



MÁSTERES de la UAM

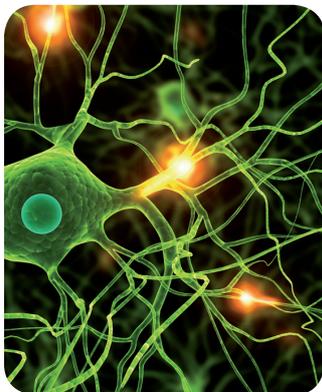
Facultad de Psicología
/ 14-15

Psicología
General Sanitaria



Intervención en un caso de Trastorno Obsesivo Compulsivo de larga evolución

*Patricia González
Iglesias*





Intervención en un caso de Trastorno Obsesivo Compulsivo de larga evolución

Patricia González Iglesias

Patricia.gonzalez.iglesias@gmail.com

Trabajo de Fin de Master en
Psicología General Sanitaria

Tutor académico: Ignacio María
Montorio Cerrato

2014

El único momento en que no siento miedo es cuando duermo (A.N.)

ÍNDICE

1. Resumen	- 2 -
2. Introducción	- 2 -
2.1. Criterios diagnósticos y actualización DSM-5.	
2.2. Caracterización	
2.3. Epidemiología y factores relacionados	
2.4. Diagnóstico diferencial	
2.5. Comorbilidad con otros trastornos	
2.6. Modelos explicativos	
2.7. Tratamientos	
3. Identificación del paciente y motivo de consulta o de derivación	- 17 -
3.1. Identificación del paciente	
3.2. Motivo de derivación.	
4. Estrategias de evaluación y formulación clínica del caso	- 20 -
4.1. Estrategias de evaluación	
4.2. Formulación clínica del caso	
5. Objetivos del tratamiento.	- 40 -
6. Intervención	- 42 -
6.1. Descripción del tratamiento	
6.2. Encuadre	
6.3. Contenido de las sesiones clínicas	
6.4. Eficacia de la intervención	
7. Discusión.	- 57 -
8. Referencias	- 60 -
9. Anexos: VER CD ADJUNTO AL TRABAJO.	

1. RESUMEN

En este trabajo se presenta el estudio de caso N=1 de A.N., varón de 51 años que actualmente acude al Hospital de Día Psiquiátrico en el Hospital Universitario Infanta Sofía. Cuenta con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo de 30 años de evolución y Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad. Muestra rituales cognitivos, de limpieza, de comprobación y de orden y simetría que, actualmente son bastante independientes de las obsesiones, las cuáles en ocasiones no se observan. La evaluación se realizó mediante entrevista, ISRA, BDI-II, Y-BOCS y autorregistros conductuales. Se ha empleado la Exposición con prevención de respuesta como intervención desde una perspectiva cognitivo conductual. El paciente abandonó la intervención antes de finalizarla, de forma que no se han logrado todos los objetivos propuestos. A pesar de ello, sí se han obtenido mejorías significativas en relación al funcionamiento previo del paciente.

La intervención específica que en este trabajo se presenta la ha realizado la autora del trabajo, con ayuda y supervisión de la psicóloga de la unidad, Begoña Arbulo.

2. INTRODUCCIÓN

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es uno de los problemas de ansiedad más común. Es el cuarto trastorno psicopatológico más prevalente después de las fobias, el abuso de sustancias y la depresión mayor. Se caracteriza como el problema de ansiedad más grave e invalidante debido a la complejidad que presenta (generalmente aparece asociado a otros trastornos) y a la tradicional dificultad que su tratamiento ha tenido (Vallejo, 2001). No surge como una categoría independiente, separado de las fobias hasta la publicación del DSM-II (APA, 1968).

2.1 Criterios diagnósticos y actualización DSM-5.

En el DSM-IV-TR el Trastorno Obsesivo-Compulsivo se incluye en los trastornos de ansiedad. Los criterios que se contemplan para su diagnóstico son los siguientes:

F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo [300.3]

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

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

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

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

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

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

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

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

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

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

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

Aunque para el caso que se expone, se seguirán los criterios propuestos en el DSM-IV-TR, no puede obviarse la “revolución” que supone la publicación del DSM-5 en relación a este trastorno. Esta actualización no se refiere tanto al concepto del TOC en sí mismo (aunque también se han realizado matices) sino más bien a que se toma como una entidad nosológica central: “Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados”. Alrededor del TOC hay una serie de trastornos relacionados que posiblemente derivan del patrón cognitivo observado en él. Así, en esta nueva categoría encontramos los siguientes trastornos: Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno dismórfico corporal, Trastorno por acumulación, Tricotilomanía, Trastorno por excoriación, Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias / medicación, Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado debido a otra condición médica, Otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado especificado, Trastorno obsesivo compulsivo y relacionado no especificado (APA, 2013). En cuanto a los matices más llamativos cabe señalar los siguientes aspectos:

- Se plantean menos criterios para las obsesiones: ya no es obligatorio que la persona tenga conciencia de que las obsesiones son fruto de sus pensamientos. Sólo se contempla su carácter recurrente e intrusivo y que cause malestar significativo así como que intente ignorarlos, suprimirlos o neutralizarlos.
- Se elimina el criterio B: “*en algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales*” (DSM-IV-TR) (APA, 2010) y se incorpora en el DSM-5 como un especificador: con conciencia de enfermedad buena o ajustada, pobre y ausente/delirante.
- Se añade la especificación de “*relacionado con tics*” dada su alta comorbilidad con TOC.

En relación a la CIE-10 se puede decir que el TOC se engloba, en una gran categoría, independiente de los trastornos de ansiedad, denominada: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (engloba desde F42-49). En relación a TOC contempla: Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos, Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos), Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos, Otros trastornos obsesivo-compulsivos y Trastorno obsesivo compulsivo sin especificación. Estos dos últimos no se contemplaban en el DSM-IV-TR pero sí en el DSM-5

2.2 Caracterización

El trastorno se caracteriza por la presencia de ideación obsesiva que, generalmente se acompaña por acciones y comportamientos que se realizan como un ritual, que son lo suficientemente graves como para que provoque pérdidas de tiempo significativas.

Obsesiones

El DSM-IV-TR define las **obsesiones** como *pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos e inapropiados y que causan ansiedad y malestar significativos*. Son egodistónicas dado que, aunque la persona reconoce que no son el tipo de pensamientos que esperaría tener, son fruto de su mente a pesar de ser involuntarias. Hay una gran variabilidad interindividual en cuanto a la duración y la frecuencia de las mismas. Generalmente, tienen poca relación con hechos de la vida real, no son simples preocupaciones excesivas por problemas de la vida real.

Las obsesiones más frecuentes giran en torno a temas como la contaminación (por ejemplo contraer una enfermedad si tocan a otra persona), dudas repetitivas (por ejemplo preguntarse a uno mismo si ha realizado un acto en concreto), necesidad de colorar las cosas en un orden específico (por ejemplo, malestar intenso ante objetos descolocados o asimétricos), impulsos de carácter agresivo u horroroso (por ejemplo herir a un niño) y fantasías sexuales (DSM-IV-TR, 2010).

Una obsesión no siempre implica miedo a un daño específico, algunas personas informan sobre pensamientos muy específicos como por ejemplo “voy a herir a mi hija”, mientras que otras tienen una vaga sensación de terror de que va a ocurrir un hecho terrible. Así pues, una persona puede experimentar un malestar intenso ante objetos que no estén colocados de forma simétrica sin que anticipe consecuencias nocivas por el “desorden”, mientras que otra puede pensar que si no ordenan los objetos simétricamente, él o su familia sufrirán un accidente.

Compulsiones

El DSM-IV-TR define las **compulsiones** como *comportamientos o actos mentales de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación*. Sin embargo, normalmente no suelen estar conectadas de forma realista con aquello que quieren evitar o neutralizar o son excesivas.

Las compulsiones pueden ser tanto actos motores como actos encubiertos. Estas últimas compulsiones mentales pueden ser topográficamente idénticas a las obsesiones salvo que tienen una funcionalidad distinta (aliviar ansiedad). De mayor a menor frecuencia en adultos encontramos lavarse o limpiar, rituales mentales, repetir acciones, pedir o exigir certeza, ordenar acumular y contar. Generalmente lo harán en ausencia de otros. En el caso de los niños y adolescentes, de mayor a menor frecuencia vemos rituales de lavarse, repetir acciones, comprobar tocar, contar y ordenar (Bados, A., 2005).

En la siguiente tabla se pueden observar las diferentes temáticas según diversos autores, según Ruiloba (2001):

Temática	Akhtar y cols., 1975	Marks, 1987	Rasmussen y Eisen, 1988	Khanna y cols., 1990	Rasmussen y Eisen, 1992
Contaminación/limpieza	46	51	50	32	55
Dudas/comprobación	75	38	61	-	42
Somáticos	-	-	33	14	33
Simetría/orden	-	9	34	-	32
Repetición	-	40	-	-	-
Agresivos	29	-	31	9	31
Sexuales	21	-	24	21	24
Religiosos	11	-	-	-	10
Acumulación	-	2	18	-	-
Paso del tiempo	-	-	-	13	-

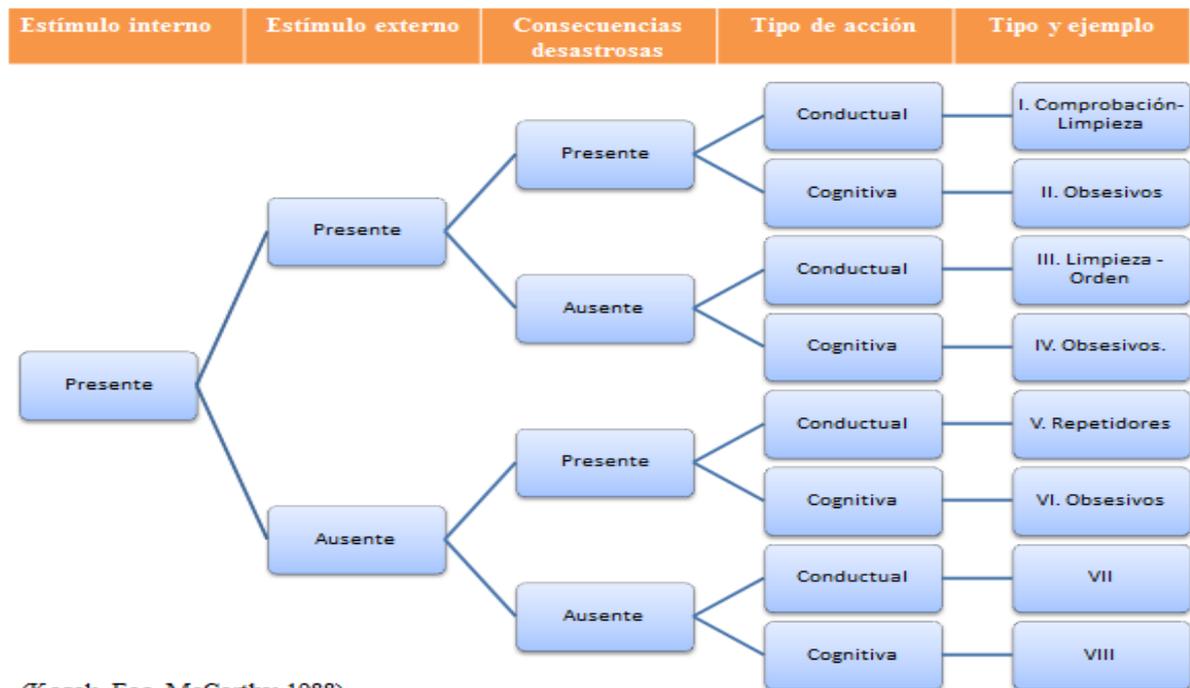
La suma de porcentajes supera el 100%, porque la mayoría de los pacientes presentaba más de una temática obsesiva.

