemos ver en el trabajo de Franklin et al., 2011 o en el metaanálisis de Sánchez et al., 2014.

Descripción del caso

Identificación del caso y del motivo de consulta

P. es un hombre de 23 años que estudia el grado en Economía. Acude al Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la Universidad Autónoma de Madrid con la etiqueta autoimpuesta de “Trastorno Obsesivo Compulsivo”. El tratamiento comienza en septiembre de 2020.

Se describe como una persona que siempre ha sido muy obsesiva, tiende a obsesionarse con algo o alguien y dejar de lado todo lo demás. Reconoce tener “sus manías”, como necesitar dejar las cosas colocadas en una determinada posición. Comenta la presencia de pensamientos obsesivos, principalmente sobre posibles consecuencias de su conducta y estos le generan un gran temor. Para evitar las consecuencias que anticipa con estos pensamientos realiza conductas un determinado número de veces (generalmente un número impar de veces), pues si lo hace un número par (especialmente el número 2) significa para él que su anticipación se va a cumplir (eg., piensa que su novia le va a decir que está embarazada, entonces abre y cierra la mochila 3 veces para evitarlo). Informa de que, cuando sale de “el bucle”, es consciente de que estas conductas son irracionales. Además, nos comenta que le generan un gran cansancio, tanto físico como psicológico, llegando a tener fuertes dolores de cabeza por no poder parar de pensar y por darse golpes con la lengua en el paladar (una de las conductas compulsivas).

Acude a consulta habiendo comenzado a tomar sertralina, la cual afirma que le ha sido de gran ayuda reduciendo significativamente la ansiedad y la presencia de pensamientos obsesivos. Se la pautaron al acudir al médico tras un ataque de ansiedad que le ocurrió las pasadas vacaciones estando en la playa con su madre y su pareja. Tras la medicación, las obsesiones y compulsiones se han reducido a un nivel que considera soportable y que le ha permitido continuar con su vida cotidiana. Comenta que es capaz de no pensar en nada, lo cual es algo que hacía mucho que no le ocurría.

En cuanto a las obsesiones, estas giran en torno a dos temas principales. El primer tema es el de predicciones catastróficas sobre su actual relación de pareja y el segundo hace referencia a dudas sobre temas sexuales, principalmente hacia la posibilidad de tener o querer realizar conductas sexuales inapropiadas o socialmente reprobables. También aparecen dudas hacia su propia sexualidad o identidad de género. Las obsesiones más frecuentes son las primeras, las que tiene con su novia. Por ejemplo, se imaginaba tanto que le era infiel con otra persona que terminó creyendo que de verdad lo había hecho; aunque cuando sale del “bucle” es consciente de que no es verdad (“yo no haría eso nunca”). Es incapaz de quitárselo de la cabeza y llega a sentirse culpable por saber que el pensamiento es irracional. Las obsesiones interfieren gravemente con su vida cotidiana, pues cuando tiene estos pensamientos sobre alguien le cuesta incluso mirar a los ojos a esa persona.

Las compulsiones están, en su mayoría, relacionadas con realizar una acción un X número de veces para evitar que la anticipación pensada suceda, pero también comprueba

información de forma obsesiva o posiciona objetos de forma específica. Comentaremos esta información con más detalle en la formulación clínica del caso. En general, estas compulsiones aumentan en frecuencia cuando está solo o está con el móvil y se reducen cuando está ocupado o distraído.

En cuanto a su familia, esta no comprende por qué actúa así y prefieren no hablar del tema, con lo que él afirma sentirse cómodo. A pesar de esto, son un gran apoyo para él. Especialmente su tío, el cual pasó por una situación parecida. Por otro lado, su madre, a pesar de no llegar a comprender qué le sucede a su hijo, presenta comportamientos obsesivos. Por ejemplo, en la primera sesión P. estuvo en torno a 15 minutos preguntando acerca de la confidencialidad del centro antes de entrar a sesión. Una vez resueltas todas las dudas comentó que a él le daba igual, que lo preguntaba para tranquilizar a su madre y por encargo de ella. De hecho, su madre le presiona para que repita algunas conductas (eg., le pide constantemente que se lave las manos).

Una vez evaluadas el resto de áreas comprobamos que en ninguna otra presenta dificultades. Presenta un estado de ánimo positivo y una alta motivación de cara a la terapia. Se desenvuelve bien en el área académica, con unos buenos resultados y sin presencia de ningún tipo de malestar clínico. También tiene abundantes amistades y realiza actividades sociales con frecuencia. Además de tener una buena cantidad de hobbies, principalmente la música (toca el piano) y el fútbol. Por último, tiene una relación de pareja en la que se encuentra bien y afirma no tener ninguna dificultad. Sin embargo, todas estas áreas se ven afectadas negativamente, en mayor o menor medida, por las conductas compulsivas. Reconoce tener todo para ser feliz en la vida, pero sus obsesiones le impiden disfrutarlo.

Evaluación

Con el objetivo de obtener una evaluación completa y convergente, se utilizaron distintos tipos de instrumentos de evaluación. Estos se pueden dividir en autoinformes, entrevista clínica y autorregistros.

Autoinformes

De forma protocolaria en el Centro de Psicología Aplicada se les pide a los usuarios que cumplimenten una serie de cuestionarios, tanto al empezar como al terminar el tratamiento. Estos cuestionarios abordan distintos objetivos para obtener una evaluación transversal. A continuación, se comentan de forma más pormenorizada.

Inventario de depresión de Beck II- BDI II (Beck Depression Inventory-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Este cuestionario es uno de los más importantes para detectar la presencia y evaluar la gravedad de sintomatología depresiva. Se compone de un total de 21 ítems de 4 puntos (0 a 3) (eg., Tristeza. 0 = No me siento triste habitualmente y 4 = Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo). El cuestionario consta de una fiabilidad de consistencia interna alta ($\alpha= 0,87$) siguiendo los datos del artículo de la adaptación del cuestionario al castellano (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003).

En el inventario, P. obtuvo una puntuación de 24, lo que, atendiendo a las escalas del cuestionario, indica depresión moderada. Se presta especial atención al ítem 9 “Pensamientos o deseo de suicidio” para así tener una información preliminar de la presencia o ausencia de estos. En este caso P. señala un 0, por lo que, ateniéndonos al cuestionario, no hay riesgo de suicidio.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo- STAI: (State-Trait Anxiety Inventory; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1983). Esta escala mide la ansiedad rasgo y la ansiedad estado. La primera hace referencia a una vulnerabilidad o predisposición a tener ansiedad y la segunda hace referencia a la ansiedad como un estado dependiente de factores ambientales. Se compone de 40 ítems de 4 puntos (0 = Nada a 3 = Mucho) (eg., “Me siento calmado”, “Estoy tenso” o “Me canso rápidamente”). Este cuestionario tiene un alfa de Cronbach de 0,90 para ansiedad rasgo y de 0,94 para ansiedad estado. El estudio que evalúa las propiedades psicométricas de la adaptación del instrumento al castellano se realizó con una muestra de habla hispana de más de 1000 personas para validar la escala al castellano (Guillén y Buela, 2011).

En este cuestionario presenta una puntuación de 34 en ansiedad estado, lo que, atendiendo a los baremos del cuestionario indica una ansiedad estado muy alta (percentil 85). En ansiedad rasgo puntúa 43, lo que, atendiendo a los baremos, es una puntuación muy alta (percentil 99).

Inventario de síntomas-90-Revisado- SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised; Derogatis, 1994). Este cuestionario mide un espectro de dimensiones de psicopatología. En concreto: somatización, hipersensibilidad, obsesión, compulsión, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. Específicamente el factor IV de este cuestionario evalúa síntomas de obsesión compulsión. Se compone de 90 ítems de 5 puntos (1 = Nada en absoluto a 5 = Mucho o extremadamente) (eg., “Llorar fácilmente”, “Miedo a salir de casa solo” o “Tener

pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante”). Este cuestionario tiene un alfa de Cronbach de 0,80 en una muestra chilena, siguiendo el análisis psicométrico realizado por Gemp y Avedaño, 2008 sobre la escala adaptada al castellano.

En este cuestionario presenta una puntuación de 1,61 en el índice de severidad global, encontrándose más de una desviación típica por encima de la media (SD=0,98). En las medidas de las distintas psicopatologías destacan las obsesiones y compulsiones (2,4), que se encuentran dos desviaciones típicas por encima de la media y la puntuación en ansiedad (2,2), que se encuentra más de dos desviaciones típicas por encima de la media. En el total de síntomas positivos refleja una puntuación de 61, lo que en varones indica una posible tendencia a exagerar sus síntomas.

Escala de calidad de vida- WHOQOL-BREF (The World Health Organization Quality of Life; OMS, 2004). El instrumento consta de 26 ítems. Tiene 2 ítems generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud. Los 24 ítems restantes evalúan la calidad de vida en cuatro áreas diferenciadas: la física, la psicológica, la social y la ambiental. El formato de respuesta es una escala Likert de 5 puntos (0 = Nada a 4 = Muy satisfecho) (eg., “¿Cuánto disfruta de la vida?”, “¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?” o “¿Cuán de satisfecho está con su sueño?”) Tiene un alfa de Cronbach de 0,88 en una muestra chilena de más de 1500 personas (Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas-Carrasco y Bunout, 2011).

En este cuestionario obtiene una puntuación global de 62,25, no existen valores de corte propuestos, pero esta puntuación se encuentra ligeramente por debajo de la media en varones (66,05). Las áreas con mayor puntuación son la ambiental y la social con puntuaciones de 81 puntos (centil 5) y la de menor puntuación la referida a la salud psicológica (31, centil 20). También, es baja la puntuación en salud física, lo cual es coherente con los datos recogidos en la entrevista clínica, en la cual nos dijo que al final del día terminaba con dolor de cabeza por los pensamientos y de mandíbula por golpearse el paladar con la lengua.

Además, para realizar una evaluación completa y explorar de forma amplia todas las áreas de su vida se le pidió que contestase a la **Historia Biográfica** (Centro de Psicología Aplicada, 2012). Se compone de preguntas en formato de respuesta abierta. Estas preguntas evalúan: motivo de consulta, tratamientos anteriores, expectativas sobre la terapia y motivaciones, datos familiares, relación de pareja/sexualidad, aspectos sociales e intereses, información académica e información profesional.

Entrevista clínica

Durante las dos primeras sesiones se evaluó a P. mediante entrevista clínica. Esto permitió obtener información general de todas las posibles áreas problema, para luego definir y especificar los objetivos de acuerdo con el usuario. También se contrastó y profundizó en la información obtenida del resto de medidas de evaluación.

En las dos primeras sesiones el co-terapeuta no estuvo presente, debido a la fecha de inicio de su periodo de prácticas. En la primera sesión, se invierte gran parte del tiempo en resolver dudas sobre la confidencialidad y la grabación de las sesiones, el usuario afirma que es para aliviar la preocupación de su madre. A pesar de que el usuario viene específicamente interesado en tratar las obsesiones y compulsiones, se realiza una evaluación global. Al final de la sesión se le explica el modelo de trabajo y se le pide que realice un autorregistro anotando cualquier situación que le genere malestar, esté relacionada o no con las compulsiones (Tabla 1).

En la segunda sesión, efectivamente, se comprueba que su único área problema son las obsesiones y compulsiones. Por lo tanto, se evalúa el Trastorno Obsesivo Compulsivo en profundidad. Se identifican los diversos pensamientos obsesivos y la mayoría de compulsiones mediante la entrevista y con el apoyo del autorregistro. Tiene cada número (hasta el 35 aproximadamente) asociado a un significado o un recuerdo y los números que le generan malestar son los pares. Aunque, el nivel de malestar varía en función del número (eg., el número 12 le genera menos ansiedad que el número 2). En esta sesión se le pide un autorregistro de las obsesiones y compulsiones (Tabla 2).

Autorregistros

La principal fuente de información con respecto a las conductas obsesivo-compulsivas fueron los autorregistros, los cuales se le pidieron en las dos primeras sesiones. Mediante estos pudimos operativizar cuándo aparecían los pensamientos obsesivos y que compulsiones los estaban neutralizando. Además, también permitieron definir una medida de la frecuencia e intensidad del problema. Podemos observar que presenta una gran cantidad de obsesiones y compulsiones muy diferentes.

A continuación, en las Tablas 1 y 2 se recoge la información de los dos autorregistros que se le pidieron en la fase de evaluación de la terapia. En ambos se presenta el total de la información recogida. El primer autorregistro fue general para cualquier situación que le hiciese sentir malestar y el segundo específico para las

obsesiones-compulsiones. Sin embargo, el usuario registró solamente situaciones en relación a las obsesiones-compulsiones en ambos.

Tabla 1.

Primer autorregistro.

Situación	Qué pienso	Qué siento	Qué hago	Intensidad 1-10
Cruzo entre dos árboles siendo el cuarto hueco	Como el número 4 me recuerda a mi novia dudo de si he nacido siendo chica	Malestar, inseguridad, insatisfacción	Compruebo fotos, mensajes, pregunto sobre mi infancia a mi familia, lo pienso todo el rato	7
Me tengo que ir a dormir a una hora que me guste	Tengo que esperar	Intranquilo	Irme a dormir a una hora que me haga estar satisfecho	3
Escucho una palabra un número de veces	La relaciono conmigo o con los demás	Malestar	Decirla yo de nuevo o hacer que alguien la repita	5
Tengo que poner las canciones un número concreto de veces	Los relaciono con cosas sin sentido	Miedo	Ponerla hasta que este a gusto con el número de veces	7
Echarme jabón 3 veces y en cada vez tres gotas	Relaciono el número de veces con algo	Estrés	Echarme hasta que esté tranquilo	5

Nota. Se le pidió en la sesión 1 y lo entregó en la sesión 2. El lapso de tiempo transcurrido entre las sesiones fue de 1 semana.

Tabla 2.

Segundo autorregistro.

Situación	Obsesión	Compulsión	Intensidad 1-10
Pasar por el lado izquierdo de algún sitio	A que algo cambie a mal	Paso por el lado derecho haciendo que el número de veces que pase me haga estar bien	5
Pongo el volumen de la televisión en un número que me guste	Si está en otro número estoy mal	Ponerlo 3 veces en un número que me guste	5
Poner un número impar de mensajes en Whatsapp	Que algo cambie	Ponerlo un número impar de veces al final del día	7
Me ato los cordones de tal forma que me hace estar mal	Algo malo puede ocurrir	Volver a atármelos 3 veces	5
Enchufar los cascos	Que algo cambie a peor	Ponerlos y quitarlos un número de veces que me haga estar bien	7

Nota. Se le pidió en la sesión 2 y lo entregó en la sesión 3. El lapso de tiempo transcurrido entre las sesiones fue de 1 semana.