Según estudios epidemiológicos, aproximadamente el 50-60% de los pacientes presentan obsesiones puras, sin compulsiones manifiestas. Son más frecuentes en aquellos que presentan obsesiones de contenido religioso, agresivo o sexual (Abramowitz y cols, 2003)

Dado el carácter egodistónico del trastorno, junto a las obsesiones y compulsiones se da una evitación de las situaciones que desencadenan las obsesiones y, consigo todo el ritual. Además, a todo esto habría que añadir la lentitud compulsiva que les caracteriza: actividades cotidianas pueden llevar horas debido a la estructuración y reglas de los rituales (por ejemplo, volver a empezar si se distraen)...

Clasificaciones

Dada la gran variabilidad que hay, tanto interpacientes como intrapaciente (a lo largo del tiempo pueden variar las obsesiones y las compulsiones), hay diversos autores que han planteado diferentes tipos del trastorno. Tan sólo se señalará la clasificación más influyente del Grupo de Foa. Esta autora plantea subtipos de TOC en función de: a) Que exista un estímulo interno que desencadene la obsesión, b) Que exista un estímulo externo que desencadene la obsesión, c) Que se anticipe algún tipo de catástrofe si no se realiza una acción y d) Que el tipo de acción sea manifiesta o encubierta. Estas dimensiones dan lugar a 8 tipos de obsesivos (Kozak, Foa, McCarthy, 1988).



(Kozak, Foa, McCarthy, 1988)

El segundo, cuarto y sexto son ejemplos de obsesiones puras puesto que no hay compulsiones manifiestas. El tipo uno (comprobación y limpieza) es muy común, las compulsiones manifiestas se asocian a señales externas y anticipación de desastres (por ejemplo: ritual de limpieza para “prevenir la infección”). El tipo tres (limpieza-orden) viene desencadenado por estímulos externos sin anticipación de desastres (ejemplo: los “limpiadores”, la suciedad o el desorden causan malestar pero no se prevé ninguna consecuencia negativa). El tipo quinto (repetidores) repiten una acción un número de veces determinado para evitar la posibilidad de un desastre futuro. Del tipo siete y ocho no se han descrito casos.

Por último, señalar que Rachman (1994) introduce el concepto de *polución mental* como alternativa a los pacientes con compulsiones de limpieza. Distingue el *sentirse sucio* y la sensación de *polución mental*. La primera surgiría de estar en contacto con objetos sucios y puede eliminarse con el lavado. Sin embargo, la polución mental es una sensación de suciedad “interior” y no se eliminaría con el lavado puesto que surge y se mantiene de forma independiente de la suciedad objetiva.

Procesos cognitivos alterados: Fusión pensamiento-acción

Es característico en el TOC, la presencia de la fusión pensamiento-acción (Rachman, 1993) por la cual *se asumen relaciones causales incorrectas entre los propios pensamientos (especialmente los intrusivos) y la realidad*. Está muy relacionado con el esquema disfuncional de la sobreestimación de la importancia de los pensamientos, por el cual el hecho de que aparezca un pensamiento es señal de su importancia. Se pueden distinguir dos componentes en la fusión pensamiento acción: tipo moral (“pensar algo

malo es tan inmoral como hacerlo”) y tipo probabilidad (pensar sobre algo aumenta la probabilidad de que ocurra).

2.3. Epidemiología y factores relacionados

En relación a la **epidemiología**, su incidencia ha aumentado en los últimos 10 años según diferentes estudios epidemiológicos. Un estudio realizado por el National Institute for Mental Health (NIMH) concluye que el TOC es entre un 50-100% más frecuente de lo que se pensaba, mostrando una prevalencia de 2,5 % en adultos y un 2-3% en niños y adolescentes. También se estima que, aproximadamente el 80% de los casos de los adultos tienen su inicio en la infancia-adolescencia. En un meta análisis realizado en USA (Stewart et al, 2005) identificaron el TOC como uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños y adolescentes. Estudios recientes han estimado una prevalencia global del 2,5 % y una prevalencia anual que se sitúa entre el 1,5 y el 2,1 % (APA, 2010). También se ha visto que la incidencia de trastorno obsesivo-compulsivo en parientes de primer grado de individuos con síndrome de la Tourette es superior a la observada en la población general (APA,2010).

En relación a su **inicio** cabe mencionar que aunque suele iniciarse en la adolescencia o a principios de la edad adulta, también puede comenzar en la infancia. Por lo general, los hombres tienen una edad más temprana de inicio que las mujeres: cerca del 25% de los hombres han iniciado la patología antes de los 10 años (Muñoz et al, 2014). La edad de inicio en las mujeres suele situarse entre los 20-29 años. La mayor parte de las veces, el trastorno aparece de forma gradual aunque también se han registrado casos de inicio agudo.

La investigación acerca de **factores precipitantes** arroja resultados mixtos. *Algunos estudios encuentran que entre el 30-50% de los casos no manifiestan la existencia de un acontecimiento precipitante (Goowin, Guze & Robins, 1969; Black, 1974), mientras que otros sugieren que entre el 56 y el 90% de los pacientes con TOC pueden recordar un precipitador (Lo, 1967; Ingram, 1961; Rudin, 1953; Pollitt, 1957; Bridges, Goktepe & Maratos, 1973; Kringlen, 1965; Rassmussen & Eisen, 1992).* (Tallis, 1999). Otras investigaciones han encontrado que los individuos con TOC experimentan, durante los 6 meses previos al trastorno, un exceso de acontecimientos vitales, muchos de ellos relacionados con la salud y pérdida emocional. Aunque simplemente un aumento del nivel de responsabilidad también puede ser significativo.

Generalmente si no se trata, **su curso** es crónico, de forma que la mayor parte de los individuos presentan un curso crónico con altibajos donde se exacerban los síntomas, hecho que podría estar relacionado con eventos estresantes para el individuo. Otros individuos muestran un curso episódico (5%) (síntomas mínimos o ausentes en los periodos intercríticos) y, otros, muestran un curso deteriorante. Alrededor del 15 % muestra un deterioro progresivo de las relaciones sociales y ocupacionales (APA, 2010). En población adulta, sin tratamiento, las tasas de remisión son bajas: 20% en pacientes

reevaluados 40 años después (Muñoz et al, 2014). En casos de larga duración puede llegar a mostrarse una escasa o nula resistencia frente a las obsesiones, llegando al agotamiento y rendición realizando sin más los rituales. Incluso pueden mantenerse estos últimos en ausencia de una obsesión clara, que en su inicio estaba bien limitada.

2.4. Diagnóstico diferencial

En ocasiones el TOC se puede reconocer fácilmente pero hay otras veces en que la situación se complica dada la similitud y el solapamiento del TOC con otros trastornos. Además, los pacientes obsesivos suelen ocultar información, no son capaces de exponer toda la sintomatología o le restan importancia.

Hay que hacer las siguientes distinciones respecto al TOC: en primer lugar hay que diferenciarlo del *trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica y el relacionado con sustancias* dado que en estos casos no se podría hacer un diagnóstico de TOC. Tampoco se podría hacer cuando el contenido de las obsesiones se refieran a preocupaciones propias de otros trastornos por ejemplo: trastorno dismórfico corporal (preocupación por la apariencia), fobias, tricotilomanía (preocupación centrada en el cabello), trastorno de consumo de sustancias (preocupación en el consumo de drogas), hipocondría (preocupación por padecer una enfermedad), TEPT, trastorno por ansiedad generalizada (centrada en múltiples preocupaciones de la vida cotidiana)...

En cambio, sí que se permitiría un diagnóstico doble de TOC y trastorno depresivo si las obsesiones no están exclusivamente centradas con la culpa característica de la depresión. Normalmente, cuando la depresión es secundaria, los síntomas obsesivos compulsivos tienden a empeorar.

Por último, cabe mencionar que habría que distinguir el TOC tanto de los trastornos psicóticos como del TOCP. En el primer caso, se pueden distinguir las obsesiones de las ideas delirantes propias de los psicóticos. La principal diferencia sería que, mientras que las personas con TOC reconocen que las ideas provienen de su mente, las personas con ideas de inserción considera que éstas son ajenas a ellas (provienen del exterior). En el segundo caso, en el trastorno de personalidad no es necesario que aparezcan compulsiones u obsesiones sino que el rasgo principal es la preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control. Si se cumpliesen los criterios para TOC y TOCP se realizarían ambos diagnósticos.

2.5. Comorbilidad con otros trastornos

Habría una alta comorbilidad entre el TOC y otras psicopatologías. A saber:

- Trastornos de ansiedad: entre otras un 76% respecto a Trastorno de pánico, ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada y fobia específica.

- Trastorno depresivo o bipolar: un 63% para ambos aunque es más común la depresión. Esta depresión puede ser reactiva al TOC, aunque a veces es difícil discernir su secuencia de aparición.
- Trastornos de la personalidad: Los estudios de Sommerfeldt, Huta y Swinson (1998), muestran que la comorbilidad con trastornos de personalidad oscila entre el 50-65%, aunque con más frecuencia el dependiente, evitador e histriónico. También se observa una comorbilidad con el Trastorno obsesivo de la personalidad (TOCP) con un rango desde el 23-32%.
- Trastorno por tic: más de un 30% de individuos con TOC lo presentan a lo largo de su vida.
- En personas con esquizofrenia o alteración esquizoafectiva la prevalencia del TOC es de aproximadamente un 12%.
- Trastorno dismórfico corporal.
- Tricotilomanía.
- Excoriaciones.
- Trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo anorexia y bulimia nerviosa.
- Trastorno de la Tourette.
- Trastornos que se caracterizan por la impulsividad como por ejemplo el Trastorno oposicionista desafiante.

2.6. Modelos explicativos

Modelos biológicos

Desde la genética, tanto los estudios de concordancia en gemelos monocigóticos/dicigóticos como los estudios de familia arrojan datos de la contribución hereditaria al TOC. Los familiares de primer grado de pacientes con TOC tienen una probabilidad del 10-12% de presentarlo (mayor que en la población general). Se heredaría la vulnerabilidad al TOC, pero no las manifestaciones específicas (Muñoz et al, 2014).

En cuanto a alteraciones estructurales se ha postulado un **modelo ganglios basales-lóbulo frontal** (Muñoz et al, 2014). En los estudios de SPECT se observa un aumento en el flujo sanguíneo en la región medial frontal, lo cual implica a los ganglios basales a través del núcleo caudado relacionado con los síntomas motores compulsivos, la corteza orbitofrontal relacionada con las obsesiones y, el cíngulo. Sin embargo, no hay evidencia empírica suficiente que determine si estas alteraciones son primarias o secundarias al trastorno.

Por último, hay varias hipótesis relacionadas con la neurotransmisión. La más popular hace referencia a un déficit en la actividad serotoninérgica (dada la eficacia de los ISRS); sin embargo hay datos que no la apoyan e incluso apoyan la hipótesis de un exceso de actividad dopaminérgica (Muñoz et al, 2014).

Modelos psicológicos

Haciendo una revisión de la evolución de los modelos en este trastorno encontramos que, en relación a los modelos basados en ***teorías del aprendizaje*** destaca el modelo bifactorial de Mowrer (1939) en el cual se explica el origen/contenido de las obsesiones mediante condicionamiento clásico y su mantenimiento por condicionamiento operante (refuerzo negativo) mediante respuestas de evitación pasiva o de evitación activa (compulsiones/rituales). Según Teasdale (1974) la evitación activa se produce porque la pasiva no consigue controlar la ansiedad. Este modelo ha recibido muchas críticas, entre ellas la falta de evidencia de experiencias traumáticas relacionadas con el contenido de las obsesiones. Si nos centramos en modelos basados en el ***aprendizaje social***, destaca Rachmann como primer autor. Propone el modelado y la transmisión de información como medios para la adquisición del TOC. También señaló la importancia de variables de aprendizaje temprano (ej. estilo de crianza; serían más probables los rituales de limpieza en familias con padres sobreprotectores con pautas de evitación pasiva y, rituales de verificación en ambientes más crítico).

Sin embargo, en los últimos años los ***modelos cognitivos*** están tomando un papel principal dado que destacan el papel de los sentimientos y cómo se interpretan y valoran los pensamientos intrusivos y obsesivos. Comparten la importancia de las experiencias tempranas que predisponen al TOC (estilos educativos paternos centrados en la responsabilidad y el perfeccionismo, modelos con características obsesivo-compulsivas, formación religiosa rígida, pensamiento mágico...). Éstas predisponen al TOC por la promoción de determinadas creencias sobre el daño y la responsabilidad (por ejemplo: responsabilidad exagerada, control absoluto sobre los pensamientos, sobreestimación de la importancia de los pensamientos, sobreestimación de la amenaza, intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo) y por las implicaciones de los pensamientos intrusivos que llevan a la valoración muy negativa de los mismos.

Desde esta línea cabe mencionar en primer lugar, A.Carr (1971, 1974) y McFall y Wollersheim (1979) donde el sujeto haría una valoración no realista de la amenaza que provendría de pensamientos erróneos o irracionales y subestimaría su capacidad de afrontamiento. Reed (1977) plantea el TOC como un déficit en el procesamiento de información que le llevaría a una dificultad para hacer predicciones sobre el medio dada su dificultad para distinguir lo relevante de lo irrelevante (experimentarían dudas ante muchas experiencias cotidianas) y una dificultad para categorizar el material informativo y almacenarlo a largo plazo. Para intentar compensarlo recurren a límites artificiales muy rígidos como los rituales.

A partir de 1985 se desarrollaron otros modelos cognitivos muy relevantes para la comprensión del TOC. A saber:

El Grupo de David Barlow (1988) plantea dos vulnerabilidades para los trastornos de ansiedad: una biológica (reacciones al estrés con respuestas emocionales intensas) y una psicológica (aprendizaje a lo largo de la vida de que determinadas ideas o pensamientos son peligrosos e intolerables). Dados estos dos y una situación de estrés, se producirá una respuesta emocional negativa y una serie de pensamientos que juzgarán como inaceptables y tratarán de suprimir. Tras varias repeticiones se creará un círculo vicioso donde se deteriora el estado de ánimo.

El grupo de Edna Foa (1985, 1988) que se basa en la teoría bioinformacional de Peter Lang, sugiere que a diferencia de otros trastornos de ansiedad, en TOC la “red de miedo” es muy heterogénea con muchas y complejas asociaciones con elementos de daño, culpa o amenaza. Para sentirse seguros necesitan hacer evitación activa (rituales). Estos pacientes se caracterizarían por concluir que una situación es peligrosa cuando no hay datos de seguridad pero no inferirían que una situación es segura en ausencia de información de peligro. Así, las compulsiones tienen que ser repetidas ya que no proporcionan seguridad a largo plazo.

El grupo de Stanley Rachman (1993, 1995, 1996, 1997, 1998) indica que son las interpretaciones catastróficas erróneas de los pensamientos intrusivos lo que origina las obsesiones de modo que: si continúan las interpretaciones erróneas lo harán las obsesiones, mientras que si se debilitan o desaparecen también lo harán las obsesiones. Señala que la diferencia entre las obsesiones problemáticas y las normales es la valoración que hace la persona como significativa, amenazadora o catastrófica. De este modo establecen las bases para la exposición y la prevención de respuesta.

El grupo de Paul M. Salkovskis (1985, 1989, 1999) parte de diferenciar entre pensamientos automáticos negativos y obsesiones. Ambos son cogniciones intrusivas, pero difieren en varios aspectos: intromisión percibida, accesibilidad a la conciencia y que, mientras los PAN son egosintónicos las obsesiones son egodistónicas. Salkovskis resalta la valoración de la intrusión como paso intermedio entre la obsesión y la ansiedad. De modo que serían los PAN y no las obsesiones los responsables directos del malestar emocional. Sitúa el origen del TOC en esquemas disfuncionales que acentúan la responsabilidad y el control. Así, tras un incidente crítico que suponga un aumento de responsabilidad (ej.; cambio de empleo, independizarse...) se podrían activar estos esquemas ante pensamientos intrusivos normales, desencadenando los PAN y las conductas neutralizadoras (Muñoz et al, 2014). Señalan algunos esquemas disfuncionales: *tener un pensamiento sobre una acción es como realizar la acción; el fracaso en impedir/prevenir daño a uno mismo o a los demás es lo mismo que causar daño; la responsabilidad no se atenúa por otros factores; no llevar a cabo la neutralización cuando se produce la intrusión es similar a buscar o desear el daño*

relacionado; una persona debe y puede ejercer control sobre sus propios pensamientos. (Muñoz et al, 2014).

El Modelo Metacognitivo de Wells (2000, 2009) postula que las metacogniciones son el elemento clave para el origen y el mantenimiento del TOC. Un disparador como un pensamiento intrusivo, emoción o sentimiento activa las creencias metacognitivas sobre el significado de las intrusiones. En TOC, estas creencias eliminan la diferencia entre pensamiento y sucesos reales, produciéndose diferentes tipos de fusión: pensamiento-acción (ciertos pensamientos conducen a determinadas acciones), pensamiento-evento (tener un pensamiento hará que suceda un acontecimiento) y fusión de objeto (la propiedad, por ejemplo la contaminación, se puede transferir a través de los objetos).

2.7. Tratamientos para Trastorno Obsesivo Compulsivo

Los tratamientos más utilizados en el TOC han sido la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), la Terapia Cognitiva (TC) y la farmacoterapia.

Según Grayson, Foa y Steketee, las técnicas que más se emplean en este trastorno se pueden dividir en dos grandes categorías:

- a) Procedimientos de exposición: con el objetivo de reducir la ansiedad y el malestar asociado a las obsesiones.

Según Estímulos desencadenantes de la ansiedad	
Externos	Exposición prolongada in vivo. DS in vivo. Exposición con intención paradójica.
Pensamientos	Inundación en imaginación DS en imaginación Saciación Intención paradójica.
Consecuencias temidas	Inundación en imaginación Saciación Intención paradójica.

- b) Técnicas de bloqueo o supresión: para reducir la frecuencia de obsesiones y compulsiones: bloqueo conductual, prevención de respuesta, supresión cognitiva, detención de pensamiento y aversión cinta de goma.

Entre los nuevos procedimientos para la intervención en el TOC se encuentran la aplicación de la entrevista motivacional para aumentar la adherencia a la terapia de exposición (Simpson y Zuckoff, 2011) así como las terapias de tercera generación cuya eficacia se sigue investigando: mindfulness (Didonna, 2009) y Terapia de Aceptación y Compromiso (Twohig y cols., 2010).

Tratamientos empíricamente validados

Según el manual de Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (2011) señalan como tratamientos eficaces para el TOC la EPR y la farmacoterapia, mientras que sitúa en fase experimental a la combinación de EPR y farmacoterapia o terapia cognitiva dado que no muestran resultados superiores a los que muestran cada uno de forma individual. Por otro lado, el manual de Vallejo (2012) señala como tratamientos bien establecidos la EPR, las terapias cognitivas y el tratamiento farmacológico con ISRS.

Exposición con prevención de respuesta (EPR)

Los estudios de meta análisis sitúan su eficacia entre el 40-75%. *Un 80% de los pacientes conseguían eliminar o reducir considerablemente sus obsesiones tras el tratamiento, y después de un seguimiento de dos años, el 69% mantenía sus resultados (Foa, 2011) (Gavino, 2008).* Para ponerla en marcha es necesario explicar cómo funcionan las obsesiones/compulsiones al paciente y normalizar las experiencias intrusivas. Normalmente el número de sesiones se sitúa entre 10 y 20 con un promedio de 15 con una duración cada una de entre 1 y 2 horas. Se han planteado variaciones de la técnica:

- Añadir exposición en imaginación: se observó que mejoraba en el seguimiento, aunque no al final de la intervención.
- Autoexposición: Debe pedirse cuando el paciente ha aprendido a exponerse con el terapeuta de forma satisfactoria. Lo que resulta eficaz es la aplicación del tratamiento de forma sistemática más que la presencia del terapeuta.
- En grupo: igualmente eficaz que en formato individual.

Técnica de EPR para obsesiones con compulsiones

De forma previa a la exposición se requiere hacer una jerarquía de ítems según grados de ansiedad (USA: unidades subjetivas de ansiedad) y empezar con niveles no alta graduación, ya que provoca menos abandonos que la inundación. Para que sea efectiva, se necesitan sesiones de más de 45 minutos entre 15-20 sesiones. Es preferible la práctica a diario. En relación a la prevención de respuesta, es importante que sea prolongada, para poder producir habituación ya que si interrumpimos antes de tiempo podría producirse sensibilización.

Tratamiento de obsesiones sin conducta compulsiva manifiesta

Dado que en estos pacientes las obsesiones pueden confundirse con las compulsiones surgen ciertas dificultades como el hecho de que la supervisión de la exposición se hace más complicada dada que la conducta es encubierta o que son difíciles de identificar, acceder y controlar. Existen dos métodos principales en función de la finalidad del pensamiento:

- A. Para las obsesiones: habituación y exposición mediante estrategias como evocación deliberada (“Ten el pensamiento hasta que te diga”), poner el pensamiento por escrito varias veces o escuchar una cinta con los pensamientos con la voz del paciente. Se desaconseja la detención o parada del pensamiento.
- B. Para compulsiones/rituales cognitivos: detención o parada del pensamiento para interrumpir el ritual y puede servir como estrategia temporal mientras aprende a manejar técnicas de exposición.

Tratamiento cognitivo

La terapia cognitiva como tratamiento principal se basa en el modelo cognitivo del TOC. Se requiere un buen análisis funcional donde se identifiquen las valoraciones, proceso, creencias y supuestos erróneos del paciente que serán los objetivos del tratamiento. Se intenta combatir la sobreestimación de la importancia de los pensamientos, la fusión pensamiento acción (moral y probabilístico), el pensamiento supersticioso, la responsabilidad, el perfeccionismo, la interpretación exagerada de las amenazas y las consecuencias de la ansiedad. A partir del modelo de Salkovskis (1985, 1989, 1999) se han aplicado técnicas como el entrenamiento en autoinstrucciones, TRE o la terapia cognitiva de Beck.

En esta línea las técnicas de exposición y prevención de respuesta se pueden usar como experimentos conductuales para modificar las cogniciones disfuncionales. Asimismo las técnicas cognitivas sirven también para enriquecer las terapias conductuales facilitando la exposición, favoreciendo la generalización, previniendo las recaídas y en el caso de las obsesiones puras.

Tratamiento farmacológico

El principal tratamiento para el TOC serían los ISRS como la fluvoxamina, fluoxetina o la paroxetina. También se observan los mismos resultados con la clomipramina, antidepresivo tricíclico que actúa únicamente sobre la recaptación de la serotonina. Estos fármacos actúan eficazmente exista o no componente depresivo sobre añadido. En cuanto a los ansiolíticos, se ha visto que reducen la ansiedad pero no tienen efecto sobre el trastorno propiamente dicho.

La medicación es útil cuando hay elevados niveles de depresión, ideas sobrevaloradas y casos graves del trastorno. Sin embargo, es importante retirar la medicación según avanza la terapia.

Tratamiento quirúrgico

Se reserva para casos específicos graves que no responden a medicación ni a tratamientos psicológicos. Consistiría en la capsulotomía bilateral anterior o cingulotomía anterior de forma que se interrumpen las fibras del cíngulo. Se ha observado éxito en un 50% de los casos sometidos a estudio.

Otras perspectivas de tratamiento: Mindfulness, Terapia metacognitiva y Terapia de Aceptación y Compromiso

En *mindfulness* se lleva a cabo un proceso psicoeducativo sobre el mismo y cómo se aplica a las obsesiones. El objetivo es cambiar el modo en que el paciente se relaciona con los pensamientos más que su contenido. Se entrena en habilidades de conciencia plena y se combina con la prevención de respuesta. Forma parte de las terapias metacognitivas para el TOC (Wells, 2000; 2009) y en la Terapia de Aceptación y Compromiso (Towhig, Hayes y Masuda, 2006).