Formulación clínica del caso

A continuación, se describe el análisis funcional de las conductas problema de P..

En primer lugar, tenemos las variables disposicionales, estas a pesar de no influir directamente en el mantenimiento de la conducta, moderan la interacción del resto de variables. La presencia o ausencia de variables disposicionales alteran la probabilidad de ocurrencia de alguno de los elementos de la cadena funcional. Como variables de riesgo tenemos principalmente las conductas obsesivas de la madre unidas a su comportamiento sobreprotector, como, por ejemplo, insistirle en que se lave varias veces las manos. También, y atendiendo a la teoría de Barlow, P. parece presentar un factor de vulnerabilidad hacia el TOC, pues tiende a obsesionarse más de lo habitual con las cosas, según él, “desde siempre” (Barlow y Durand, 2003). También muestra una fusión pensamiento-acción, como hemos visto en la descripción del caso un ejemplo de esto es cuando pensó tanto en que le era infiel a su novia que llegó a creer que este suceso era real. Esta fusión pensamiento-acción, le ocurre sobre todo con los pensamientos relacionados con la atracción sexual. Para él, tener la duda o pensar que le podrían excitar alguien o algo es sinónimo de que le atraen. Además, también son variables relevantes el hecho de que tuviese pareja al iniciar la terapia y la mala relación que tuvo con su

expareja, debido a que, como veremos a continuación, la mayoría de obsesiones son relativas a la pareja. Como factores de protección tenemos que presentar una alta comprensión del funcionamiento de su problemática, además de que tiene una alta motivación para el cambio. Este último aspecto quedará demostrado durante el tratamiento, el cual avanzó con apreciable rapidez debido al gran compromiso que tuvo con la terapia.

En cuanto al análisis funcional, vamos a dedicarnos exclusivamente al análisis de las conductas obsesivo compulsivas, debido a que no planteó dificultades en ninguna otra área. Debido a un proceso de generalización del aprendizaje, encontramos que tiene un gran número de obsesiones y compulsiones. De hecho, para facilitar el análisis no hemos incluido todas, porque a lo largo del tratamiento aparecieron más de las cuales no había sido consciente hasta que comenzamos a trabajar. Para facilitar su comprensión y sintetizar la información hemos dividido las compulsiones en tres tipos principales: contar, posicionar objetos y comprobar.

Contar (repeticiones)

Las obsesiones podían desencadenarse por tres situaciones diferentes. En primer lugar, cuando aparecía un número que tenía asociado de forma negativa. Por ejemplo, si comía dos croquetas entonces iba a ocurrir algo negativo, y el pensamiento no se detenía hasta que comía una tercera. También podía ocurrir que mirase dos veces a una persona, lo cual significaba que le atraía sexualmente. Si no podía mirarla una tercera para desproveerle de ese significado se sentía ansioso y los pensamientos no cesaban. Aunque tenía conductas para compensar el no poder mirar, como darse golpes en el paladar con la lengua. El número principal que tendía a evitar era el número 2, debido a que terminó su anterior relación de pareja un 22. Su relación anterior es importante para él, porque tiene miedo a que por volver a avivarse algo del pasado su relación actual se estropee. Sin embargo, a lo largo del tratamiento comprobaremos que el significado que daba a los números iba variando. En segundo lugar, los pensamientos obsesivos podían desencadenarse por alguna noticia o frase que escuchase, por ejemplo, si escuchaba una canción que contenía la palabra embarazo le venía la obsesión de que su ex estaba embarazada. Por último, también podían surgirle de forma aleatoria e intrusiva por el propio hilo narrativo de sus pensamientos.

La compulsión de contar aparecía frecuentemente ligada a los siguientes pensamientos:

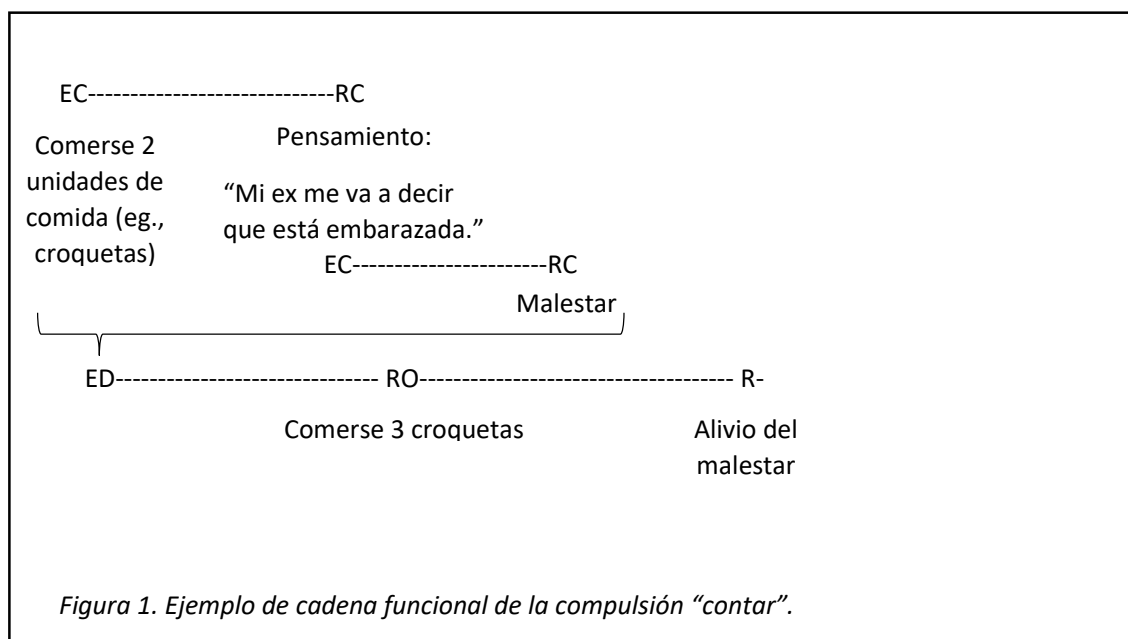
- Mi ex va a querer volver conmigo.
- Mi ex me va a decir que está embarazada.
- ¿Y si me siento sexualmente atraído por los perros?
- Miedo a olvidarse de algo o de alguien.
- Dudar sobre si es homosexual.
- No estoy enamorado de mi pareja.
- Tengo un hijo con mi ex y no lo sé.
- Soy de X manera (malo, egoísta, etc.)

Ejemplos de compulsiones que seguían a las obsesiones señaladas previamente son:

- Hacer que otras personas (amigos cercanos o familiares de primer grado) digan las palabras “malas” un número impar de veces.
- Si no lo hacen, entonces pensar palabras un número impar de veces para compensar.
- Darse golpes con la lengua en el paladar X veces.
- Mirar al objeto origen de la obsesión X número de veces, por ejemplo, mirar a un perro X veces.
- Subir canciones a internet y editarlas para que la duración de estas fuese un número impar.
- Cerrar la puerta un número impar de veces y si no puede lo compensa dándole golpecitos.
- Cerrar la mochila un número determinado de veces.
- Escuchar las canciones un determinado número de veces, y si luego le sale de nuevo de forma aleatoria tiene que volver a escucharla hasta llegar a un número que le gusta.
- Comer unidades impares de alimentos, incluso sin tener hambre.
- Enviar mensajes de Whatsapp en tandas impares.
- Ponerse la alarma en una hora impar.
- Sentarse un número impar de veces.
- Abrocharse los cordones un número impar de veces.
- Lavarse con jabón un número impar de veces.

- Desbloquear el móvil o abrir aplicaciones un número impar de veces.
- Poner el volumen de la televisión en un número impar.
- Irse para no escuchar una palabra “mala” 2 veces si ya había sido mencionada 1 vez.
- Enchufar y desenchufar los cascos X veces.

A pesar del gran número de obsesiones y compulsiones, la funcionalidad por la que se mantienen las mismas es siempre igual. Una obsesión (EC) genera malestar (RC) y ello discrimina la compulsión, que se mantiene por refuerzo negativo. A modo de ejemplo, se incluye en la figura siguiente una cadena funcional completa de obsesión-compulsión (ver Figura 1).



Posicionar objetos

A veces le ocurrían sucesos negativos que él relacionaba con la posición determinada en la que estaba un objeto. Por ejemplo, si discutía con su pareja y el ordenador estaba paralelo a la ventana en ese momento, entonces ya no podría tener el ordenador paralelo a la ventana, porque esto pasaba a causarle ansiedad.

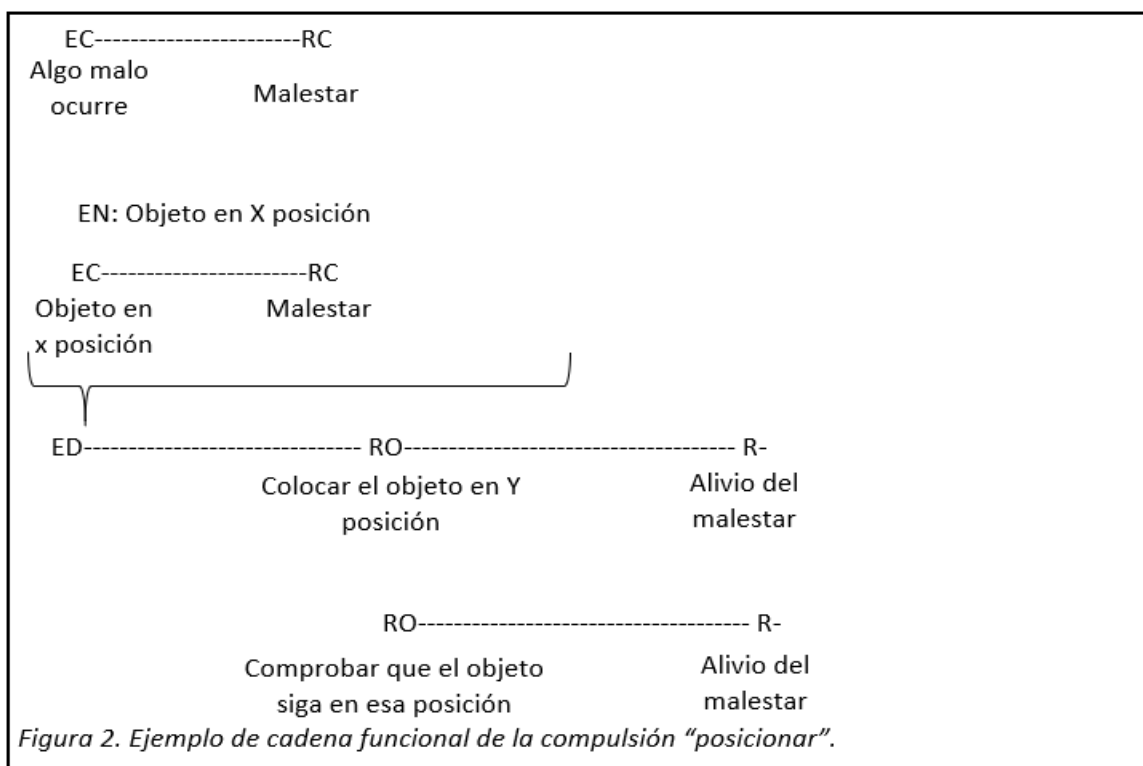
Ejemplos de pensamientos:

- Voy a discutir con mi novia.
- Van a volver cosas malas del pasado.
- Soy de X manera.

Compulsiones:

- Girar hacia la izquierda para terminar mirando a la derecha.
- Colocar el ordenador en X posición.
- Al caminar pasar los objetos que se encuentra (eg., señales de tráfico) por la derecha.
- Atarse los cordones de una determinada manera.
- Guardar el teléfono en el bolsillo en una determinada posición.

Las obsesiones y compulsiones de posicionar objetos cumplen la misma función que en el caso de contar y en la Figura 2 se incluye como ejemplo el análisis funcional de una de estas compulsiones.



Comprobaciones

En este apartado hacemos referencia a las obsesiones relativas a dudas que él tenía sobre aspectos de su propia sexualidad. Aquí las compulsiones se manifestaban de forma diferente, esto es, buscando información de forma insaciable.

Ejemplos de pensamientos:

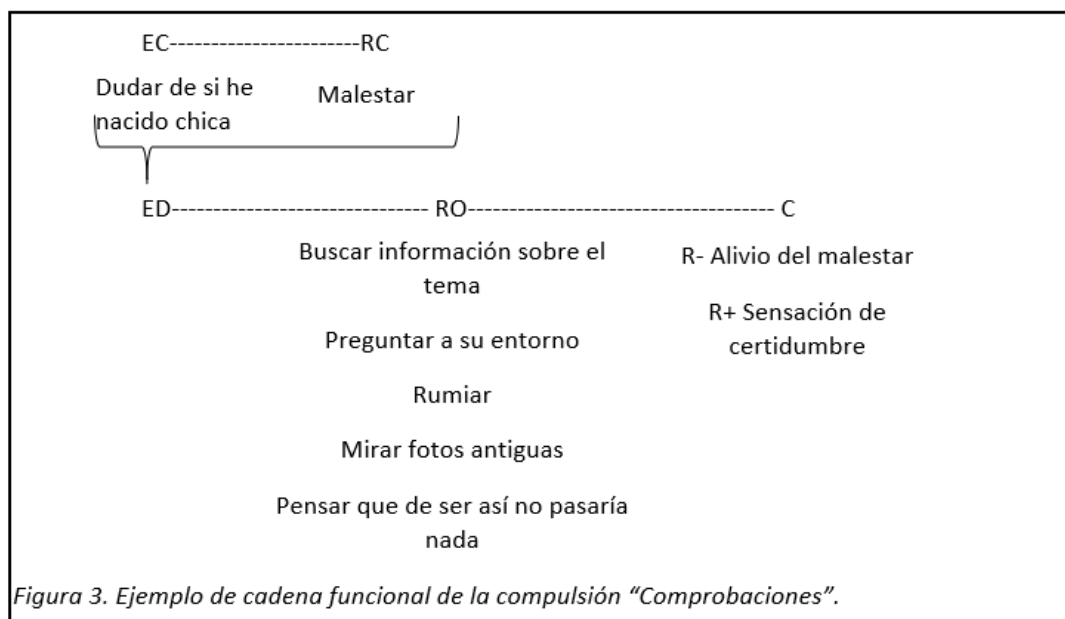
- Ponerse celoso de su novia.
- Pensar que tiene síndrome de Edipo.
- Pensar que ha nacido chica y no lo sabe.
- Pensar que es homosexual.

- Pensar que van a volver cosas del pasado.
- Mi pareja ha nacido “chico”.
- Tengo alguna enfermedad o problema mental.
- Me pareceré a alguien que no me gusta (físicamente).
- No soy el autor de mis canciones.