En la *Terapia metacognitiva para el TOC* (Wells, 2000; 2009), se trata de modificar dos dominios de creencias metacognitivas en el TOC: creencias acerca del significado e importancia de los pensamientos y sentimientos y las creencias sobre la necesidad de realizar rituales.

Por último, la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (Towhig et al, 2006) se basa en la aceptación de los pensamientos obsesivos y la ansiedad, renunciar a evitarlos y que las personas se comprometan y comporten según sus metas y valores.

3. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA O DE DERIVACIÓN

3.1 Identificación del paciente

A.N. es un paciente varón de 52 años natural de Roquetas de Mar, Almería. Nació el 14/05/1962. Está diagnosticado de Trastorno obsesivo compulsivo y trastorno anancástico de la personalidad/trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Biografía y situación basal: Es el menor de cuatro hermanos siendo él el único hombre (-T, 1951, vive en Colmenar, casada, 3 hijas-; -P, 1952, vive en Granada, divorciada, 1 hija- -A, 1956 vive en Antequera, 1 hija-). Vivió la mayor parte de su infancia apartado de la ciudad, puesto que su padre trabajaba como guardia en una azucarera y disponían de una vivienda en el recinto. Esto suponía estar lejos del colegio y de sus iguales, prácticamente las únicas relaciones (a excepción del colegio) que tenían se reducían a sus hermanas y padres. A.N. refiere que su padre era una persona que *“no se enfadaba muy a menudo, que iba acumulándolo y de vez en cuando estallaba en ira”*. También comenta que hacía muchos comentarios respecto a *“cómo debe ser un hombre”*.

Se trasladó a Madrid a los 15 años por problemas en el rendimiento académico por lo cual inició tratamiento psicoterapéutico. Al poco tiempo, volvió a su residencia habitual en Almería. Continuó sus estudios hasta lo que hoy en día sería una FP de arte.

Comenzó a presentar rituales de comprobación desde los 20 años aproximadamente, tras una ruptura sentimental con la que posteriormente sería su mujer, acompañándose este síntoma de dificultades de concentración y de atención. Los rituales fueron empeorando progresivamente en los años posteriores, y lo relaciona con el hecho de verse obligado a cuidar y asear a sus padres mayores y enfermos, que a veces no controlaban los esfínteres (*“todo estaba contaminado”*).

A.N. acudió por primera vez a tratamiento en salud mental en Roquetas de mar (Almería) en mayo de 2002 por ideas obsesivas de limpieza y de orden y múltiples rituales de comprobación y lavado de manos, presentando también ánimo deprimido reactivo a su trastorno. Fue diagnosticado de trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno anancástico de la personalidad/trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Estuvo ingresado en noviembre de 2006 en el Hospital de Día de Salud Mental del Hospital de Poniente, aunque solicitó el alta voluntaria al cabo de poco tiempo. En el informe de alta de dicho ingreso se recoge que en los meses previos el cuadro clínico se había agravado con un completo aislamiento social y ánimo deprimido

Se casó en 1997 y se separó en 2009, trasladándose a Madrid, donde vive la mayor de sus hermanas (T). Durante el matrimonio, A. refiere que, al principio su mujer, realizaba numerosas cosas por él y le ayudaba en los rituales. Con el tiempo, esta situación se fue haciendo cada vez más insostenible, deteriorándose la relación entre ellos hasta

situaciones bastante “extremas”. Refieren la hermana (T) y cuñado (P) que la situación de ruptura fue muy traumática (la mujer le dejó hasta sin comida) y el paciente indica que *“los dos nos hicimos mucho daño”*.

En mayo de 2010 acude a CSM Colmenar. Su evolución desde entonces ha sido fluctuante, pero con una clara tendencia a la cronificación de los síntomas obsesivos e importante dificultad para la normalización de su vida. La enfermedad ha cursado de forma muy incapacitante, y no ha sido capaz de mantener un empleo estable. Se le incluyó en el programa para pacientes con trastorno mental crónico, y ha requerido atención por parte del equipo de apoyo sociocomunitario. Entre otras labores, le ayudaban a ir a hacer la compra, tirar basura y “hacer que él limpiase su casa”. Al poco tiempo rechazó esta ayuda porque la consideraba muy invasiva y no se veía capaz de soportarla de la manera que se la planteaban. Tiene reconocida una discapacidad del 59 % desde el año 2010.

Trabajó muchos años como escaparatista/diseño propaganda, y ha trabajado también como conserje en el castillo de Manzanares El Real. Desde que se trasladó a Madrid, ha vivido solo aislándose cada vez más. Actualmente sólo recibe una visita al año: la revisión de la caldera.

En marzo de 2012 inició tratamiento en el Centro de Día del CSM Colmenar, con buena adaptación durante la mayor parte del tiempo. Una vez cumplidos los objetivos terapéuticos de ese dispositivo, y dado que en estos momentos parece difícil su reincorporación a la vida laboral, se plantea al paciente la posibilidad de pasar a otro recurso psicoterapéutico donde pueda trabajar mejor sus dificultades en la socialización y en la adaptación a las exigencias de la vida diaria, así como el manejo de los síntomas obsesivo-compulsivos y la tolerancia a la frustración. Solicitó el alta del Centro de Día por considerar que ya había cumplido sus objetivos, aunque se le ofreció la posibilidad de continuar dicho tratamiento hasta que pudiese ingresar en Hospital de Día.

Actualmente: Ingresa en Hospital de Día psiquiátrico en el Hospital Infanta Sofía el 30/09/2013. Presenta una grave cronificación de los síntomas obsesivos que interfieren en su vida de forma muy significativa, sobre todo asociado al contexto “su casa”. Podría decirse que “vive en un gran ritual, desde que se levanta hasta que se acuesta”. Se hará una mayor descripción de los síntomas en la parte de evaluación. Desde 2012 ha estado desempleado hasta que finalizó la intervención.

Tratamiento psicofarmacológico:

- Venlafaxina Retard 150 mg 2-0-0
- Lormetazepam 2 mg 0-0-0-1
- Diazepam 10 mg, 1 comprimido sólo en caso de ansiedad.
- **Suspendido de Risperidona 1 mg (desde 28 noviembre, 2013).**

3.2. Motivo de derivación

Como ya se comentó anteriormente, A.N. fue derivado desde el Centro de Día del CSM de Colmenar dado que consideraron que era difícil su reincorporación a la vida laboral en esos momentos y, por tanto, podría pasar al Hospital de Día psiquiátrico del HUIS para trabajar mejor sus dificultades en la socialización y en la adaptación a las exigencias de la vida diaria, así como el manejo de los síntomas obsesivo-compulsivos y la tolerancia a la frustración.

4. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN Y FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

4.1. Estrategias de evaluación

La evaluación junto a la devolución de la información del caso se llevó a cabo durante las primeras cuatro sesiones, a saber: 27 de enero, 3 de febrero, 10 de febrero y 17 de febrero. La evaluación del caso consistió en:

A. Entrevista clínica: como una primera aproximación a la evaluación se procedió a una entrevista semiestructurada donde se recogió información de los siguientes aspectos (*Adaptado de Bados, A., 2005*):

- Historia y desarrollo del problema así como tratamientos previos y resultados obtenidos.
- Obsesiones
 - o Características: frecuencia, duración, grado de ansiedad o malestar que provocan, resistencia y control sobre ellas.
 - o Situaciones externas y sensaciones corporales que desencadenan, ansiedad/malestar que producen estos factores y grado en que se evitan. Prestar atención a las conductas sutiles de evitación.
 - o Consecuencias negativas que se anticipan en las situaciones externas (Ej. contraer una enfermedad, provocar un incendio) o al no realizar la conducta de protección.
- Compulsiones (manifiestas y encubiertas)
 - o Características: frecuencia, duración, grado de ansiedad o malestar que provocan, resistencia y control sobre ellas
- Variables ambientales y personales funcionalmente relacionadas en el momento presente con las obsesiones y compulsiones.
- Interferencia de las obsesiones y compulsiones en distintas áreas de la vida del cliente (personal, familiar, social, laboral).
- Problemas psicológicos asociados al TOC y trastornos anteriores.
- Posibles problemas que pueden surgir si se soluciona el trastorno.
- Expectativas de A.N. respecto al tratamiento y lo que en él podía lograr.

A partir de la entrevista se pudo ver cómo era un día en la vida del paciente así como sus obsesiones:

- Al despertarse lo primero que hace es levantar la persiana comprobando que la cinta se encuentra perfectamente centrada. Mientras ejecuta esta acción le asaltan pensamientos como “tengo que ir al baño”, “tengo que preparar la medicación”, “tengo que sacar el pan del congelador”...lo cual retrasa el comprobar la posición de la cinta de la persiana.
- Después, procede con el ritual de hacer la cama para el que tiene unas normas muy estrictas: ventilar la habitación, estirar la sábana bajera, remeter el colchón por ambos lados y la parte de atrás hasta que quede perfectamente liso, colocar unos plásticos situados por debajo del somier que se ven por debajo de la cama hasta que choquen y escuche el ruido que hace que piense que ya está listo. Por último, ha de comprobar que la cama se encuentra a exactamente un palmo de distancia de la pared.
- Una vez está hecha la cama, A.N. siente la necesidad de colocar una serie de cosas encima del edredón en un orden determinado. Estos objetos representan para él tareas que tiene pendientes. Coloca un calendario donde apunta todo lo que piensa que puede olvidar, la ropa que tiene destinada para estar en casa perfectamente doblada, una bolsa con más ropa que usó con su cuñado el 3 de enero, que aún no ha conseguido guardar, encima de esta última un paraguas, papeles pequeños del hospital con la ruta de los autobuses de cuando empezó a ir para aprenderse la combinación del transporte público y, el calendario. Hay que mencionar que todos estos objetos tienen que estar de forma simétrica y paralelas a los bordes de la cama y entre ellas.
- Antes de salir de casa, ha de comprobar las luces y grifos. En el caso de las luces, concretamente en el baño, observa desde fuera mientras se repite mentalmente que si no alcanza a ver las cosas es porque la luz está apagada mientras que, en el caso de los grifos, ha de pasar la mano por debajo de ellos ya que si no se moja es que están cerrados. Además los presiona para reasegurarse más. Por último, cuenta y comprueba el número de cosas que lleva antes de salir de casa, por ejemplo: 4 anotaciones, el pastillero, las llaves y la bolsa roja y coloca un calcetín encima de la cama con la forma del número total de objetos que lleva (en el ejemplo de la entrevista 7). Para recordar el número durante el día inventa reglas nemotécnicas.
- Una vez ha salido de la puerta de casa, por miedo a que se quede abierta, introduce la llave en la cerradura y la gira varias veces hasta que en su cabeza se forma la imagen de todas las hendiduras encajando y cerrándose. Este número de veces es variable puesto que requiere que en su cabeza se forme esta imagen. Después como nueva reaseguración empuja la puerta con las manos por si pudiese abrirla. Cuando ha terminado con la puerta, presiona el botón de la luz varias veces y baja el primer tramo de escaleras donde se detiene para mirar nuevamente hacia arriba por miedo a que se le haya caído algo importante y

observa que no haya nada en el picaporte, en la cerradura y en la alfombra. Repite este mismo proceso hasta que consigue salir del portal.