Ejemplos de compulsiones:

- Preguntar con insistencia a su madre por su sexo de nacimiento.
- Buscar información en internet.
- Mirar fotografías antiguas.
- Pensamientos de escape como: “daría igual”; “no sería importante”; “sé que no es verdad”; “no es cierto”.

A continuación, en la Figura 3 podemos ver un ejemplo de la funcionalidad de las compulsiones de comprobación.



Objetivos del tratamiento

En base a lo analizado en la evaluación y tras la devolución del análisis funcional, se acordó con P. trabajar en los tres primeros objetivos, mostrados en la Tabla 3. Adicionalmente, durante el transcurso del tratamiento apareció un nuevo objetivo a trabajar, el último incluido en la Tabla 3. Este era el de modificar las ideas irracionales acerca del amor, y se trabajó mediante reestructuración y psicoeducación en base a los mitos del amor romántico. Esto se debió a que nos dimos cuenta de que tenía pensamientos dicotómicos e imperativos categóricos que no eran obsesivos y que estaban moderando las cadenas funcionales. Algunos ejemplos pueden ser: “Ella no tuvo este

detalle por mí, cuando yo lo tuve por ella” (Reciprocidad), “Quiero que haga esto por mí, pero no voy a pedírselo porque tiene que salir de ella” (Imperativo categórico), “Si estoy celoso es porque algo está ocurriendo” (Razonamiento emocional).

Tabla 3.

Objetivos y técnicas.

Objetivo	Técnica
Aumentar la comprensión sobre su comportamiento y malestar	Psicoeducación
Reducir o eliminar las compulsiones	Psicoeducación Respiración diafragmática Exposición con prevención de respuesta
Reducir o eliminar los pensamientos obsesivos	Psicoeducación Exposición con prevención de respuesta Programa de reforzamiento
Reducir o eliminar pensamientos desadaptativos en relación con las relaciones de pareja	Reestructuración cognitiva Psicoeducación en mitos del amor romántico

Tratamiento

Factores relacionados con los terapeutas

La terapia fue llevada a cabo por dos terapeutas: una terapeuta titular y un coterapeuta. La terapeuta principal formaba parte del equipo de trabajo del CPA. El coterapeuta era un alumno de prácticas del Master de Psicología General Sanitaria de la Universidad Autónoma de Madrid. Ambos, contaban con una orientación terapéutica enmarcada, principalmente, en el modelo teórico cognitivo-conductual.

La terapeuta titular se encargó al completo de la evaluación del caso y el entrenamiento en respiración diafragmática. Sin embargo, la responsabilidad y el control de la terapia fue derivándose de forma progresiva al co-terapeuta. Este comenzó a intervenir desde la devolución del análisis funcional. A partir de ese momento, comenzó a ser más activo en la sesión hasta dirigir las sesiones por completo. Concretamente, llevó a cabo la psicoeducación en ansiedad, psicoeducación en TOC, psicoeducación en mitos

del amor romántico, técnica de exposición, economía de fichas y reestructuración de ideas irracionales relacionadas con el amor.

La terapia fue supervisada a través de un seguimiento continuo. Al finalizar cada sesión, la terapeuta, junto a otros terapeutas que visualizaban la sesión en directo, daban un feedback pormenorizado al co-terapeuta. Este incluía tanto las conductas bien realizadas, como las mal realizadas, junto a alternativas de conducta posibles. Además, cada semana se realizaba una sesión clínica en la cual se exponía la planificación de la siguiente sesión de terapia y, en caso de ser necesario, se realizaban *role-playing*.

En cuanto a la relación con el usuario, se creó una buena alianza terapéutica desde el principio. Era una persona que hacía mucho uso del humor y estaba muy entusiasmada con la terapia. Además, tenía varias aficiones en común con el co-terapeuta. Todo esto hizo que se generase un vínculo fuerte rápidamente, lo que, como veremos más adelante, se tradujo en una gran adhesión al tratamiento.

Técnicas

A continuación, identificaremos las técnicas utilizadas, justificando su elección en base a los objetivos planteados y el cómo se llevaron a cabo en función de este caso particular.

Psicoeducación. Se dedicó un tiempo notable en consulta a explicar al usuario su problemática, puesto que conseguir una comprensión en profundidad de cómo funciona esta tiene varios objetivos. Por un lado, dotar al usuario de sensación de control, para que este sentimiento pueda tener la función de contracondicionar las emociones negativas que le genera su problema. Por otro lado, una comprensión del funcionamiento de las contingencias puede ayudar a generar operaciones de establecimiento eficaces, facilitando así la puesta en marcha de las técnicas de intervención. En el Trastorno Obsesivo Compulsivo la psicoeducación es especialmente importante, porque, además de lo ya mencionado, también es útil para que el usuario pueda resolver situaciones nuevas que le aparezcan, facilitando la generalización del aprendizaje.

Técnica de relajación. Respiración diafragmática. Consiste en controlar el propio nivel de activación mediante la respiración profunda. Esto se hace modificando las condiciones fisiológicas de la respiración, consiguiendo que esta sea lenta, profunda y uniforme. De esta forma, se consigue una activación del sistema nervioso parasimpático y por tanto la relajación (Olivares y Méndez, 2014). Se empleó con el objetivo de reducir

la ansiedad basal que tenía al principio de la intervención, así como, facilitar el proceso de exposición con prevención de respuesta.

Exposición con prevención de respuesta. Por un lado, se busca generar un proceso de extinción pavloviana. Mediante este proceso, el estímulo condicionado (los números pares) pasará a ser de nuevo un estímulo neutro, por no presentarse el estímulo incondicionado cuando la persona se esté exponiendo. Por otro lado, se busca generar un proceso de extinción operante. La extinción operante se consigue mediante la prevención de respuesta. Se impedirá a la persona realizar la conducta compulsiva (evitar los números pares repitiendo una acción un número impar de veces) y al no aparecer la anticipación esperada (“va a ocurrir algo malo”) la conducta dejará de ser reforzada (eliminación del refuerzo negativo “alivio de malestar”) (Olivares y Mendez, 2014).

Programa de reforzamiento. Consiste en el incremento de la frecuencia de una conducta a través del uso de refuerzos (Martin y Pear, 2007). En un punto del tratamiento, el usuario se veía incapaz de enfrentarse a los ítems más difíciles de la jerarquía, por lo tanto, establecimos un programa de “retos” que iban seguidos de un potencial reforzador si los cumplía. En este caso el reforzador de apoyo fue un bizcocho. Sin embargo, lo que finalmente cumplió la función de reforzador fueron los propios elogios enviados en los emails de respuesta (Anexo 1). Además, como puntos se utilizaron imágenes obtenidas del sistema de puntuación de un videojuego que le gustaba y ya los tenía condicionadas apetitivamente. El funcionamiento fue el siguiente: durante una semana cada día se le envió un reto (eg., mira la foto de un chico y piensa “me excita”) y él contestaba si había hecho la tarea o no y los niveles de ansiedad sentidos (mínimo, medio y máximo).

Reestructuración cognitiva. Consiste en identificar los pensamientos irracionales que generan conductas desadaptativas, ponerlos a prueba y sustituirlos por pensamientos alternativos realistas y adaptativos (Bados y García, 2010). Durante el tratamiento se evaluó la presencia de pensamientos desadaptativos en relación a la pareja (eg., “la infidelidad es la mayor traición que puedes tener”, “yo soy la víctima de esto (la infidelidad), por lo que mis amigos tendrían que venir a hablar conmigo e insistirme en quedar, en lugar de yo pedirles quedar”) que le generaban malestar y estaban en la base de algunas conductas desadaptativas (eg., no quedar con sus amigos esperando a que ellos se lo pidiesen).

Aplicación del tratamiento

Hasta la fecha de redacción del manuscrito, el tratamiento ha estado compuesto de 20 sesiones de 50 minutos, a excepción de las sesiones de seguimiento que fueron de 30 minutos. A partir de la sesión 18 la terapia pasó a ser *online* debido a las medidas de confinamiento efectuadas a raíz del COVID-19. Las sesiones 1 a 3 fueron de evaluación (incluyendo la devolución del análisis funcional de conducta). Las sesiones 4 a 16 fueron de tratamiento. A partir de la sesión 17 se realizaron sesiones de seguimiento. Las sesiones fueron semanales, excepto cuando se vieron interrumpidas por los periodos vacacionales (Navidad y Semana Santa). Las sesiones de seguimiento fueron quincenales. A continuación, resumimos en la Tabla 4 la evolución del tratamiento por sesiones.

Tabla 4.

Cronograma de sesiones

Semana	Nº de sesión	Objetivo	Técnicas	Tareas para el usuario
Fase de evaluación				
1-2	1-2	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar conductas problema 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica • Autorregistros • Autoinformes 	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de malestar • Autorregistro de conductas compulsivas
3	3	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar el análisis funcional • Consensuar objetivos • Enseñar respiración 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Respiración diafragmática 	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de respiración • Reflexionar sobre el análisis funcional de conducta
Fase de tratamiento				
4	4	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la comprensión del análisis funcional de conducta • Crear jerarquía de exposición • Comenzar a exponer 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Técnica de exposición con prevención de respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición a los 3 primeros ítems de la jerarquía • Autorregistro de exposición • Documental sobre la ansiedad (opcional) • Continuar entrenamiento en relajación

Semana	Nº de sesión	Objetivo	Técnicas	Tareas para el usuario
5	5	<ul style="list-style-type: none"> Continuar exposición 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición con prevención de respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición a los ítems 4 y 5 Autorregistro de exposición Autorregistro de pensamientos obsesivos
6	6	<ul style="list-style-type: none"> Continuar exposición 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición con prevención de respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición a los ítems 6 y 7 Autorregistro de exposición Autorregistro de pensamientos obsesivos
7	7	<ul style="list-style-type: none"> Continuar exposición 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición con prevención de respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición a los ítems 4 y 5 Autorregistro de exposición Autorregistro de pensamientos obsesivos
8	8	<ul style="list-style-type: none"> Continuar exposición 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición con prevención de respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición a los ítems 8 y 9 Autorregistro de exposición Autorregistro de pensamientos obsesivos
9	9	<ul style="list-style-type: none"> Modificar pensamientos irracionales sobre el amor y las relaciones de pareja 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación (en mitos del amor romántico) 	<ul style="list-style-type: none"> Leer sobre los mitos del amor romántico Exposición a los ítems 10, 11 y 12 Autorregistro de exposición
10	10	<ul style="list-style-type: none"> Reducir pensamientos irracionales sobre el amor y las relaciones de pareja 	<ul style="list-style-type: none"> Reestructuración cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición a los ítems 13 y 14 Autorregistro de exposición

Semana	Nº de sesión	Objetivo	Técnicas	Tareas para el usuario
11	11	<ul style="list-style-type: none"> Continuar exposición 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición con prevención de respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición a los ítems 6, 10, 15 y 16 Autorregistro de exposición
12	12	<ul style="list-style-type: none"> Continuar exposición 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición con prevención de respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición a los ítems ya superados Exposición los ítems 16, 17 y 18 Autorregistro de exposición
<i>Navidades</i>				
15	13	<ul style="list-style-type: none"> Continuar exposición Comenzar exposición a los pensamientos Crear una jerarquía de pensamientos obsesivos 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición con prevención de respuesta (jerarquía de pensamientos obsesivos) 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición al ítem 17 Exposición al ítem 1 de la jerarquía de pensamientos Autorregistro de exposición
16	14	<ul style="list-style-type: none"> Continuar exposición Comenzar a exponer a los propios pensamientos en sesión (ítems 18 y 19, los finales de la jerarquía) 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición con prevención de respuesta (jerarquía de pensamientos) 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición al ítem 15, 17 y 18 Autorregistro de exposición
17	15	<ul style="list-style-type: none"> Continuar exposición a los pensamientos 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición con prevención de respuesta Programa de reforzamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Autorregistro de exposición con seguimiento online (ítem 17 y jerarquía de pensamiento)
18	16	<ul style="list-style-type: none"> Continuar exposición a los pensamientos 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición con prevención de respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> Autorregistro de exposición (ítem 17 y jerarquía de pensamiento) Exposición sin programa de reforzamiento

Semana	Nº de sesión	Objetivo	Técnicas	Tareas para el usuario
Fase de seguimiento				
20	17	<ul style="list-style-type: none"> Revisar obsesiones y compulsiones 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición con prevención de respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> Comenzar a hacer todas las acciones una sola vez Algunas conductas las continúa haciendo un número par de veces (para generarse malestar)
22	18	<ul style="list-style-type: none"> Revisar obsesiones y compulsiones Evaluar adaptación al confinamiento Evaluación general 	<ul style="list-style-type: none"> No se utilizaron técnicas 	<ul style="list-style-type: none"> No se le pidieron tareas por estar en periodo de exámenes
24	19	<ul style="list-style-type: none"> Revisar obsesiones y compulsiones 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición con prevención de respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> Exponerse a toda la jerarquía de nuevo Traer las conductas a la normalidad una vez se haya expuesto (realizarlas una sola vez)
26	20	<ul style="list-style-type: none"> Revisar obsesiones y compulsiones Prevenir recaídas 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición con prevención de respuesta Psioeducación Planteamiento y solución de situaciones hipotéticas 	<ul style="list-style-type: none"> Traer a la normalidad las conductas “volumen de la televisión” y “echarse jabón”

La fase de tratamiento propiamente dicha comienza en la tercera sesión, en la cual se le explicó el análisis funcional de sus conductas obsesivo compulsivas. También se le entrenó en respiración diafragmática y se le pidió que rellenase un autorregistro de respiración como el que podemos ver en la Tabla 5.

Tabla 5.

Autorregistro de respiración con un ejemplo.

Fecha/hora	Activación inicial	Activación final	Tiempo empleado
11/10/2019 20:00	5	2	10'

En la cuarta sesión, se revisó el entrenamiento en respiración, el usuario había estado practicando todos los días con buenos resultados. Fomentamos la generalización del aprendizaje pidiéndole que practicase la respiración, generando activación previamente de forma voluntaria (eg., haciendo sentadillas). Se le pidió un autorregistro similar al de la Tabla 5 al que se le añadió una nueva columna “actividad realizada”. Después, se le recordó el análisis funcional de la conducta y se le hicieron algunas preguntas para comprobar que lo había comprendido. También, se realizó una psicoeducación sobre los principios básicos que fundamentan la exposición con prevención de respuesta, haciendo especial énfasis en el funcionamiento de la ansiedad. Juntos construimos una jerarquía de exposición (Anexo 2), de la que partimos para comenzar a exponerle en sesión a los primeros ítems. Sin embargo, en sesión no sentía ninguna ansiedad porque, en propias palabras del usuario, se sentía muy cómodo y seguro con los terapeutas. Por lo tanto, le pedimos que durante la semana se expusiese a los tres primeros ítems fuera de sesión, así como, un autorregistro de exposición como el que podemos ver en la Tabla 6. Es importante resaltar que se utilizó la jerarquía de exposición de manera flexible, debido a que en algunas sesiones contaba nuevas compulsiones de las que no había sido consciente hasta el momento o cambiaba el malestar que le generaban algunos números (eg., a mitad de terapia rompió con su pareja. Esto sucedió un día 17 y este número comenzó a generarle ansiedad).