- Una vez ha salido del edificio y la puerta externa, tiene que llegar a la parada del autobús para coger el de las 07:15 a.m., aun sabiendo que llega muy pronto al hospital. Durante este trayecto se detiene en varias ocasiones porque le asaltan pensamientos de haber perdido algo importante, por lo que tiene que ir mirando hacia el suelo y echar la vista atrás de vez en cuando para comprobar que no hay nada que se le haya caído. Una vez llega el autobús, saca de la bolsa roja el abono transporte y el ticket del mes correspondiente, lo valida y se queda con todo en la mano hasta que escoge un sitio para sentarse. De camino al asiento mira varias veces hacia atrás y hacia el suelo para comprobar que no se le ha caído nada. Una vez consigue sentarse se propone guardar nuevamente el ticket en el abono y, este en la bolsa. Para hacer esto ha de comprobar que lleva todos los tickets del abono acumulados, comprobar que sigue teniendo todos los objetos con los que salió de casa al mismo tiempo que le asaltan otros pensamientos de contenido variado (no es una temática específica), lo cual le retrasa en su ritual. Según comenta A.N. hay veces que llega al intercambiador de Plaza Castilla desde Tres Cantos sin haberlo podido guardar. Cuando baja del autobús, por el mismo miedo a perder algo, tiene que seguir mirándolo durante un tiempo mientras se aleja, para comprobar que sigue llevando todos los objetos. Emplea el mismo procedimiento para el segundo autobús que le lleva al hospital Infanta Sofía.
- Una vez en el hospital, emplea las escaleras en lugar del ascensor para llegar hasta la segunda planta ya que se queda parado dentro mirando al suelo viendo si hay cosas, tanto tuyas como desechos. Las únicas comprobaciones que realiza durante el día, varias veces, en el hospital son en el vestuario, comprobar que las puertas de los baños y la puerta de su taquilla están cerradas.
- Cuando se va a casa a la salida del hospital a las 14:30h aproximadamente, repite lo mencionado anteriormente en el camino de ida. Cuando llega a la verja exterior del edificio en el que vive comienza su ritual, ha de estar concentrado en poder meter la llave sin que le asalten otros pensamientos, algo que sucede con bastante frecuencia. Lo mismo ocurre en la puerta del portal. Nuevamente pulsa la luz varias veces y va observando hacia arriba que no haya nada hasta que consigue llegar a su casa. Una vez allí, tiene que comprobar que vuelve a casa con el mismo número de cosas con las que salió y, en muchas ocasiones tiene que hacer una revisión mental del trayecto que siguieron los autobuses así como del asiento donde se sentó. El resto del tiempo no realiza siempre las mismas actividades, varían en función del día. Antes de acostarse, quita nuevamente todos los objetos que tenía encima de la cama y los coloca en otro sitio y, una vez dentro de la cama, repasa mentalmente todo lo que ha hecho en el día por si hubiese olvidado algo.

Vista la rutina del paciente, se procedió a explorar otros posibles obsesiones y rituales:

- Cuando el paciente abre un armario o la puerta de la nevera y ve que las cosas no están colocadas a su gusto, dado el malestar que le genera tiene que colocarlo hasta que quede simétrico. Nos cuenta que el tener que colocar todas estas cosas le suponen mucho tiempo y que no dispone de él, así que procura abrir los menos armarios y cajones posibles. La misma rectitud sigue con todos los objetos de la casa: los instrumentos de higiene dental, revistas, lámparas... Actúa de una forma similar ante objetos con tapa o tapón, por ejemplo envases de leche o bolígrafos, donde tiene que tapar y destaparlos un número indeterminado de veces hasta que escucha el sonido que está esperando que indica que están correctamente cerrados.
- A.N. ha de apuntar en el calendario todas las cosas que él cree que tiene que recordar: citas para el médico, mandar a una determinada persona un mensaje de texto, llamar a alguien, ir a casa de su hermana, prever si se tiene que poner la inyección para ir al hospital, ir a visitar a su sobrino... Si no apunta todas estas cosas, tiene miedo de olvidar hacer algo importante. Cuando ya ha realizado alguna de las tareas, la tacha con bolígrafo. Sin embargo tiene que comprobar en varias ocasiones a trasluz lo que ha tachado para verificarlo nuevamente. En ocasiones además también apunta estas citas en la agenda del teléfono.
- Otra área muy afectada es la de ir a hacer la compra, ya que A.N. refiere mucho malestar y ansiedad en estas grandes superficies. Comenta la necesidad que tiene de ir colocando los objetos de las estanterías para poder reducir el malestar lo que hace que invierta muchas horas cuando tiene que ir a comprar, por ejemplo para hacer una compra de 15 € puede tardar 4 horas. Además evita las grandes superficies y los bazares chinos, los primeros por ser muy grandes y los segundos por contener demasiadas cosas en un espacio muy pequeño.
- Un aspecto de riesgo para su salud es el ritual que emplea para ir al baño para defecar que dura aproximadamente 5 horas. Dado que dura tanto el paciente ha modificado su dieta para tener que hacerlo solamente una vez por semana. El tener ganas de ir al baño implica que tiene que limpiar perfectamente el lavabo, el inodoro y la bañera para lo que utiliza productos en muchos casos dañinos para la piel. Mientras está sentado realiza otras actividades, generalmente escribe muchas notas en papel higiénico sobre cosas que debería hacer, decir o debería haber hecho o dicho en determinadas ocasiones. Una vez termina la deposición, tiene que introducirse en la bañera para poder lavarse perfectamente. El paciente no quiso contar en profundidad como realizaba este ritual de lavado porque decía que era demasiado humillante. Utiliza 3 jabones diferentes para varias partes del cuerpo, en varias ocasiones se ha hecho heridas cerca del ano y en los brazos por el procedimiento de lavado. Por último emplea diferentes toallas para

la mitad superior del cuerpo y la mitad inferior. Refiere que no puede no realizar este ritual porque si no estaría sucio.

- En cuanto al lavado de ropa, A.N no dispone de lavadora en su casa así que parte de la colada se la realiza su hermana. Por miedo a que su hermana confunda su ropa con la de su marido, revisa varias veces la ropa que introduce en la bolsa y apunta cada una de las cosas para comprobarlo en la recogida así como el número final. Nos indica que hay prendas que no le confía a su hermana ya que no se fía de que lo haga con el detergente adecuado; estas prendas las lava a mano, para lo cual dispone de varios detergentes diferentes. Para asegurar que el uso de estos es apropiado ha llamado a los teléfonos de información de los botes para que le informasen del tipo de ropa apropiada para lavar con ellos. Refiere, que cuando lava a mano tiene que dejarlos en agua mucho tiempo puesto que por mucho que frota nunca es suficiente y siempre queda jabón (aunque no lo vea).
- En cuanto al tirar la basura, es una acción que no realiza desde hace un par de años según cuenta A.N. Indica que para poder meter los desechos en una bolsa tiene que revisarlos muchas veces e ir uno por uno rompiéndolo por miedo a tirar algo que sea importante como por ejemplo el DNI. Además dice que aunque meta las cosas revisadas y rotas en añicos a la bolsa después siente la necesidad de volver a revisar las cosas y así continuamente. Esto ha provocado que tenga muchos desechos y otros objetos inútiles acumulados.
- Algo similar a lo anterior ocurre con las tareas y limpieza de la casa. Cuenta que lleva también un par de años sin limpiar porque no tiene tiempo para hacerlo. Al indagar más en este aspecto nos indica que tarda mucho tiempo puesto que tiene que hacerlo varias veces hasta que siente que está todo limpio. Además para ello emplea productos dañinos para la piel y sin guantes. Dice que el suelo y todas las superficies, a excepción de la cama y el cuarto de baño cuentan con una capa de polvo muy gruesa. Esto junto el acumular objetos hace que la habitabilidad de la vivienda se vea muy reducida, hasta el punto que la única visita que recibe al año es la de la revisión de la caldera. Señala que no se sienta en ninguna silla porque todas están sucias, que come de pie y las pocas veces que veía la televisión lo hacía del mismo modo.
- A.N. dedica aproximadamente 1:15 minutos los domingos a preparar la medicación. Con el fin de hacerlo correctamente, A.N. saca las cajas de pastillas que necesita, una vez las tiene extrae los blíster y, después saca las pastillas para colocarlas en el pastillero. Cuenta que tiene que comprobar varias veces que los cuenta que tiene que comprobar varias veces que los blíster que ha sacado corresponden realmente a sus cajas y, después de sacar las pastillas, guarda los trozos metálicos sobrantes en una caja por si tiene que volver a comprobarlo.

Este proceso generalmente se ve retrasado e interrumpido por pensamientos que le asaltan de otras tareas que tiene que hacer.

- Por último, señalar que A.N. refiere que repasa muchas veces los acontecimientos del día y posibles alternativas que podría haber hecho. Por ejemplo, si ha tenido una discusión o simplemente una interacción, se imagina actuando de un modo diferente. Del mismo modo, si prevé que al día siguiente tiene que hablar en la asamblea o considera que tiene algo que decir, lo ensaya varias veces para no olvidar decir nada y, además lo apunta todo en notas que llevará y leerá. Si no hace esto, teme actuar de forma incorrecta. También mencionar que si A.N. tiene que hacer algún tipo de tarea, para el hospital por ejemplo, primero ha de hacerlo en sucio para después pasarlo a limpio e ir tachando el primer documento. Tiene que comprobar a trasluz lo tachado para cerciorarse de que no ha olvidado nada.

A.N. refiere que todas estas actividades le suponen mucho tiempo en su vida, haciendo que se levante muy pronto cerca de las 5:30 a.m. y que en muchas ocasiones se acueste pasadas las 2 a.m. Inicialmente trataba de resistirse a los rituales, sin embargo actualmente no se lo plantea, los hace porque están en su rutina y no puede dejar de hacerlos ya que se pone muy nervioso y siente mucho miedo. Además, como ya constaba en su historial, el hecho de tener un Trastorno Obsesivo Compulsivo de la personalidad, es una variable personal que influye negativamente en la forma que tiene de hacer las tareas y actividades de la vida agravando su trastorno. A partir de la entrevista y a lo largo del contacto con A.N. pudo verse que era una persona interesada en las manualidades y bastante creativa, aspecto que se tendrá en cuenta en determinados momentos de la intervención.

El paciente informa que ve muy difícil el poder cambiar bruscamente porque lleva muchos años así pero que está muy motivado, con ganas de conseguir mejoras y de trabajar para ello.

B. Aplicación de la Escala de Yale Brown (Y-BOCS; Goodman et al., 1989). La Y-BOCS es una entrevista semiestructurada que contiene dos partes diferenciadas. La primera de ellas incluye una lista de 40 obsesiones y 29 compulsiones categorizadas según el contenido. Incluye obsesiones agresivas, de contaminación, sexuales, de acumulación/ahorro, religiosas (escrupulosidad), necesidad de simetría o exactitud, somáticas y una mezcla de ellas (miscelánea). Los contenidos de las compulsiones que contempla la escala son los siguientes: de limpieza/lavado, de comprobación, repetición, de contar, ordenar/arreglar, almacenar/coleccionar y una categoría miscelánea. Por otro lado, la segunda parte es una escala que permite evaluar la severidad de los síntomas independientemente de su contenido. Esta escala consta de 10 ítems, 5 dedicados a obsesiones y 5 a compulsiones, lo cual permite evaluarlas por separado. Además una de sus grandes ventajas es que es muy sensible a los cambios producidos por el

tratamiento. Cabe señalar que no fue creada como instrumento diagnóstico. En relación a la primera parte se observa que:

- En relación a obsesiones de A.N:

Obsesiones	Actuales	Pasadas
Obsesiones agresivas	NO	NO
Obsesiones de contaminación	SI	SI
Obsesiones sexuales	NO	NO
Obsesiones de acumulación	SI	SI
Obsesión con la necesidad de simetría o exactitud	SI	SI
Obsesiones miscelánea (necesidad de saber o recordar, miedo a no decir justo lo correcto, miedo a perder cosas, imágenes intrusas)	SI	SI

- En relación a las compulsiones de A.N.:

Compulsiones	Actuales	Pasadas
Limpieza/Lavado	SI	SI
Comprobación (a excepción de hacer daño a otros o uno mismo)	SI	SI
Rituales de repetición	SI	SI
Rituales de contar (el número de cosas con las que sale de casa)	SI	SI
Ordenar/arreglar	SI	SI
Compulsiones miscelánea (rituales mentales, excesiva realización de listas, necesidad de decir)	SI	SI