Tabla 6.

Autorregistro de exposición con ejemplos representativos.

Ítem	Ansiedad Inicio	Ansiedad máxima	Ansiedad final
Atarse los cordones 6 veces	1	3	1
Abrir y cerrar el bolsillo grande de la mochila un numero par de veces y con la mano izquierda	1	4	1
Abrir y cerrar bolsillo pequeño de la mochila un numero par de veces	2	2	0
Lavarse las manos echándose jabón un número par de veces	1	3	1
Enchufar y desenchufar los cascos un numero par de veces	2	5	2

En la quinta sesión, revisamos el autorregistro de respiración. Había practicado la respiración de forma eficaz tras hacer ejercicio en casa, jugar al fútbol y correr para coger el autobús. Se sentía satisfecho con su eficacia y le dijimos que podía utilizar la respiración después de los ensayos de exposición para terminar de reducir la ansiedad al mínimo. También revisamos el autorregistro de exposición. Realizó todas las tareas que se le pidieron. Sintió una ansiedad moderada al exponerse y se mantuvo sin realizar la compulsión hasta que esta se redujo, en todos los ensayos de exposición. Se le propuso exponerse en sesión a ítems más altos de la jerarquía, concretamente los ítems “Sentarse dos veces” y “Atarse los cordones dos veces”. Sin embargo, en sesión no sentía ansiedad. Como consecuencia, y teniendo en cuenta la gran adhesión del usuario a la terapia y su alta motivación, a partir de este momento se realiza la mayor parte de la exposición fuera de sesión. Además, a partir de esta sesión, se le pide un registro de los pensamientos obsesivos que tiene. El objetivo de este registro era operativizar mejor los ítems finales de la jerarquía (19 y 20), identificando qué pensamientos concretos le generaban malestar. Asimismo, identificar qué nuevos pensamientos obsesivos aparecían y cuáles

desaparecían, debido a que estos variaban ligeramente en función de su etapa académica o de conflictos en la relación de pareja que mantenía.

En las sesiones 6, 7 y 8, se revisó la evolución en la jerarquía de exposición. Estas sesiones fueron similares entre sí, se hacía un seguimiento pormenorizado de los autorregistros que entregaba, se resolvían sus dudas o dificultades y se planteaban los siguientes ítems. Al principio, se le pedía que generase su propio malestar, realizando la compulsión un número par de veces. Una vez había superado la exposición a un ítem al menos tres veces consecutivas de forma satisfactoria, podía empezar a exponerse cuando apareciese el impulso de realizar la compulsión en su contexto natural. En este punto de la terapia, la evolución era continua y rápida. En la sesión 6, nos contó que su pareja le había sido infiel y que había decidido terminar la relación. Se dedicó gran parte de la sesión a que expresase cómo se sentía con la nueva situación. Se sentía sorprendentemente bien y mantenía sus hobbies. Aparecieron una serie de pensamientos dicotómicos que le estaban siendo adaptativos (“si me ha sido infiel es que la relación no merecía la pena” o “es ella la que tendría que estar mal por ser mala persona y no yo”). Sin embargo, hipotetizamos que estos pensamientos no le iban a ser adaptativos a largo plazo, debido a que él y su pareja compartían amistades a las que dejó de ver desde la ruptura. No estaba viendo o quedando con estos amigos porque pensaba que ellos tenían que decirle de salir, porque él había sido la víctima de todo esto. Esta situación también hizo que el contenido de muchos pensamientos obsesivos cambiase, puesto que ya no tenía miedo a que su pareja le dejase o le fuese infiel. De hecho, tras la infidelidad, el usuario sacó como conclusión que, en sus propias palabras, no importaba lo que hiciera (haciendo referencia a las compulsiones) que si tenía que pasar algo malo iba a pasar. Esta verbalización se consideró muy adaptativa para el proceso terapéutico relacionado con el TOC. En la sesión 7 evaluamos su estado ante la ruptura y dijo seguir estando bien, mantenía sus relaciones sociales fuera de la universidad y un estado de ánimo positivo. La situación no interfirió con el malestar que le generaban los pensamientos obsesivos, pero, como hemos visto, sí con el contenido de estos. En esta sesión nos dijo que ahora le obsesionaba seguir enamorado de su expareja, lo cual consideraba horrible después de que le hubiese sido infiel. Pensar que podía seguir enamorado le generaba un gran malestar debido a que era incongruente con sus valores.

En la sesión 9 se trabajó con los mitos del amor romántico. Este objetivo se planteó en este punto, debido a que durante la terapia tuvo numerosas verbalizaciones referentes a pensamientos irracionales, que interferían directamente con el tratamiento. Ejemplos de

estos son: “si siento celos es porque están justificados, seguro que me está siendo infiel”, “mi pareja tiene que saber qué necesito sin que yo se lo pida, tiene que saber tener detalles” o “si estoy mal con mi pareja, no se lo tengo que decir, porque si me quiere debería notármelo”. Le estaba empezando a gustar una chica y nos comentó que no podía evitar sentirse celoso, ni hacer bromas que iban dirigidas a saber si ella estaba hablando con otros chicos (conductas de comprobación). Nos dijo que este tipo de conductas las había tenido en sus anteriores relaciones y que sus exparejas se habían quejado de ellas. Estos pensamientos también le estaban afectando negativamente a las relaciones sociales con sus compañeros de universidad, porque, como hemos visto, había dejado de quedar con ellos. Esto ocurrió debido a que tenía el pensamiento de que como él había sido la víctima de la infidelidad, sus compañeros debían de insistirle y decirle de salir siempre. También, le generaba mucho malestar pensar en que le podía seguir gustando su ex, porque, en sus propias palabras, no podía sentir algo por una persona que le había traicionado. Se le psicoeducó en los mitos del amor romántico y en cómo algunos pensamientos daban lugar a conductas desadaptativas. También, se le explicó la funcionalidad de las conductas de comprobación y su similitud funcional con las conductas compulsivas. Fue una sesión que dijo disfrutar mucho y se mostró motivado, por lo que se acompañó de una lectura como tarea. Paralelamente se continuó trabajando con los objetivos de exposición.

En la sesión 10, se continuó trabajando con sus pensamientos irracionales acerca de las relaciones de pareja, en este caso modificándolos a través de la técnica de Reestructuración Cognitiva. En paralelo se continuó trabajando con los objetivos de exposición. En este punto, el doctor había comenzado a reducirle la medicación, lo cual no interfirió con el tratamiento. De hecho, el usuario reconoció que antes de que el doctor le redujese la medicación, el mismo había empezado a reducírsela. Se hizo énfasis en la importancia de seguir las pautas y plazos marcados por el doctor.

En las sesiones 11 y 12, se continuó con la exposición. En este punto de la terapia ya había hecho prácticamente toda la jerarquía. Sin embargo, volvió a realizar algunas conductas compulsivas, por lo que hubo que volver a trabajar algunos ítems que ya había superado (ítems 6 y 10). Este retroceso se debió a un aumento de estrés, generado porque aparecieron conflictos con sus amigos (amigos compartidos con su expareja), además de un aumento de carga lectiva. Se le planteó la opción de instruir a un familiar para que le pudiese ayudar en el proceso terapéutico, pero debido a la baja aceptación y comprensión por parte de su familia acerca de su problemática, no quiso aceptar dicha opción. En la

sesión 12, se le hizo un plan de exposición muy pormenorizado y detallado, teniendo en cuenta que era la última sesión antes del periodo vacacional. Como el ítem 17 le resultaba especialmente difícil, se jerarquizó teniendo en cuenta el valor de cada número (eg., realizar la conducta 4 veces le generaba menos ansiedad que realizarla 2 veces). Sin embargo, se le animó a utilizar el conocimiento que había adquirido para ir flexibilizando él mismo las tareas de exposición en función de las necesidades del momento.

En la sesión 13, se revisó todo lo trabajado en navidades. El usuario se mostró muy contento, porque se desenvolvía en su vida diaria con completa normalidad. Era capaz de exponerse a la mayoría de ítems de la jerarquía cuando estos le aparecían de forma natural en su contexto habitual. Su alegría se debía especialmente a que había podido recuperar el hobby de escuchar música con normalidad (eg., antes tenía que escuchar las canciones una y otra vez hasta llegar a un número de escuchas que le gustase). El ítem “Mirar algo un número par de veces” no lo superó en todos los ensayos, en ocasiones interrumpió la exposición. Esto ocurrió porque este ítem iba muy ligado a los pensamientos de sentirse atraído sexualmente por algo o alguien, es decir, si miraba a algo un número par de veces, entonces significaba que ese algo o alguien le excitaba. Por lo tanto, nos detuvimos en él para seguir trabajándolo. Por otro lado, construimos una jerarquía con los pensamientos obsesivos (Anexo 3) y comenzamos a exponerle en sesión al pensamiento “Mi ex no sabe que la he dejado”. Para exponerle al pensamiento, lo que le pedimos es que dijese en voz alta y de forma repetida ese mismo pensamiento, mientras tanto íbamos anotando sus niveles de ansiedad. En este punto fue importante psicoeducarle sobre los pensamientos de escape, por ejemplo, él a veces interrumpía la exposición con pensamientos como “en realidad pensar esto es ilógico, es imposible que no sepa que la he dejado”. Le pedimos que si le aparecía uno de estos pensamientos levantase la mano, entonces le guiábamos verbalmente para que dirigiera la atención de nuevo al pensamiento obsesivo. Teniendo en cuenta que en sesión alcanzó una ansiedad máxima de 4 y tardó mucho tiempo (más de 20 minutos) en reducir la ansiedad, le pedimos que en casa se expusiese únicamente a este pensamiento (ítem 1 de la jerarquía de pensamiento). En cuanto a la ruptura, se sentía bien. De hecho, se fue de excursión a Toledo con su expareja y el grupo de amigos en común y dijo sentirse a gusto. Aunque comentó que sus amigos deberían de estar más pendientes de él, porque él había sido la víctima.

En la sesión 14, comentó que no era capaz de enfrentarse al ítem “Mirar un objeto un número par de veces” y que había retomado algunas compulsiones, como

“Desbloquear el móvil un número par de veces” (equivalente al ítem “Abrir y cerrar una app un número par de veces”). Dijo que le ocurría porque se sentía muy estresado por los exámenes. En sesión continuamos trabajando con la exposición a los propios pensamientos unidos al ítem “Mirar algo dos veces”. Como hemos visto, mirar algo dos veces significaba que ese algo le atraía sexualmente, por lo que era una compulsión estrechamente ligada al pensamiento y difícil de trabajar de forma independiente. Primero retomamos el pensamiento “Mi ex no sabe que la he dejado” y lo superó satisfactoriamente. Después, en sesión, trabajamos con los pensamientos “Me gusta un actor de cine” y “Me gusta mi mejor amigo”. Para ello miró la foto de un actor de cine dos veces y después repitió el pensamiento en voz alta. Hizo lo mismo con una foto de su mejor amigo. Estos ítems fueron especialmente difíciles para él. Como tareas fuera de sesión le pedimos que se expusiera al ítem “Mirar un tuit con contenido LTGB o la imagen de un chico un número par de veces y pensar que te atrae sexualmente”. Adicionalmente, se le pidió que volviese a exponerse al ítem 18.

En la sesión 15, nos contó que no había sido capaz de exponerse, incluso que había vuelto a realizar compulsiones que ya había superado como “Enviar los mensajes en grupos impares” o “Abrir y cerrar una app de móvil un número impar de veces”. Comentó que creía que el estrés que le generaban los exámenes le estaba haciendo más difícil exponerse. Se sentía frustrado y estancado. Validamos sus sentimientos y repasamos todo el progreso que había hecho hasta el momento. Le propusimos una supervisión *online* de la exposición (programa de reforzamiento). Cada día se le proponía un “reto de exposición” y una vez cumplido ese reto tenía que enviarnos un email con: tiempo empleado, ansiedad inicial, ansiedad máxima y ansiedad final (Anexo 1). Por cada reto superado conseguía un punto y con un total de cinco puntos (sobre un máximo de ocho) podía conseguir un premio misterioso. En los retos se incluyeron el ítem 18 y los primeros cinco ítems de la escala de pensamientos obsesivos unidos a la compulsión de mirar algo 2 veces.

Durante la semana cumplió con éxito todos los retos planteados, los ocho posibles. Después de cada mensaje se le contestaba con un mensaje de enhorabuena como potencial reforzador (Anexo 1). Debido a que había superado el reto, llevamos un bizcocho a sesión. El usuario se mostró muy orgulloso y contento.

Durante la sesión 16, ya había dejado de realizar las compulsiones que había vuelto a hacer (ítems 15, 16 y 18). Nos comentó que las había superado con facilidad. En sesión continuamos practicando la exposición al pensamiento a la vez que la compulsión

de mirar. Ejemplos de algunos ítems que se plantearon son: “Mirar una foto de su mejor amigo dos veces y pensar “estoy enamorado de él”” o “Mirar una foto de un perro dos veces y pensar “me atrae sexualmente””. En sesión superó muy bien los ítems, con un tiempo de exposición breve (7 minutos aproximadamente de media) y una ansiedad máxima baja (aproximadamente 3 de media). En esta sesión nos comentó que también le ocurría en ocasiones al mirar a niñas pequeñas, por lo que se añadió a la jerarquía de pensamientos y se practicó en sesión. Le pedimos que se expusiese a todos los ítems restantes para la siguiente sesión. Esta vez lo hicimos sin utilizar un programa de reforzamiento, pero le instruimos en la importancia de darse el mismo los refuerzos cuando superase las tareas de forma satisfactoria. Ya fuese mediante verbalizaciones positivas, haciendo alguna actividad agradable o comiendo algo que le gustase. Esto era importante, porque no hablaba con nadie de su entorno sobre su problemática, por lo tanto, nadie elogiaba sus esfuerzos y dependía por completo de los terapeutas para que su trabajo fuese reconocido. En el autorregistro de exposición añadimos una columna nueva “Refuerzos ¿Qué me digo? ¿Qué hago?”.

En la sesión 17, no trajo el autorregistro porque afirmaba no haberlo necesitado. Dijo que era capaz de exponerse a todos los ítems cuando le aparecían las situaciones de forma espontánea. Realizaba la mayoría de conductas un número par de veces (número que le genera malestar). En este punto se subrayó la importancia de comenzar a realizar todas las conductas una única vez, sin necesidad de que las hiciera un número par de veces para exponerse. Esto se hizo, para reducir la frecuencia de sus conductas a una más adaptativa, es decir, para normalizar sus conductas. Se mostró de acuerdo con los ítems más bajos de la jerarquía, pero prefirió practicar un poco más con los más altos.

La sesión 18 fue la primera sesión que se hizo tras el estado de alarma, por lo tanto, a partir de este punto las sesiones se realizaron *online*. En este momento había transcurrido aproximadamente una semana de confinamiento. Evaluamos su adaptación al nuevo contexto y observamos que no tenía ninguna dificultad. Sin embargo, nos comentó que su madre le pedía con mucha frecuencia que se lavase las manos, él dijo que esto no le afectaba. Programamos la siguiente sesión para tres semanas después.

La sesión 19 se adelantó, porque nos escribió preocupado por email. En la sesión comenzó hablándonos de su exnovia, había vuelto a chatear con ella y se había replanteado recuperar la relación. Se sentía culpable porque tenía la norma de que la infidelidad era imperdonable, le generaba mucho malestar pensar en la posibilidad de romper esa norma. Reestructuramos los pensamientos dicotómicos que presentaba hacia

las relaciones de pareja. Nos comentó que había empezado a estar peor con las compulsiones (había vuelto a presentar algunas conductas compulsivas, principalmente la de mirar algo un número impar de veces y abrir y cerrar la aplicación del móvil), en el periodo de semana santa había tenido mucho tiempo libre (falta de estimulación) y debido a esto había tenido muchos pensamientos, tanto obsesivos como rumiativos. Con pensamientos rumiativos, hacemos referencia a preocupaciones que tuvo durante el confinamiento que no presentaban una apariencia obsesiva. Por ejemplo, le preocupaba no ser una persona auténtica, no tener una identidad y ser una copia de las personas que admiraba. También, se sentía mal por el hecho de que le gustase su exnovia, pero no era en forma de pensamientos estereotipados y repetitivos, sino que tenían un hilo reflexivo. Sin embargo, cabe aclarar que estos pensamientos podrían pasar a ser obsesivos si se viesen reforzados. Por otro lado, nos comentó que las obsesiones y rumiaciones se reducían en los días que estaba más ocupado. Le proponemos volver a realizar la jerarquía completa desde los ítems iniciales hasta los finales y se mostró de acuerdo y motivado.

En la sesión número 20, nos contó que estaba muy bien, había estado haciendo todos los ítems de la jerarquía y una vez superados había vuelto a hacer esas conductas con una única acción. Nos comentó que lo que le había hecho sentir mal las semanas anteriores eran, principalmente, la sobrecarga lectiva y el haber vuelto a hablar con su exnovia. Había conseguido superar toda la jerarquía y reducir la frecuencia de todas las conductas a la normalidad a excepción de dos “echarse jabón en las manos” y “el número del volumen de la televisión” en las cuales seguía usando números que no le gustaban. Esto lo hacía por miedo a que, traer esas conductas a la normalidad, significase que nunca más iba a poder enfrentarse a números que no le gustaban. De hecho, nos contó que lo que más le había preocupado las semanas anteriores era el miedo a recaer y no el hecho de sentirse mal realmente. Le explicamos que eso no era así y que había aprendido las herramientas necesarias para enfrentarse a las conductas compulsivas. Aunque, este miedo ya se había reducido al comprobar que había comenzado a realizar la mayoría de conductas con normalidad y al ver que el malestar se había debido a un pico de estrés. Repasamos con él la psicoeducación y demostró conocer todos los detalles. Por lo tanto, le propusimos que comenzase a reducir la frecuencia de esas dos conductas a la normalidad de forma intermitente, es decir, que una vez se echase jabón un número par de veces y a la siguiente una sola vez, hasta llegar a normalizarlo por completo. También, durante la sesión evaluamos si sabía diferenciar qué pensamientos eran obsesivos y cuáles no, y se mostró muy seguro de saber diferenciarlos y nos los explicó adecuadamente.

Además, nos dijo que cuando le aparecía un pensamiento obsesivo este ya no le generaba apenas malestar, por lo tanto, no le prestaba atención y no tardaba en desaparecer.

Debido al éxito del tratamiento se le propuso realizar una última sesión de cierre (no incluida en el presente documento) y él se mostró de acuerdo. En esta sesión de cierre se realizará una prevención de recaídas, repasando todos los conceptos trabajados en terapia, así como, las herramientas aprendidas y el cómo utilizarlas ante posibles dificultades futuras. Se trabajará desde la psicoeducación, hecha de forma dinámica, en la que el usuario será quien nos tenga que contar todo lo aprendido, lo que se complementará con el planteamiento de situaciones hipotéticas y su resolución.

Resultados

Se ha seguido un diseño de caso único (N=1) de tipo A-B (León y Montero, 2015). Estamos ante un estudio de efectividad, en el cual no podemos controlar todas las variables extrañas y la intervención se ajusta de forma flexible a las demandas del usuario (Echeburúa, Salaberría, De Corral y Polo, 2010). Sin embargo, para minimizar la pérdida de validez interna se establecieron desde el principio qué medidas se iban a tomar y cuándo hacerlo. También, se elaboraron dos jerarquías de exposición claras y sin ambigüedades. Para evaluar de forma apropiada los resultados obtenidos mediante la intervención hemos combinado dos tipos de medidas. En primer lugar, hemos usado medidas pre-post, obtenidas mediante los autoinformes entregados de forma previa a la intervención y al finalizar está. También, hemos recogido medidas de proceso cuantitativas mediante los autorregistros y medidas de proceso cualitativas mediante evaluaciones breves al inicio de cada sesión. Todos estos resultados se explican de manera pormenorizada a continuación.

Autoinformes

Tal como se detalla en el apartado de “evaluación”, antes de la intervención se le pidió que cumplimentase cuatro cuestionarios. Concretamente el Inventario de depresión de Beck II- BDI II (Beck Depression Inventory-II; Beck, Steer y Brown, 1996), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI: (State-Trait Anxiety Inventory; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1983), Inventario de síntomas-90-Revisado, SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised; Derogatis, 1994) y la Escala de calidad de vida, WHOQOL-BREF (The World Health Organization Quality of Life;

OMS, 2004). A través de la comparación de las puntuaciones pre-post de estos cuestionarios podemos tener una evaluación del cambio.

BDI II. En cuanto al BDI II, cuestionario que mide sintomatología depresiva, de forma pre obtuvo una puntuación de 24 y de forma post una puntuación de 0. Esto muestra una importante reducción de síntomas de depresión, de hecho, según los baremos del cuestionario indica ausencia de depresión.

STAI. En cuanto a las medidas de ansiedad estado, el usuario obtuvo una puntuación previa en ansiedad estado de 34, siendo la puntuación post 0. Esta diferencia muestra una reducción muy importante sobre la ansiedad estado. En cuanto a la ansiedad rasgo la puntuación pre fue de 43 y la puntuación post fue de 16, lo que también muestra una reducción destacable.

SCL 90. Tal y como podemos observar, se ha producido una importante reducción en la sintomatología relacionada con el TOC. De forma previa al tratamiento puntuaba en obsesiones y compulsiones 2,4 y después del mismo obtuvo una puntuación de 0,3. También es importante prestar atención a los valores de ansiedad, obtiene de forma pre 2,2 y de forma post 0,1, y de depresión, obtiene de forma pre 1,92 y post 0. En el índice de severidad global, pasa de puntuar 1,60 a puntuar 0,16 y en el índice de malestar positivo que pasa de puntuar 2,36 a puntuar 1,38. También, ha habido una reducción dentro del resto de psicopatologías medidas por el cuestionario. Podemos ver un resumen gráfico de los datos en la Figura 4.

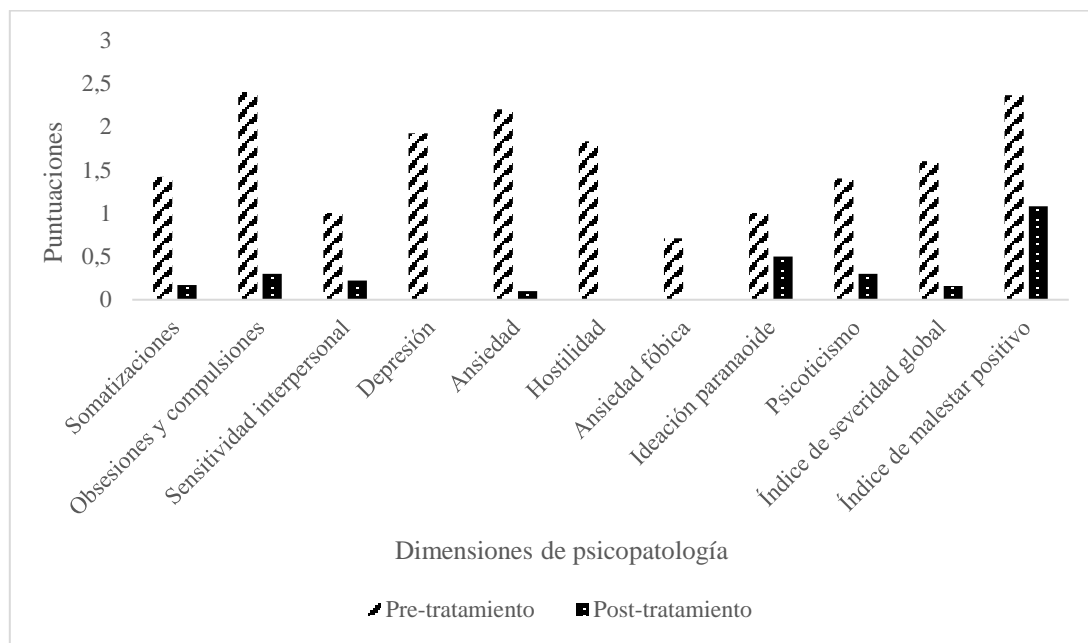


Figura 4. Puntuaciones pre-tratamiento y post-tratamiento SCL-90.

Escala de calidad de vida. WHOQOL-BREF. Dentro de las medidas de calidad de vida se aprecia un aumento de todas las puntuaciones (en todos los dominios su puntuación se encuentra en el centil 95). Una de las puntuaciones más bajas pre-tratamiento era salud psicológica (31) y ahora ha obtenido una puntuación casi tres veces mayor (94). También, ha habido un importante aumento en el dominio salud física, en el que pasa de tener una puntuación de 56, a una puntuación casi el doble de mayor (100). La puntuación global de la escala también ha aumentado, de 62,25 a 97. Podemos ver un resumen gráfico de los datos en la Figura 5.

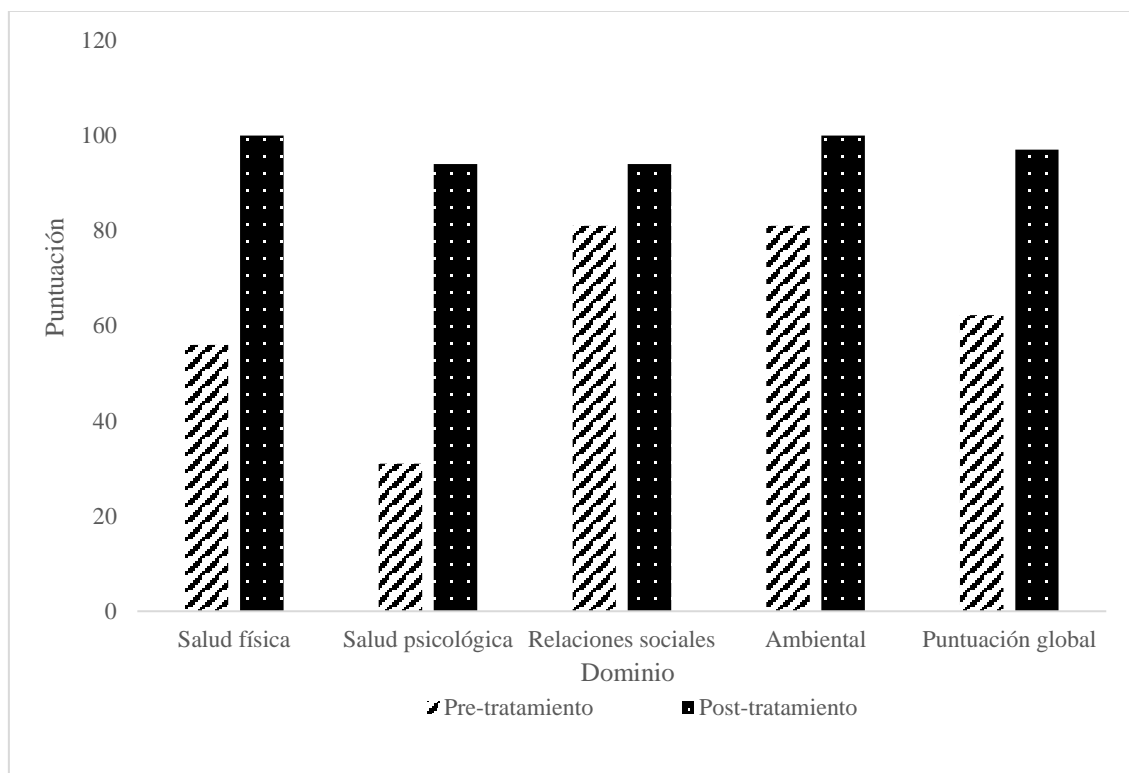


Figura 5. Puntuaciones pre-tratamiento y post-tratamiento WHOQOL-BREF.

Autorregistros

Durante el avance en la jerarquía de exposición, se le fueron pidiendo una serie de autorregistros. Estos registraban siempre las mismas medidas: ítem, tiempo de exposición, ansiedad mínima, ansiedad máxima, ansiedad final y dificultades o comentarios (Tabla 6). Con la información de “ansiedad máxima” se ha elaborado un gráfico de barras que compara la ansiedad máxima alcanzada en el primer ensayo de exposición de cada ítem con la del último ensayo de exposición (Figura 6).