- En la siguiente tabla, se pueden observar los resultados de la segunda parte:

Síntoma y medida	Puntuación
Puntuación total de obsesiones y compulsiones	32/40
Obsesiones	17/20
Compulsiones	15/20

C. Aplicación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal&Cano-Vindel, 1986, 1988, 1996). Es un instrumento de autoinforme compuesto por 22 situaciones y 24 posibles respuestas de ansiedad que corresponden a los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor). Hacen un total de 224 ítems que fueron seleccionados con una triple metodología empírica, racional y factorial (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986). Se basa en el Modelo Interactivo Multidimensional de la Ansiedad de Enderly y Magnusson (1976) y el Modelo Tridimensional de Lang (1968). Debe evaluar con una escala de 0 (casi nunca)-4(casi siempre) la frecuencia con que aparecen estas respuestas. Consta de 8 escalas; las

cuatro primeras para los 3 sistemas de respuesta y una escala global de rasgo y, las otras 4 evalúan el rasgo específico en cuatro áreas situacionales (evaluación, interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana). Los resultados obtenidos por A.N. se observan en la siguiente tabla expresados en centiles:

Sistema de respuesta	Puntuación	Rasgos específicos	Puntuación
Cognitivo	>99	Evaluación	95
Fisiológico	80-85	Interpersonal	85-90
Motor	55-60	Fóbica	85-90
Puntuación Total	90-95	Cotidiana	85-90

En el perfil de los sistemas de respuesta, el componente cognitivo se encuentra en la clasificación de ansiedad extrema mientras que el fisiológico y el motor se encuentran en ansiedad severa y moderada respectivamente. Globalmente se clasificarían como ansiedad severa. En el perfil de los rasgos específicos todos se encuentran en la clasificación como ansiedad severa salvo el de evaluación que se encuentra justo en el límite entre ansiedad severa y extrema.

D. Aplicación del Inventario de depresión de Beck (BDI-II, Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown, 2011). El BSI-II es un autoinforme que incluye 21 ítems tipo Likert (0-3). Su objetivo es detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Es uno de los instrumentos más usados con este fin, concretamente el quinto entre los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Describe los síntomas clínicos más frecuentes de la depresión, recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993), en pacientes adultos y adolescentes de más de 13 años con un diagnóstico psiquiátrico de depresión.

A.N. obtiene una puntuación de 15 que corresponde a depresión leve.

Para finalizar, tomando en conjunto todos los datos obtenidos en las diferentes técnicas de evaluación, puede extraerse la información necesaria para realizar la formulación clínica del caso que se presenta: estímulos discriminativos, conductas que eliciten, consecuencias, procesos por los que se perpetúan dichas conductas así como variables personales implicadas en el TOC de A.N.

4.2 Formulación clínica del caso

Antes de comenzar con la formulación clínica del caso hay que mencionar algunos aspectos. En la programación inicial facilitada por el hospital se contaba con 4 sesiones de evaluación (incluida la devolución de información al paciente), 10 sesiones de intervención y las dos últimas de seguimiento. A pesar del que A.N. contaba con un diagnóstico previo coincidente en múltiples dispositivos de salud mental (TOC y TOPC

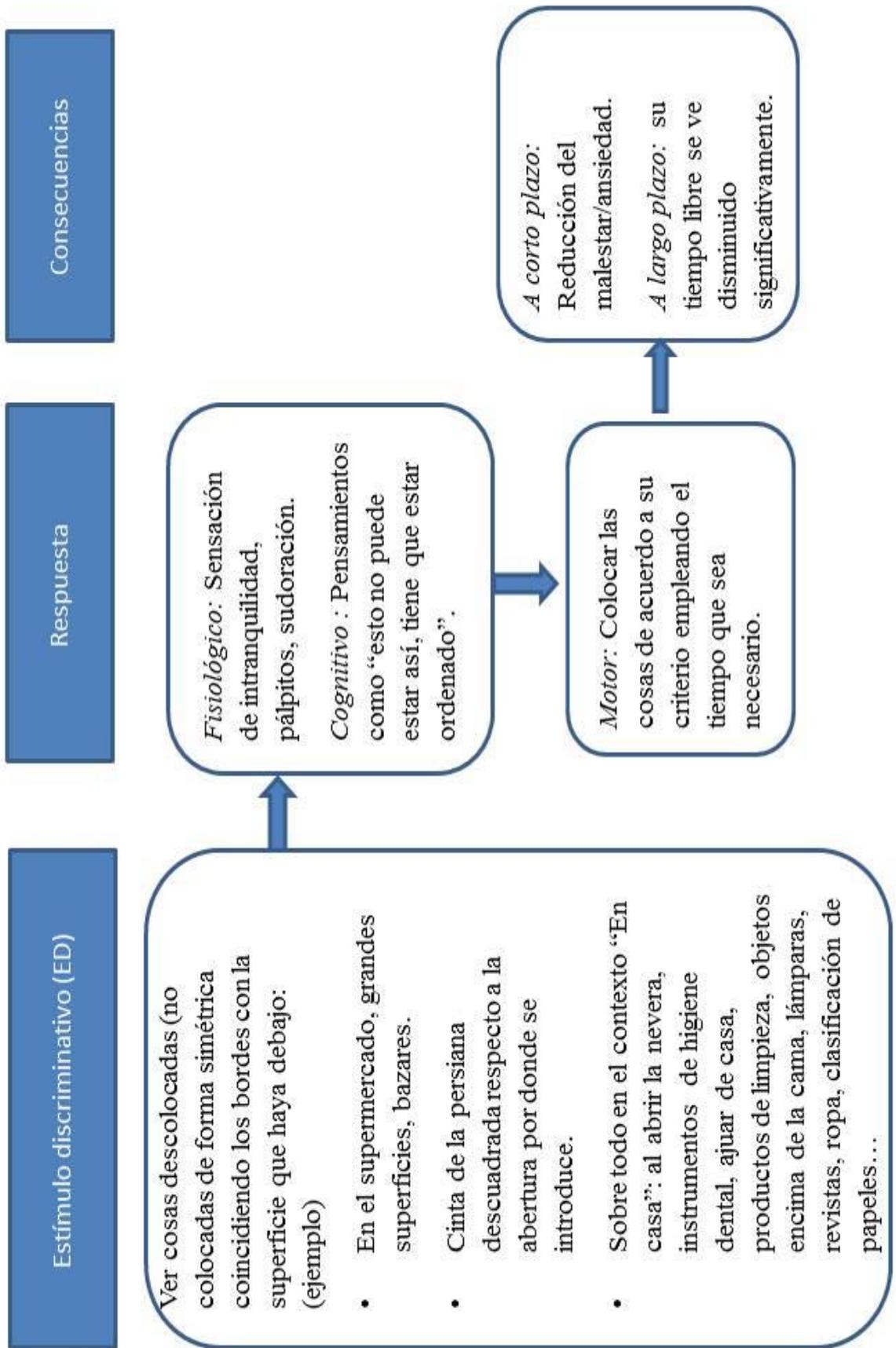
así como una depresión secundaria al TOC), el tiempo que realmente se hubiese requerido para hacer una evaluación completa hubiese sido un mayor número de sesiones dadas las características del paciente y de la experiencia de la autora del trabajo como psicóloga. Sin embargo se llegó a un ajuste entre el protocolo del hospital y el paciente y se optó por evaluar y centrarnos en determinados síntomas obsesivos-compulsivos que podrían ajustarse al tiempo disponible así como también podrían dejar abierta una línea de tratamiento establecido para continuar con el tratamiento una vez se hubiese terminado la intervención.

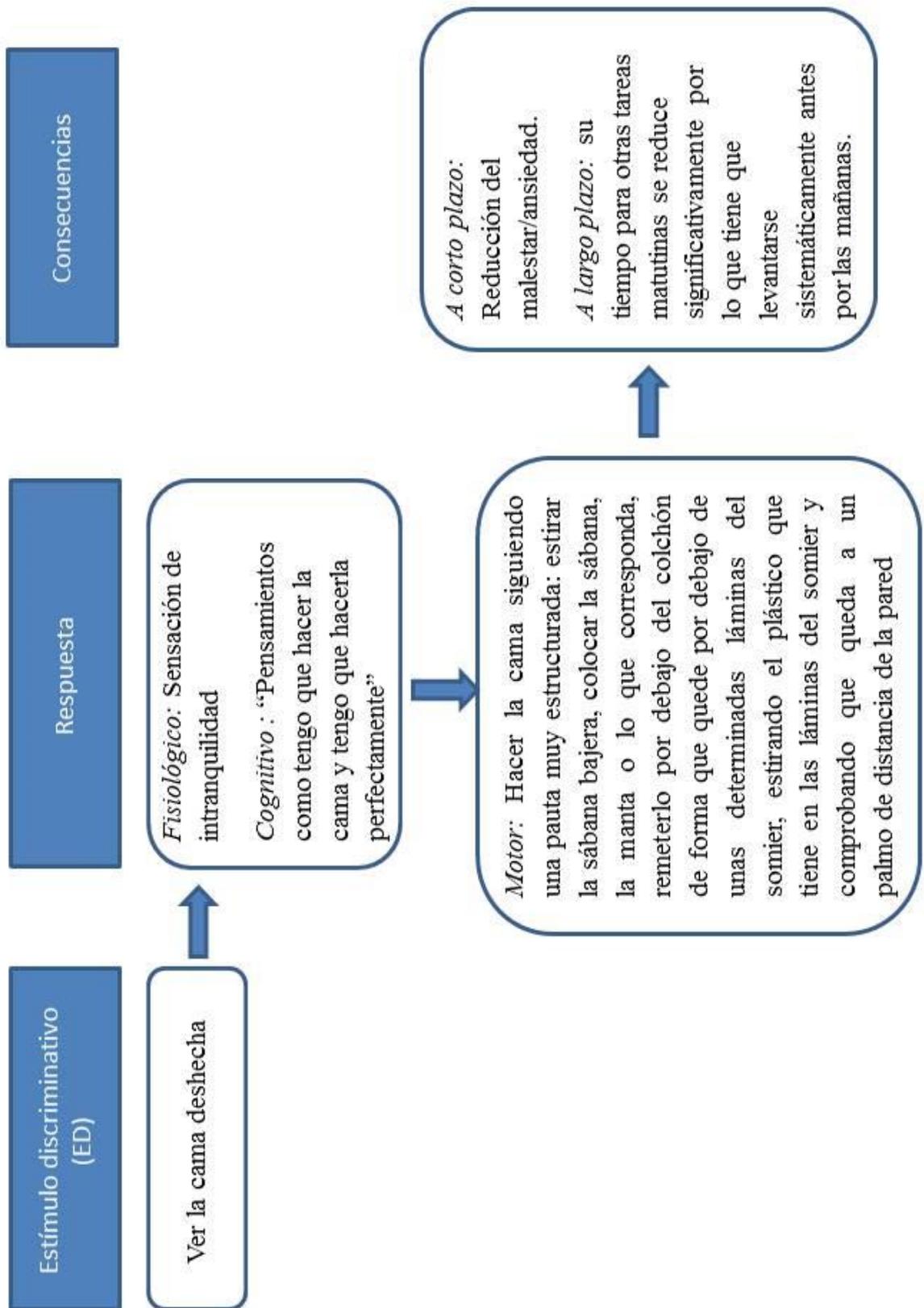
En cuanto al inicio del trastorno se localizan los primeros rituales de comprobación y dificultades de concentración y de atención desde los 20 años aproximadamente, tras una ruptura sentimental con la que posteriormente sería su mujer, hecho que puede ser considerado como precipitante del trastorno. Los rituales fueron empeorando progresivamente en los años posteriores y, el propio A.N. lo relaciona con el hecho de verse obligado a cuidar y asear a sus padres mayores y enfermos, que a veces no controlaban los esfínteres (“*Todo estaba contaminado*”).