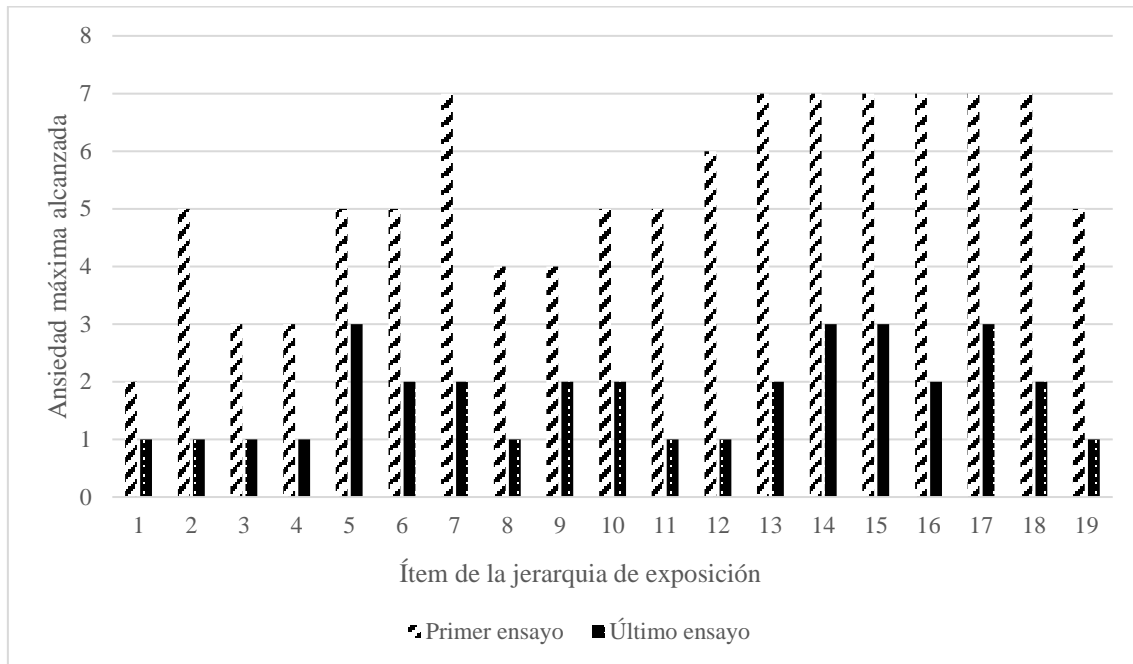


Figura 6. Ansiedad máxima alcanzada en el primer ensayo de exposición en comparación con el último ensayo de exposición.

Se puede observar como la ansiedad generada por todas las compulsiones se vio reducida a través de la exposición con prevención de respuesta. Se ha de tener en cuenta que no realizó el mismo número de ensayos para cada ítem. Realizó una frecuencia media de 4,44 ensayos por cada ítem. En los primeros 10 ítems la media de ensayos necesarios fue menor, 3,6, mientras que esta se incrementó en los últimos ocho ítems, 6,75 ensayos de media. Esto se debe a que los últimos ítems le producían más ansiedad y tuvo ensayos que no llegó a finalizar, es decir, realizó la compulsión antes de que la ansiedad se redujese. Esta conducta puede verse mantenida por refuerzo negativo y dificultar el próximo ensayo de exposición. También, progresivamente se vio reducido el tiempo necesario para finalizar cada ensayo, necesitando al principio tiempos de hasta 50 minutos y necesitando en los últimos ensayos tiempos de 3 minutos.

A modo de ejemplo ilustrativo, mostramos la evolución de dos ítems específicos en la Figura 7 y en la Figura 8.

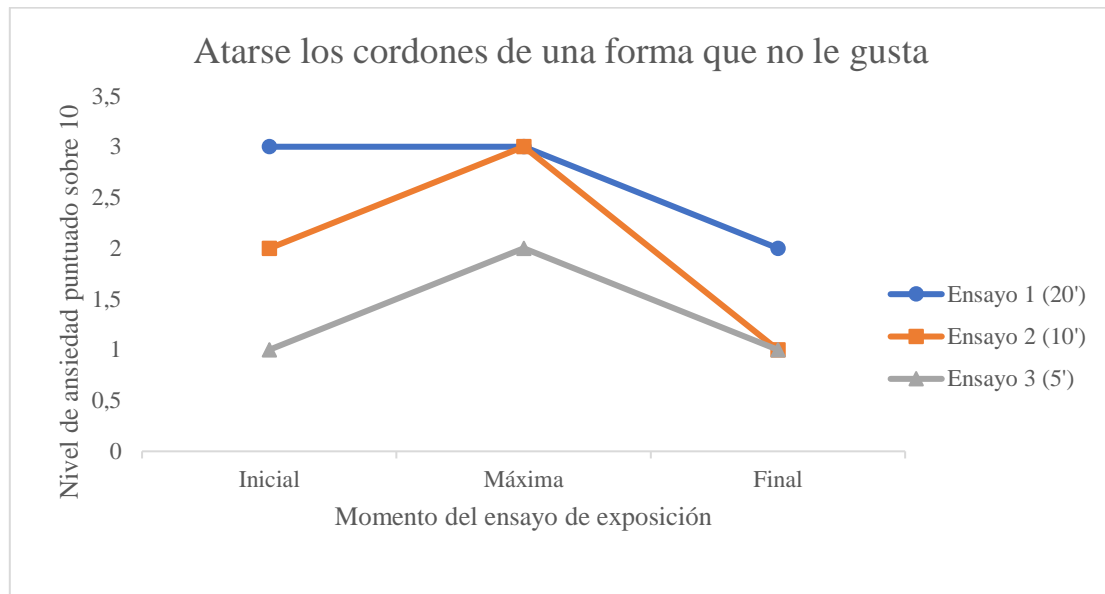


Figura 7. Gráfica de los 3 ensayos de exposición empleados para extinguir la asociación entre atarse los cordones un número par de veces y el malestar. Entre paréntesis se muestra el tiempo empleado en cada ensayo.

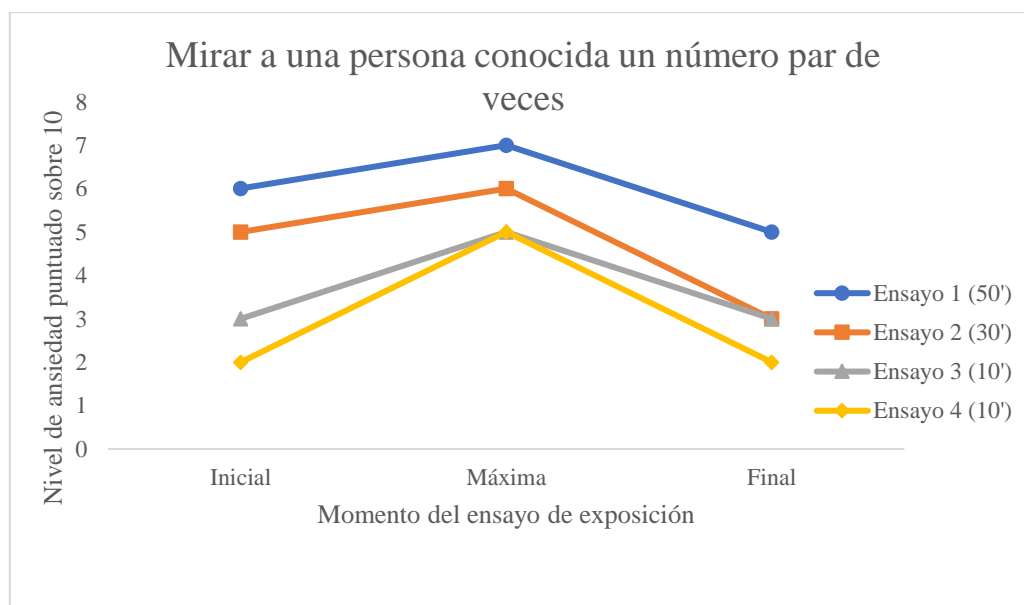


Figura 8. Gráfica de los 4 ensayos de exposición empleados para extinguir la asociación entre desbloquear el móvil un número par de veces y el malestar. Entre paréntesis se muestra el tiempo empleado en cada ensayo. En este ítem tuvo 4 ensayos que no logró completar.

También, se registraron los niveles de ansiedad sentidos durante la exposición a los pensamientos obsesivos, para los cuales recordemos que se utilizó una jerarquía independiente. Es importante conocer que en este punto fue donde se aplicó el programa de reforzamiento. En la Figura 9 mostramos las diferencias de ansiedad máxima alcanzada entre el primer en ensayo y el último de cada ítem. Para todos los ítems se pasaron 2 ensayos, excepto para el 2 (no estoy seguro de si mi exnovia sabe que le dejado), el 5 (me gustan los chicos) y el 9 (me atraen las niñas pequeñas) que necesitó 3 ensayos.

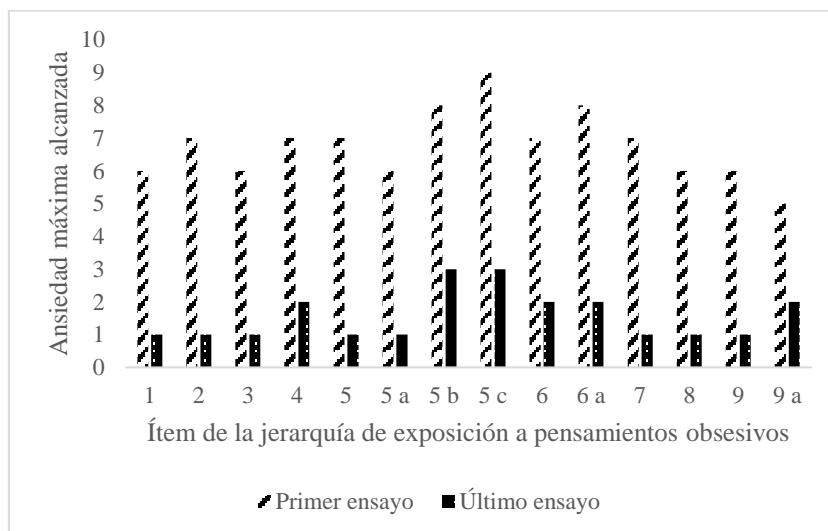


Figura 9. Ansiedad máxima alcanzada en el primer ensayo de exposición en comparación el último ensayo de exposición. Jerarquía de pensamientos obsesivos.

Adicionalmente, mostramos una gráfica de las curvas de ansiedad de un ítem de la jerarquía de pensamiento, el cual se trabajó en sesión preguntándole cuánta ansiedad sentía de 1 a 10. Podemos ver la evolución de las curvas de ansiedad en la Figura 10.

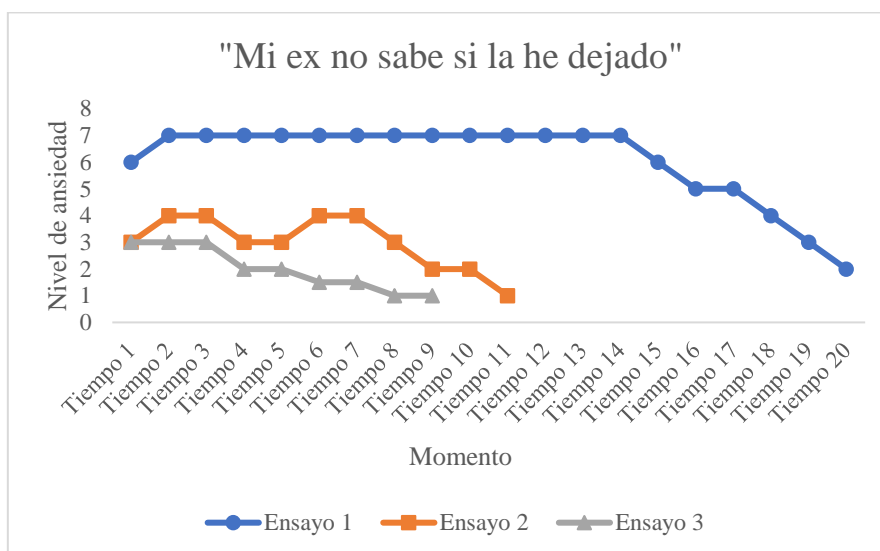


Figura 10. Cada medida se tomaba, aproximadamente, cada 45 segundos.

Medidas de proceso

Al comienzo de cada sesión se le preguntaba al usuario cómo se veía en relación a la semana anterior, anotando si se veía mejor, igual o peor. Estas anotaciones nos han permitido diseñar un gráfico de la evolución bajo su propia percepción subjetiva. Cada vez que nos decía que se encontraba mejor aumentábamos una unidad con una línea diagonal ascendente, si se sentía igual avanzábamos con una línea horizontal y si se veía peor bajábamos una unidad con una línea diagonal descendente.

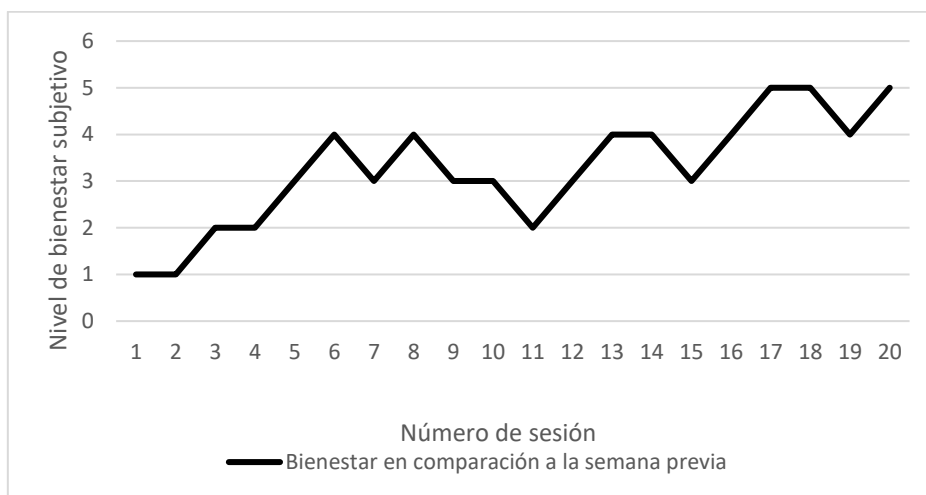


Figura 11. Medida de proceso de mejora del bienestar.

En la gráfica de proceso (Figura 11) podemos observar una mejora global, partiendo de una puntuación de 1 (en la primera sesión dijo estar mejor debido a que ya tomaba la medicación) y terminando en una puntuación de 5.

Verbalizaciones

También, cabe tener en cuenta como medidas de mejora las propias verbalizaciones del usuario. Él mismo nos comentó después de navidades que había mejorado mucho y que estaba disfrutando de la vida de nuevo. Había vuelto a escuchar música con tranquilidad y había dejado de tener dolores de cabeza. También nos contó que había mejorado su relación con los demás al saber que era el quien tenía que exponerse y no el resto quienes tenían que cambiar (eg., no pedirle a su hermano que cambiase el volumen de la televisión). Por otro lado, la coincidencia del confinamiento y el aumento de carga lectiva al acercarse la época de exámenes dificultó la adaptación de las conductas completa a la normalidad. Comentó que le aparecían más pensamientos

obsesivos los días en los que no tiene nada que hacer y se aburre. Aunque, este efecto fue espontáneo y breve. Ya no les da importancia a estos pensamientos cuando aparecen y asegura que terminan por desaparecer sin hacer la compulsión. En la última sesión registrada, la sesión número 20, el usuario estuvo comparándose con el principio de la terapia viendo todos los logros que había conseguido y agradeciéndonos nuestro trabajo porque había podido recuperar su vida.

Discusión

Partiendo de la información recogida en el conjunto de medidas y las propias verbalizaciones del usuario, podemos decir que el tratamiento ha tenido éxito. Se han obtenido diferencias notables en los cuestionarios al comparar los datos pretratamiento y postratamiento, al igual que, mediante los autorregistros hemos podido observar una reducción de la ansiedad sentida. A todo esto, cabe sumarle las medidas de proceso que nos muestran de manera muy gráfica como ha sido la evolución en positivo del usuario. Sin embargo, para valorar pormenorizadamente el éxito de la intervención debemos ajustarnos a los objetivos planteados en la evaluación. Recordemos que estos fueron los siguientes:

- Aumentar la comprensión sobre su comportamiento y malestar.
- Reducir o eliminar las compulsiones.
- Reducir o eliminar los pensamientos obsesivos.
- Modificar pensamientos desadaptativos en relación con las relaciones de pareja.

En cuanto al primer objetivo, el referente a aumentar la comprensión sobre su comportamiento y malestar, este se abordó desde la psicoeducación. Se dedicó más tiempo a la psicoeducación al inicio del tratamiento, pero esta se siguió abordando cuando era necesario a lo largo de toda la intervención. No hay registros o medidas objetivas que puedan dar prueba de la comprensión de su propia problemática. Sin embargo, el usuario tenía al principio del tratamiento un gran miedo a poder recaer y no poder evitar realizar compulsiones. Este miedo fue desapareciendo a medida que comprendió su problemática y pudo evidenciar el funcionamiento de la técnica de exposición con prevención de respuesta. De hecho, como hemos visto, tras la ruptura con su ex, sus pensamientos obsesivos cambiaron de forma y esto fue algo que le asustó, ya que sentía que a medida que trabajábamos unas obsesiones podían aparecer otras. Las obsesiones y compulsiones

también aumentaban en momentos de estrés, como por ejemplo durante exámenes. Partiendo de la literatura previa esto es esperable (Abramowitz, 2007; Cruzado, 1993). Aquí le comentamos que nuestro objetivo no era reducir la ansiedad sólo ante las obsesiones y compulsiones anotadas en la jerarquía de exposición, sino que el fuese capaz de afrontar las situaciones nuevas que le pudiesen ocurrir partiendo del conocimiento ya adquirido. Es importante resaltar que en la sesión de cierre se abordará de nuevo este tema, porque como hemos visto, el confinamiento, unido a la sobrecarga lectiva y al volver a hablar con su ex, le produjo un aumento de pensamientos obsesivos y la realización de dos compulsiones (“mirar algo un número impar de veces” y “abrir y cerrar una aplicación de móvil un número impar de veces”). Este aumento debido al estrés hizo que tuviese miedo de recaer, por lo que no quería llevar las conductas ya aprendidas a la normalidad (realizándolas una única vez), para demostrarse a sí mismo que podía seguir superando los ensayos de exposición.

En cuanto al segundo y tercer objetivo, los que hacen referencia a reducir los pensamientos obsesivos y las compulsiones, estos son en torno a los que gira gran parte de la evidencia, pues eran el motivo central de consulta. Se muestra claramente una reducción de la ansiedad en todos los ítems de la jerarquía. Si bien es verdad, que al comenzar el confinamiento y pasar periodos carentes de estimulación los pensamientos aumentaron. Esto no fue difícil de abordar, porque el usuario tenía el aprendizaje necesario para hacer frente a este aumento y exponerse. Además, al darse cuenta de que estos aparecían ante la falta de estimulación el mismo verbalizó que cuando hacía cosas, como, por ejemplo, tocar el piano y componer, los pensamientos se reducían o desaparecían. Por lo tanto, de forma autónoma organizó el tiempo dentro del confinamiento para dedicarlo a realizar actividades agradables. Es importante destacar, que la mayoría de pensamientos que le aparecían no venían acompañados de compulsiones y muchos de los pensamientos, no eran obsesivos, sino que parecían tener un carácter más reflexivo. Por ejemplo, había vuelto a hablar con su exnovia y se había estado replanteando recuperar la relación. Esto le hacía sentir muy culpable, porque él tenía la norma dogmática de no perdonar jamás a alguien que le hubiese traicionado y ahora está planteándose romper esa norma. En la última sesión nos comentó que había ido resolviendo estas dificultades con lo aprendido en las sesiones, aunque también los terapeutas normalizamos el tener emociones negativas y tener momentos más difíciles como parte de la vida cotidiana.

La compulsión más difícil de reducir o eliminar fue la de mirar algo un número impar de veces. Esto puede ser debido a dos razones, la primera de ellas es que es un movimiento muy automático y difícil de controlar, porque, aunque él lo denominase mirar realmente consistía en enfocar y desenfocar la imagen con el ojo. La segunda razón, es que era la compulsión más estrechamente relacionada con la atracción sexual. Los pensamientos acerca de si le podían atraer sexualmente animales, niñas pequeñas o sus amigos eran los que mayor malestar le generaban. Esta compulsión se continúa trabajando con expectativas positivas teniendo en cuenta toda la evolución previa. Cabe añadir información subjetiva proveniente del propio usuario, quien después de navidades (sesión 13) nos comentó que hacía mucho tiempo que no disfrutaba tanto de la vida, que había disfrutado mucho de sus vacaciones. Por ejemplo, nos contó que había vuelto a escuchar un grupo de música que le encantaba, pero que había dejado de escuchar porque en una canción decían “embarazada”. Al igual que esto, pudo retomar otras actividades, como ver el fútbol con su hermano, que antes lo evitaba porque su hermano tendía a dejar el volumen en números pares.

El último objetivo, el de modificar los pensamientos irracionales o desadaptativos con respecto a las relaciones de pareja, tampoco tiene un soporte empírico que lo pueda hacer demostrable. El mito más trabajado fue el de los celos, dónde mostraba un razonamiento emocional, “si me siento celoso, es porque algo está ocurriendo”. Además, este pensamiento derivaba en conductas desadaptativas, tales como hacer bromas a su pareja buscando comprobar si le estaba siendo infiel (eg., si su pareja le decía que no podía quedar el sábado, él la contestaba diciendo que sería porque había quedado con otro). También, intentaba leer sus conversaciones de móvil y vigilaba sus interacciones por redes sociales. Caben destacar, los pensamientos dicotómicos que aparecieron tras la ruptura, “si una persona me es infiel, jamás le podré perdonar”, que al principio eran adaptativos y le ayudaron a adaptarse adecuadamente a la situación (la eliminó de sus redes sociales, hizo muchas actividades de ocio, evitó hablar con ella), pero con el tiempo desembocaron en conductas desadaptativas (eg., no quedaba con sus amigos porque él era quien lo estaba pasando mal, entonces ellos tenían que tener el detalle de hablarle y decirle de salir). El cambio en estos pensamientos se evaluó mediante entrevista. El usuario estaba comenzando una nueva relación con otra chica y verbalizó que sustituía esos pensamientos por otros más adaptativos (que yo este celoso no es prueba de que me esté siendo infiel) y, además, había ido dejando de realizar las conductas de comprobación, como preguntarle, hacer bromas para que la otra persona le de información o intentar

mirar el móvil. Es importante destacar que, aunque esto no sean pensamientos obsesivos, si podrían llegar a serlo si se refuerzan de forma mantenida en el tiempo mediante conductas compulsivas, como la de mirar el móvil. Esto es algo común tanto a los pensamientos rumiativos o reflexivos, como a los pensamientos intrusivos, ambos pueden derivar posteriormente en pensamientos obsesivos en función de cómo sean tratados por la persona. Por este motivo, se trabajó con el usuario en la identificación y diferenciación de pensamientos obsesivos y reflexivos, poniendo énfasis en la estereotipia de los primeros y en cómo conseguimos reducir el malestar que nos producen (compulsiones).

Partiendo de los cuestionarios, si bien no se ha comprobado la significación estadística de las diferencias pre-post en los cuestionarios, podemos observar una mejora notable en todos ellos. Además, de lo directamente tratado (obsesiones y compulsiones) han mejorado otras áreas notablemente, como los síntomas de depresión, la ansiedad o la calidad de vida. Esto es algo esperable, debido a que, de acuerdo con la literatura previa, el Trastorno Obsesivo Compulsivo interfiere directamente con muchas áreas de la vida (Caballo et al., 2014). El TOC le impedía hacer cosas que antes disfrutaba con normalidad, como por ejemplo escuchar música. No podía escuchar música, que era uno de sus hobbies favoritos, porque si una canción saltaba dos veces, entonces tenía que escucharla una tercera vez. Si saltaba una cuarta vez, entonces se la tenía que poner una quinta. También, afirmaba terminar el día cansado por estar todo el día pensando y contando, incluso con dolor de mandíbula, porque cuando no podía completar una acción un número X de veces, se golpeaba el paladar con la lengua para intentar compensarlo. Todos estos efectos desaparecieron rápidamente a medida que se trataban los síntomas del TOC. Sin embargo, la puntuación en los cuestionarios post es extremadamente positiva, de lo cual se podría inferir un objetivo de querer complacer a los terapeutas, probablemente por la buena alianza terapéutica. Esto se puede observar sobre todo en el BDI II y en el STAI (ansiedad estado), donde obtiene puntuaciones de 0, lo cual es llamativo cuando lo comparamos con la media en población no clínica que es de 7 y 15 respectivamente (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010; Guillén y Buela, 2011).

El cuestionario de calidad de vida es de especial relevancia debido a que una de las críticas habituales a la TCC es que es una terapia centrada en los síntomas dejando de prestar atención a otros aspectos más amplios de la vida de las personas. Debido a este tipo de críticas se comenzaron a incluir medidas de calidad de vida en los estudios de eficacia de terapias cognitivo-conductuales. En el meta-análisis de Hofmann, Wu y Boettcher, 2014 podemos observar que la TCC contribuye a una importante mejora de la

calidad de vida. Además, en este metaanálisis podemos observar que es precisamente el TOC el segundo trastorno (tras el de estrés postraumático) en el cual se aprecian unas mayores mejoras en calidad de vida. Esto es algo que podemos ver reflejado en usuario si comparamos las puntuaciones obtenidas antes y después de la intervención.

Como apreciación final, cabe destacar la importancia de un seguimiento a medio y largo plazo con esta persona (eg., a los tres y seis meses), porque a medida que se han ido trabajando algunas compulsiones o pensamientos aparecían otros nuevos. Es verdad que tiene las herramientas, y que, además, habiendo tenido que exponerse solo desde casi el principio del tratamiento (recordemos que en sesión no sentía ansiedad porque se sentía seguro) ha podido aprender muy bien las bases del aprendizaje. Sin embargo, el usuario tiene un alto miedo a una posible recaída. También, se puede establecer la hipótesis de que tenía cierta dependencia a la terapia. Esta idea se basa en que nadie en su entorno le comprendía con respecto al TOC y en la consulta era el único lugar en el que podía hablar de ello. Su madre prefería no hablar del tema y su hermano le decía que no le comprendía, que no tenía ningún sentido para él. Su suegra le llamó “loco” y después de dejarlo con su ex, esta también lo hizo. En consulta se sentía libre de expresarse, tanto que en una sesión nos quiso decir que significado tenía para él cada uno de los números. Tuvimos que detenerle en el número 35 porque aquello no tenía fin, pero el mismo nos dijo que le hacía mucha ilusión compartirlo. No sólo eso, sino que cuando le anticipamos que se acercaba el final de la terapia se mostró muy triste, comentando que le daba mucha pena, que se sentía muy a gusto con nosotros y que no quería terminar. De hecho, la vez que pidió que le adelantásemos una cita (sesión 19) lo hizo poniendo como asunto del email “os echo de menos”. Una vez tuvimos esa cita de seguimiento se estuvo desahogando de varias cosas (de la situación con su exnovia, el miedo a los exámenes, la frustración por no crecer en su canal de YouTube en el cual toca el piano, etc.), pero no dio apenas importancia a las obsesiones y compulsiones. Fuimos nosotros los que, llegado un punto, tuvimos que redirigir la entrevista para evaluar su desarrollo con respecto al TOC (aquí fue cuando le volvieron algunas compulsiones por el estrés, sobre todo la de mirar), pero él no se mostraba preocupado por eso.

La gráfica de proceso aporta mucha información en cuanto a cómo ha sido la evaluación de la persona en el proceso terapéutico. Si atendemos a ella, podemos observar que la evolución, aunque positiva, no es lineal. Lo cual es habitual y esperable. Además, estos cambios se pueden explicar fácilmente en base a la información recogida en las sesiones. Por ejemplo, en la sesión 6 nos cuenta que su pareja le ha sido infiel, pero

muestra en sesión mucha estabilidad, en cambio es en la sesión 7 cuando se ve un efecto de la ruptura sobre su estado de ánimo. Atendiendo a las fases del duelo, lo sucedido en la fase 6 bien podría describirse como una fase de negación. Hay un pico llamativo de bajada en la sesión 11 y esto coincide con un aumento en la carga lectiva. También observamos que comenzó a adaptarse bien al confinamiento (sesión 17), pero que a medida que la situación aumento en el tiempo tuvo alguna semana con dificultades.