Actualmente, tras 30 años de evolución presenta una gran cronificación de significativa gravedad dado que actividades cotidianas como ir a hacer una compra de 15€ de comida, o incluso ir al baño puede suponerle unas 5 horas de media cada una. Tras tantos años de evolución, muchas de las obsesiones que sí que reconocía el paciente en el origen se encuentran muy difuminadas y poco explícitas en el momento actual permaneciendo de forma persistente el ritual para aliviar el malestar.

Se hará referencia a 5 cadenas funcionales que se contemplan en el mantenimiento del trastorno. Esta distinción se hará en base al tipo de actividad que realiza y los procesos que mantienen dichas conductas.

La **primera cadena funcional** hace referencia a los síntomas obsesivos-compulsivos relacionados con el orden y simetría y al acto concreto de hacer la cama.

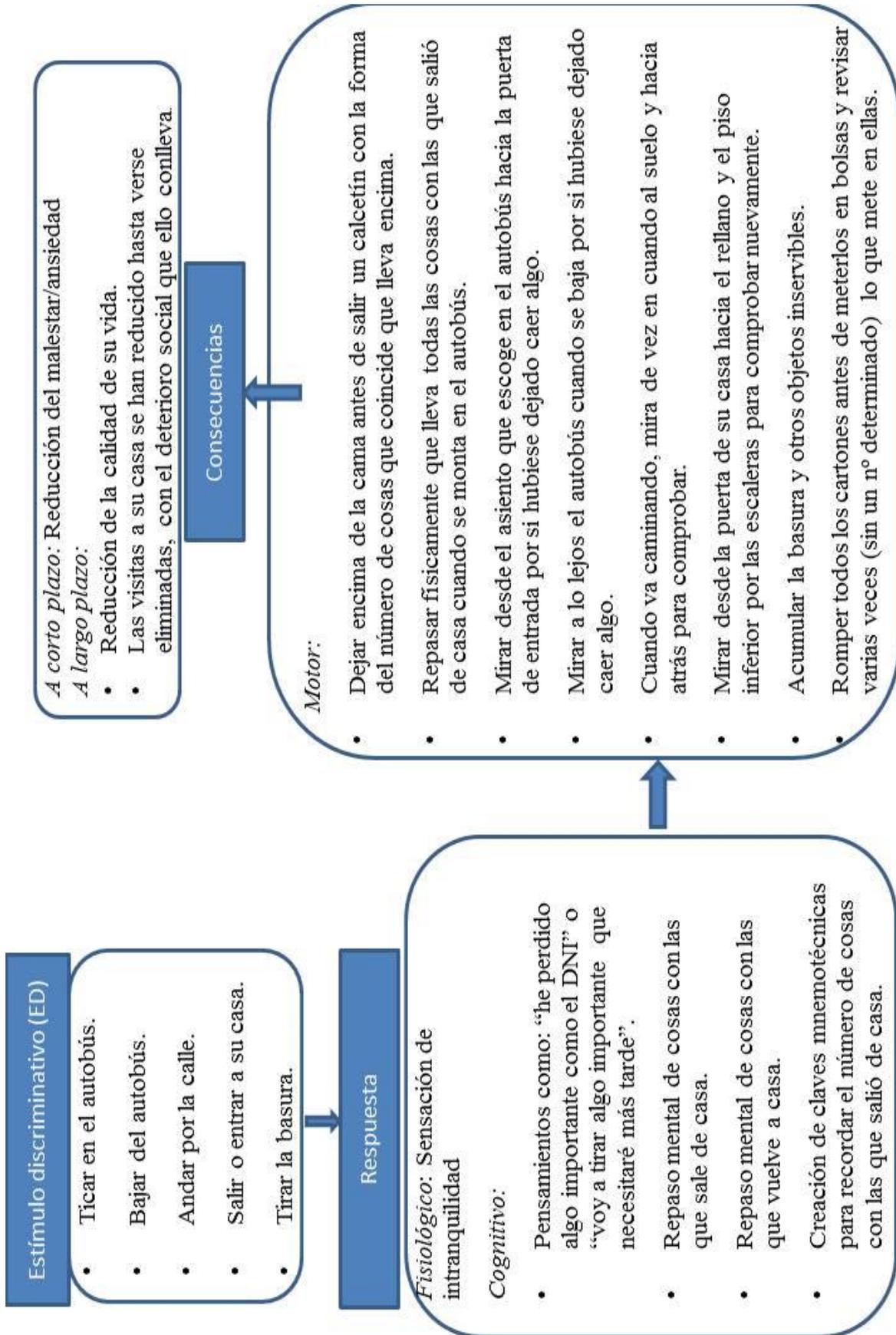




En ambos casos (ver las cosas descolocadas y ver la cama deshecha) la cadena funcional se mantiene a corto plazo mediante refuerzo negativo aunque a largo plazo suponga castigo negativo: en el primer caso porque dispone de menos tiempo libre para él y en el segundo porque tiene que prescindir de horas de sueño.

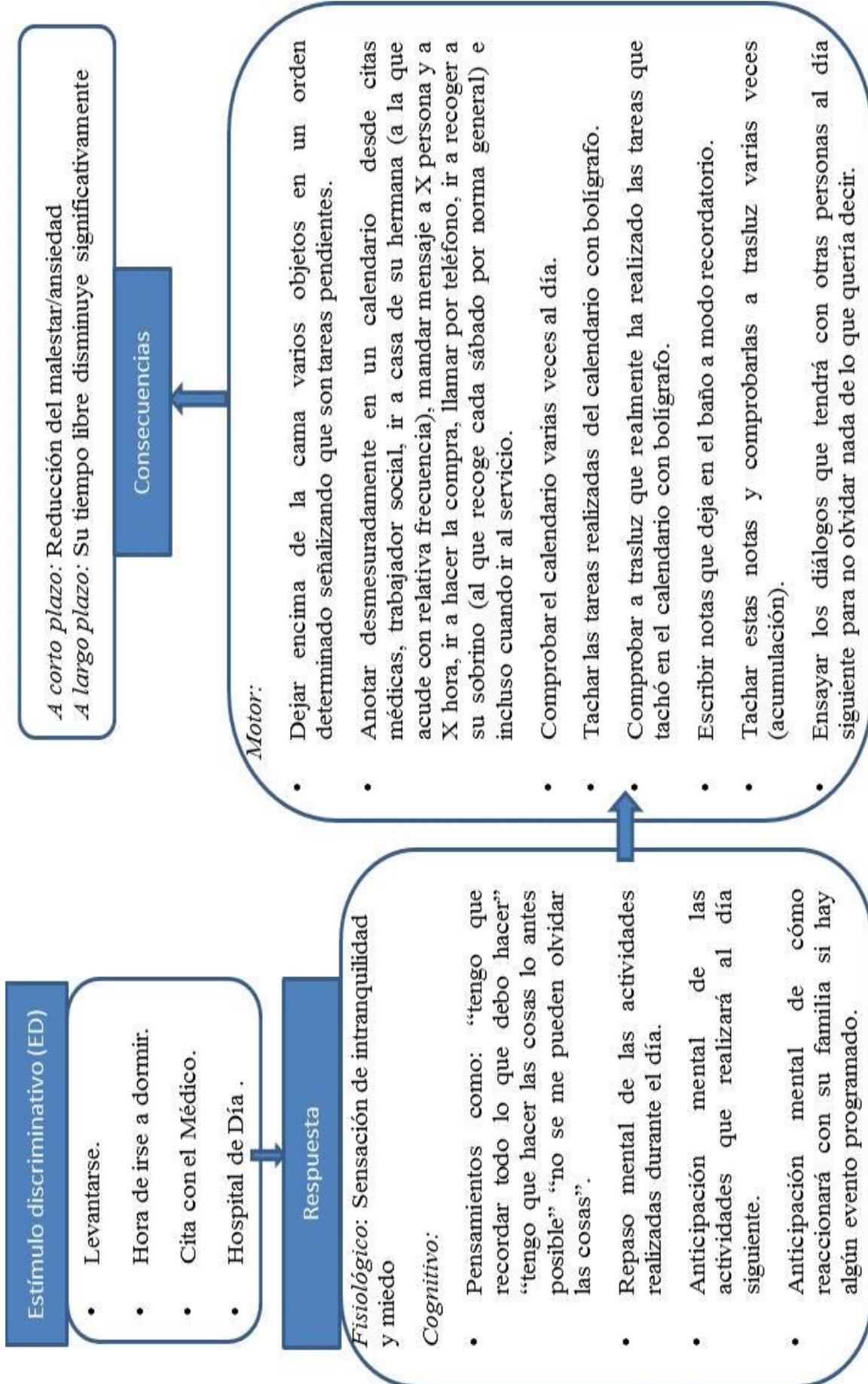
Es difícil delimitar todos los objetos ante los que siente ansiedad cuando están “descolocados” debido a la amplia variedad de los mismos. Sí que se puede ver que esto se acentúa sobre todo en su casa y cuando tiene que comprar. A.N. evita las grandes superficies y los bazares. En el primero de los casos porque es una amplia superficie donde siente un gran malestar si no “coloca las cosas” y, en el segundo caso, porque en un espacio muy pequeño hay comprimidas muchas cosas mal “colocadas”.

La **segunda cadena funcional** hace referencia a los síntomas obsesivos compulsivos relacionados con el miedo a perder u olvidar algo valioso.



Esta segunda cadena funcional es mantenida a corto plazo por refuerzo negativo, ya que A.N ha aprendido que al realizar el componente motor de la respuesta reduce su malestar. Sin embargo a largo plazo, esta cadena le supone un doble castigo negativo: una reducción de su calidad de vida acentuada por la escasa habitabilidad de su vivienda así como por un actual aislamiento. Estos síntomas se observan a diario en la vida de A.N. Tal es la gravedad que el paciente informa no haber sido capaz de tirar la basura en los últimos 2 años por el tiempo que le supondría. Esto, junto con otros síntomas que se mencionan posteriormente en suciedad/lavado han provocado su progresivo aislamiento social, de forma que la única visita que recibe al año es la que realiza el “técnico de la caldera”. Además, ha ido trasladando las cosas acumuladas a su habitación, cocina y al salón dejando despejado el baño (que es donde se encuentra la caldera).

La **tercera cadena funcional** hace referencia a los síntomas relacionados con el miedo a olvidar hacer algo que tenía previsto así como olvidar decir algo a alguna persona con la que prevé una interacción.



A corto plazo esta tercera cadena funcional se ve mantenida por refuerzo negativo. A.N. ha aprendido con la repetición de la respuesta que se menciona ante los estímulos discriminativos descritos en la imagen reduce el malestar o el miedo que siente. Además no puede predecir siempre correctamente lo que ocurrirá en una determinada situación por lo que aumenta nuevamente su malestar e intenta “mejorar su predicción “ en veces sucesivas. Sin embargo a largo plazo, esta cadena funcional supone un castigo negativo ya que no hace sino contribuir a su progresivo aislamiento y deterioro social.

A.N. muestra una gran inseguridad y utiliza numerosos rituales para intentar compensarlo que, a la larga no sirven más que de refuerzo para que estos pensamientos y sensaciones se sigan produciendo, fortaleciendo el círculo vicioso característico del TOC. Tanto en la segunda como en la tercera cadena funcional cabe mencionar que muchas veces tiene que reiniciar los rituales dado que es interrumpido por otros pensamientos y, esto mismo, puede ocurrir y, de hecho ocurre con frecuencia varias veces en el mismo ritual, aumentando aún más el tiempo dedicado a ellos.

La **cuarta cadena funcional** hace referencia a las situaciones que evocan rituales de comprobación y que no han sido mencionados hasta ahora.

Estímulo discriminativo (ED)

- Cajones, taquillas, puertas, ventanas, bolígrafos, interruptores, llaves del gas, grifos, independientemente de que estén abiertos o cerrados.
- Domingo: Preparar la medicación.