Este estudio tiene una serie de limitaciones que caben ser señaladas. En primer lugar, comparte las limitaciones propias de un estudio de efectividad sumadas al hecho de que es un estudio de caso único, lo que hace que tenga una baja validez externa (los resultados no son generalizables). A pesar de tener una baja validez externa, es un estudio que respalda la transportabilidad de los datos evidenciados sobre tratamientos eficaces. Además, este tipo de estudios tienen una baja validez interna: al no tener un control sobre las variables extrañas no se puede asegurar que los cambios sucedidos se deban al propio tratamiento. El tratamiento no siguió un protocolo de intervención estricto, sino que fue flexible en sus distintas etapas y se fue adaptando según las necesidades del usuario. De hecho, en un punto de la terapia se intervino con pensamientos irracionales acerca de las relaciones de pareja, lo que no estaba directamente relacionado con el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Posibles soluciones a estas limitaciones serían ampliar la muestra, comparar el tratamiento aplicado con un grupo control en lista de espera y estandarizar el protocolo de intervención. En cuanto a las medidas recogidas, se podría haber registrado la frecuencia de compulsiones realizadas cada día. Esto no se hizo porque no era útil para el usuario y, de hecho, podría haber supuesto un exceso de demandas por parte de la terapia, generando un coste de respuesta muy alto. Por último, habría dado más valor al estudio recoger información del seguimiento a largo plazo (eg., a los seis meses y tras un año), lo cual no se pudo hacer por las condiciones del contexto. Con estos datos se podría saber si las estrategias enseñadas al usuario le sirven para mantenerse estable en el tiempo y afrontar de forma independiente posibles nuevas dificultades (Echeburúa et al., 2010; Hunsley y Lee, 2007).

Sin embargo, al ser un estudio de caso único tiene una serie de ventajas. Precisamente, esta flexibilidad y la capacidad de autocorrección de la terapia dotan de riqueza al estudio, funcionando como un complemento a los estudios de eficacia. A modo de ejemplo, los terapeutas en un principio teníamos planificado realizar los ensayos de exposición en sesión para poder controlar todas las variables (eg., que no interrumpiese la exposición realizando la compulsión), aunque, por las características del usuario esto

no se pudo hacer y tuvo que exponerse fuera de sesión desde el principio. Debido a esto, el presente estudio muestra como con una alta comprensión del usuario sobre su propia problemática, adquirida a través de una buena psicoeducación y pautas claras, hace que sea capaz de realizar las técnicas de forma más independiente a los terapeutas. Además, la cantidad y claridad de las medidas recogidas nos dan información clara y sin ambigüedades acerca de cómo ha sido la evolución del usuario. Concretamente, la evaluación continua es una medida que aporta mucha información. El gráfico de proceso nos da una imagen muy clara sobre como la evolución de una persona no es lineal, sino que sigue un desarrollo irregular, ya que hay muchas variables modificando su conducta (eg., el estrés por la alta carga lectiva). En resumen, a pesar de las limitaciones señaladas, este trabajo supone una aportación al campo de conocimientos de la psicología cognitivo-conductual, ya que podría ser de utilidad para profesionales en la práctica clínica que deseen ver de manera pormenorizada la intervención realizada con una persona con Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Referencias

- Abramowitz, J. S. (2007). *Trastorno obsesivo-compulsivo*. México: Editorial El Manual Moderno.
- American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5: Manual de diagnóstico estadístico y de trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arnold, P. D., Sicard, T., Burroughs, E., Richter, M. A. y Kennedy, J. L. (2006). Glutamate transporter gene SLC1A1 associated with obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 769-776. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.769
- Bados, A. (2005). Trastorno Obsesivo-compulsivo. Departament de personalitat, avaluació i tractament psicològics. Universitat de Barcelona. Recuperado de: <https://campus.autismodiario.com/wp-content/uploads/2016/12/Trastorno-Obsesivo-Compulsivo.pdf>
- Bados, A. y García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de: <https://r2h2b9j9.rocketcdn.me/wp-content/uploads/2014/10/Reestructuracion-Cognitiva-paso-a-apso.pdf>
- Barlow, D. y Durand, V. (2003). *Psicopatología* (3ª ed.). Madrid: Paraninfo.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio: Psychological Corporation.
- Belloch, A, Bonifacio, S. y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología*, vol. II: Edición revisada. Madrid: Interamericana-McGraw Hil.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Manuales Psicología). Madrid: Siglo Veintiuno.
- Caballo, V., Carroble, J. y Salazar, I. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2ª ed.), Colección Psicología. Madrid: Pirámide.
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J. y Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 152, 441-443. doi: <https://doi.org/10.1176/ajp.152.3.441>
- Centro de Psicología Aplicada (2012). Historia biográfica. Recuperado de: http://www.uam.es/UAM/documento/1446762018056/historia_biografica_adultos.pdf?blobheader=application/pdf

- Cruzado, J. (1993). *Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- De las Cuevas, C., González de Rivera, J. L., Henry Benitez, M., Monterrey, A. L., Rodríguez-Pulido, F. y Gracia Marco, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de psiquiatría* 7(3), 93-96. doi: 0213-0599/91/07.03/93
- Derogatis, L. R. (1994). SCL-90-R. Brief Symptom Inventory and matching clinical rating scales. En M. Maruish (Ed.), *Psychological Testing, Treatment Planning and Outcome Assessment*. Nueva York: Erlbaum.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., y Polo, L. R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(3), 247-256.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., y Bunout, P. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 139(5), 579-586. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003>
- Eysenck, H. J. (1981). Behavior therapy and the conditioning model of neurosis. *International Journal of Psychology*, 16(1-4), 343-370. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/00207598108247424?scroll=top&needAccess=true>
- Foa, E. B., y Wilson, R. (2001). *Stop obsessing! How to overcome your obsessions and compulsions*. New York: Bantam
- León, O. G. y Montero, I. (2015). *Métodos de investigación en Psicología y Educación*. Madrid: McGraw-Hill.
- Roberts, C. y Botella, C. (1990). El trastorno obsesivo-compulsivo (I). Una revisión de las teorías explicativas. *Análisis y modificación de conducta*, 16, 549-584. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7088267.pdf>
- Franklin, M., Sapyta, J., Freeman, J., Khanna, M., Compton, S., Almirall, D., y Foa, E. (2011). Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial. *Jama*, 306(11), 1224-1232. doi:10.1001/jama.2011.1344
- Gavino, A. (2005). *Tratando... trastorno obsesivo-compulsivo: Técnicas, estrategias generales y habilidades terapéuticas* (Recursos terapéuticos). Madrid: Pirámide.

- Gavino, A., Nogueira, R. y Godoy, A. (2014). *Tratamiento del TOC en niños y adolescentes* (Psicología. Manuales prácticos). Madrid: Pirámide.
- Gempp, F. R., y Avendaño, B.C. (2008). Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 39-58. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718>
- Guillén, A. R., y Buela, G. C. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Hofmann, S. G., Wu, J. Q., y Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(3), 375. doi: 10.1037/a0035491
- Hunsley, J., y Lee, C. M. (2007). informed benchmarks for psychological treatments: Efficacy studies, effectiveness studies, and beyond. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 21.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., y Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*, 21(3), 169-184. doi: 10.1002/mpr.1359
- Martin, G., y Pear, J. (2007). *Modificación de conducta: Qué es y cómo aplicarla* (8ª ed.). Madrid: Prentice-Hall.
- McGuire, J., Piacentini, J., Lewin, A., Brennan, E., Murphy, T., y Storch, E. (2015). A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive-compulsive disorder: Moderators of treatment efficacy, response, and remission. *Depression and anxiety*, 32(8), 580-593. doi: 10.1002/da.22389
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46(6), 553-565. <https://doi.org/10.1037/h0054288>
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 108-121.
- Olivares, J., y Méndez, F. (2014). *Técnicas de modificación de conducta* (6a ed. revisada). Madrid: Colección Psicología Universidad.
- Fernández, A., y Luciano, M. C. (1992). Limitaciones y problemas de la teoría de la preparación biológica de las fobias. *Análisis y modificación de conducta*, 18(58), 203-230.

- Peñate, W. (2008). Psicología clínica y psicodiagnóstico: sobre la vigencia del modelo de evaluación conductual. *Análisis y modificación de conducta*, 34,150-151.
Doi: <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v34i150-151.700>
- Pittenger, C. (2017). *Obsessive-compulsive disorder: phenomenology, pathophysiology, and treatment*. Oxford University Press.
- Redolar, R., Balada N., Márquez V., y Silvestre S. (2012). *Farmacología y endocrinología del comportamiento*. Barcelona: UOC.
- Robbins, T. W., Vaghi, M. M., y Banca, P. (2019). Obsessive-compulsive disorder: puzzles and prospects. *Neuron*, 102(1), 27-47. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2019.01.046>
- Rosa, A., y Olivares, J. (2010). *El trastorno obsesivo-compulsivo en niños y en adolescentes: Tratamiento psicológico* (Colección Ojos Solares). Madrid: Pirámide.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., y Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53.
- Sánchez, J., Rosa, A. I., Iniesta, M., y Rosa, Á. (2014). Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 28(1), 31-44. doi: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.007>
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 571-583.
- Schrag, A., Gilbert, R., Giovannoni, G., Robertson, M.M., Metcalfe, C. y Ben-Shlomo, Y. (2009). Streptococcal infection, Tourette syndrome, and OCD: is there a connection? *Neurology* 73, 1256–1263. doi: <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181bd10fd>
- Seligman, M. E. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior therapy*, 2(3), 307-320. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(71\)80064-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(71)80064-3)
- Sevillá, J. y Pastor, C. (2014). *Tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo: Un manual de autoayuda paso a paso* (5ª ed.). Valencia: (Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta).

- Skarphedinsson, G., Weidle, B., Thomsen, P. H., Dahl, K., Torp, N. C. y Nissen, J. B. (2015). Continued cognitive-behavior therapy versus sertraline for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder that were non-responders to cognitive-behavior therapy: a randomized controlled trial. *European child y adolescent psychiatry*, 24(5):591-602. doi: <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0613-0>
- Stewart, S. E., Yu, D., Scharf, J. M., Neale, B. M., Fagerness, J. A., Mathews, C. A. y McGrath, L. (2013). Genome-wide association study of obsessive-compulsive disorder. *Molecular psychiatry*, 18(7), 788-798. doi: <https://doi.org/10.1038/mp.2012.85>
- Swedo, S. E., Leonard, H. L., y Rapoport, J. L. (1992). Childhood-onset obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, 15(4), 767-775. doi: [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30207-7](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30207-7)
- Tolin, D., McKay, D., Forman, E., Klonsky, E., y Thombs, B. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(4), 317-338. doi: <https://doi.org/10.1111/cpsp.12122>
- Tomàs, J., Bassas, N., y Casas, M. (2004). *Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos obsesivo-compulsivos en paidopsiquiatría: (guía práctica)* (1ª ed., Cuadernos de paidopsiquiatría 23). Barcelona: Laertes.
- Tomàs, J., y Casas, M. (2004). *Tratamiento obsesivo-compulsivo en la infancia y la adolescencia* (1ª ed., Cuadernos de paidopsiquiatría 22). Barcelona: Laertes.
- Twohig, M., Hayes, S., Plumb, J., Pruitt, L., Collins, A., Hazlett-Stevens, H., y Woidneck, M. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(5), 705. doi: 10.1037/a0020508
- Olatunji, B., Davis, M., Powers, M., y Smits, J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of psychiatric research*, 47(1), 33-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020>
- Rosa A., y Olivares J. (2010). *El trastorno obsesivo-compulsivo en niños y en adolescentes: Tratamiento psicológico* (Colección Ojos Solares). Madrid: Pirámide.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Vallejo, M. A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13(3), 419-427.
- Vargas, L. A., Palacios, L., González, G., y De la Peña, F. (2008). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: una actualización. Primera parte. *Salud mental*, 31(3), 173-179. doi: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000400005&script=sci_arttext
- Vellosillo, P., y Vicario, A., (2015). Trastorno obsesivo compulsivo. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(84), 5008-5014. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.07.010>
- World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996 (No. WHOQOL-BREF). Geneva: World Health Organization. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63529/WHOQOL-BREF.pdf>

Anexo 1

Email tipo de programa de reforzamiento.

Envío de la tarea

Buenos días,

Continuamos con LA SEMANA DE LOS RETOS. Como superaste con total éxito el reto anterior, en este segundo día vamos a poner las cosas un poquito más difíciles. Si quieres conseguir 1 PUNTO hoy tendrás que:

-Mirar una foto de tu ex 2 VECES y pensar que tienes dudas de si sabe que habéis terminado la relación.

Responde al mensaje con:

Ans. Inicial- Ans. Máxima- Ans. Final- Tiempo

Si superas este reto conseguirás 1 PUNTO

PUNTOS|X| | | | |PREMIO| | |

¡Ánimo!

Respuesta

¡¡¡¡ENHORABUENA!!!!

Has conseguido superar el reto de hoy, así que aquí estás 1 punto más cerca del regalo misterioso.

PUNTOS|1punto| | | | |PREMIO| | |

¡Mañana un nuevo reto!

Un saludo,

Anexo 2

Jerarquía de exposición. Conductas compulsivas.

1. Poner las zapatillas posicionadas en una posición que no sea cada una mirando en su dirección.
2. Abrir y cerrar la puerta un numero par de veces.
3. Irse a dormir a una hora par.
4. No atarse los cordones con una posición concreta que le genera alivio.
5. Abrir y cerrar la mochila un número par de veces.
6. Al lavarse, aplicarse jabón un número par veces.
7. Cuando camina pasar por la derecha (asocia la derecha con números pares) si hay 3 pivotes.
8. Enchufar el cargador del pc un número par de veces.
9. Oír una palabra mala un numero par de veces.
10. Que el volumen de la televisión no esté en un número que le guste.
(Aparecen pensamientos de “no pasa nada”)
11. Sentarse dos veces.
12. Atarse los cordones dos veces
13. Enchufar y desenchufar los cascos un número par de veces.
14. Desbloquear el móvil un número par de veces.
15. Dejar un número par de mensajes en Whatsapp
16. Escuchar una canción un número par de veces.
17. Mirar a una persona que conozca un número par de veces.
18. Abrir y cerrar una app de móvil un número par de veces.
19. Pensamientos obsesivos del tipo “yo era una chica” o “tengo síndrome de Edipo”.
20. Pensar que vuelva su expareja o cosas el pasado y perder lo actual. Pensar que sigue queriendo a su expareja.

Los dos últimos ítems, relacionados con los propios pensamientos obsesivos, se operativizaron en otra jerarquía independiente.

Anexo 3

Jerarquía de exposición. Pensamientos obsesivos.

1. No estoy seguro de si mi primera exnovia sabe que la he dejado.
2. No estoy seguro de si mi ex novia sabe que la he dejado.
3. Mi primera exnovia está embarazada.
4. Mi exnovia está embarazada.
5. Me gustan los chicos.
 - a. Me gusta un actor de cine (aparece si miro su foto 6 veces).
 - b. Me gusta mi mejor amigo.
 - c. Me gusta el chico con el que mi exnovia me ha puesto los cuernos.
6. Me atraen los perros.
 - a. Me atrae un perro en concreto.
7. He nacido chica.
8. Me atrae mi madre.
9. Me atraen las niñas pequeñas.
 - a. Me atrae una niña en específico.