Respuesta

Fisiológico: Sensación de intranquilidad y miedo

Cognitivo:

- Pensamientos como: “no está bien cerrado” “ se podría abrir” “hay que dejar las cosas bien cerradas y/o apagadas”
- Crea una imagen mental de la puerta de casa visualizando como las pestañas de la llave encajan en la cerradura haciendo girar el pestillo (la mayor parte de las veces requiere abrir y cerrar varias veces porque no obtiene una imagen clara desde el principio).

Consecuencias

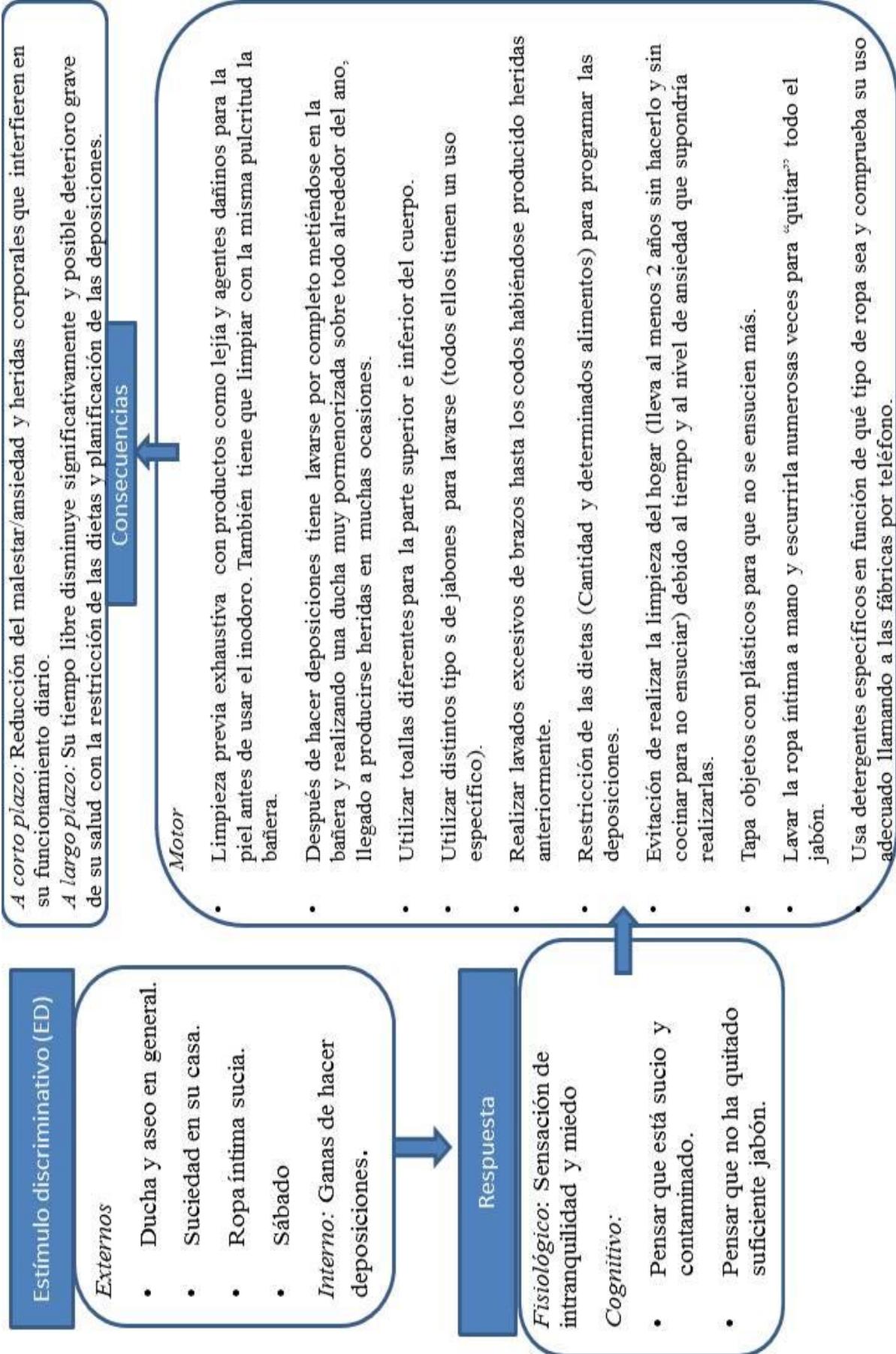
A corto plazo: Reducción del malestar/ansiedad
A largo plazo: Su tiempo libre disminuye significativamente

Motor:

- Comprobar dando varios golpecitos hacia adentro puertas (incluida la de la nevera) y cajones un número indeterminado de veces (en origen sí que había un número específico de repeticiones). También aprieta varias veces el interruptor de luz en el portal de su casa.
- De forma adicional a lo anterior, en el caso de la taquilla, revisa manualmente la parte superior de la misma intentando abrirla.
- Tapa y destapa varias veces los bolígrafos, bricks y recipientes similares hasta que escucha el “clic” que a él le indica que está cerrado (la mayor parte de las veces no lo consigue a la primera y tiene que repetirlo en numerosas ocasiones).
- En el caso concreto del interruptor de la luz del baño ha creado un ritual específico en el que se repite una frase bastante elaborada y con rima para comprobar que la luz está apagada (a grandes rasgos hace referencia a que si no puede ver las cosas que hay dentro del baño es porque la luz está apagada).
- En el caso de los grifos, además de apretarlos pasa la mano por debajo de ellos ya que si no cae agua es que realmente están cerrados. En ocasiones si se distrae tiene que iniciar el ritual de nuevo.
- En el caso de la medicación, dedica una tarde exclusivamente a ello ya que conlleva unas pautas bastante complejas y le requiere aproximadamente 1:30 h. Una vez sacadas las pastillas de los blíster y colocadas en el pastillero, comprueba una a una que corresponde al blíster adecuado y que el blíster concreto corresponde a la caja que indica. Así mismo acumula los papelitos plateados que se obtienen cuando se extrae una pastilla en una caja para futuras comprobaciones.

Nuevamente esta cadena funcional se ve mantenida a corto plazo por un proceso de reforzamiento negativo dado que, tras varias repeticiones de la cadena, A.N. ha comprobado que aunque sea a corto plazo, su malestar o miedo se reduce. Sin embargo a largo plazo esta cadena sigue agravando su aislamiento social contribuyendo como castigo negativo al deterioro social del paciente.

La **quinta y última cadena funcional** es sin duda la que más compromete su salud, especialmente física. Hace referencia a los síntomas relacionados con la suciedad y el lavado.



Esta última cadena funcional se encuentra mantenida a corto plazo por reforzamiento negativo aunque al mismo tiempo también se producen heridas en su cuerpo que contribuirían a esta cadena en un proceso de castigo positivo. A pesar de que el refuerzo negativo mantiene esta secuencia, hay que señalar con el paso del tiempo A.N. ha restringido las tareas de limpieza al baño y cambio de sábanas, por lo que el número de heridas debido a productos dañinos para la piel ha disminuido en los últimos años.

Dada esta última cadena se puede deducir que la habitabilidad de la vivienda es bastante cuestionable ya que, según informa el paciente, se ha restringido su uso a la cama y al baño. El suelo y el mobiliario tienen una gruesa capa de polvo así como numerosas pelusas acumuladas, de modo que A.N. no se sienta en ninguna silla para no ensuciarse y come encima del lavabo únicamente bocadillos, vasos de leche, galletas y cereales. Si a esto se le une el dato que señalado anteriormente de que lleva el mismo tiempo acumulando basura en casa, se podría hipotetizar que las condiciones de la vivienda no son adecuadas.

Los síntomas que muestra A.N. interfieren gravemente con su funcionamiento diario. Además, habría que añadirle el hecho de que también tiene un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (variable disposicional), lo cual no hace sino agravar los síntomas. Prácticamente toda la vida del paciente se limita a círculos viciosos entre obsesiones y, sobre todo compulsiones, a lo largo del día, todos los días.

A.N. tiende a centrarse en sus propios pensamientos de forma excesiva lo que hace que detecte un mayor número de pensamientos intrusivos. En el momento actual tiene una situación de aislamiento social bastante significativa ya que las únicas relaciones que mantiene son con su familia y con los otros pacientes de hospital de día. El resto del tiempo se encuentra en su casa, contexto donde se ha observado que se exacerban los síntomas, probablemente por el hecho de no tener ocupaciones a las que atender. El único momento de la semana que consigue un mínimo de disfrute es el sábado por la mañana cuando lleva a su sobrino S. al parque. A.N. refiere que ha abandonado todas las actividades que realizaba con anterioridad tales como dar paseos, ver la televisión, ir al cine, escuchar música y otras actividades agradables.

Por último señalar que un día habitual del paciente comienza no más tarde de las 6 de la mañana y termina, en muchas ocasiones más tarde de las dos de la mañana, a causa de estos pensamientos intrusivos y tareas acumuladas según informa A.N.

En resumen, cabe destacar que el aspecto que más interferencia genera no son únicamente las conductas en sí que se mencionan en las cadenas funcionales sino sobre todo la intensidad y la elevada frecuencia con que se producen. Dicho esto es importante señalar la intervención tendrá que ir dirigida a reducir la frecuencia e intensidad de los síntomas obsesivo compulsivos de forma que no generen interferencia en su vida diaria.

5. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Al ingreso de A.N. en el dispositivo “Hospital de Día Psiquiátrico” y tras la correspondiente evaluación realizada por el equipo multidisciplinar, los profesionales proponen un plan terapéutico individualizado, donde se incluyen para trabajar con el paciente los siguientes objetivos:

1. Estabilizar autocuidado y hábitos de vida diaria.
2. Reconocimiento emociones y comprensión de su trastorno.
3. Identificar y modificar conductas de afrontamiento desadaptativas, facilitando tolerancia a situaciones de frustración.
4. Facilitar socialización y adaptación a las exigencias de la vida diaria.
5. Manejo de síntomas obsesivo compulsivos que interfieren en su vida diaria.
6. Ajuste farmacológico.
7. Enfocar rehabilitación socio laboral.

De todos los objetivos anteriores, el que se va a trabajar en el presente trabajo es el nº5: “Manejo de síntomas obsesivo compulsivos que interfieren en su vida diaria”. La intervención será llevada a cabo por la autora del trabajo con supervisión continua de la psicóloga de referencia de A.N. en Hospital de Día, Begoña Arbulo. De forma que la evaluación e intervención se ajustará para adaptarse a este objetivo.

Podría plantearse como **objetivo final** incorporar, en la medida de lo posible, a A.N. a su medio con normalidad. Para ello se plantean como objetivo intermedios: Disminuir la frecuencia y la duración de las obsesiones y compulsiones en las que se centra la evaluación hasta que no interfieran de forma significativa en su vida cotidiana. Dado el tiempo limitado para la intervención se tratará de llegar lo más lejos que se pueda en cuanto a ítems de la jerarquía según el ritmo de A.N. y las sesiones disponibles.

Como **objetivos específicos** se plantean los siguientes que se plasmarán en la jerarquía de exposición:

1. Incrementar el subir en ascensor hasta la planta de Hospital de Día.
2. Incrementar la tolerancia hacia objetos no colocados de forma simétrica o con un orden determinado. En la jerarquía se traduce en que A.N. consiga no colocar los instrumentos de higiene dental, el plástico de las galletas, la cinta de la persiana y los objetos que se descolocan al abrir la nevera sin sentir malestar ni impulso por ordenarlas. Se espera que con la práctica A.N. consiga generalizarlo a otras situaciones similares.

3. Eliminar o reducir las conductas de comprobación de puertas, cajones, armarios y grifos hasta que no interfiera con el funcionamiento diario.
4. Eliminar o reducir la conducta de mirar al suelo cuando está en la calle de forma que A.N. pueda hacer trayectos en un tiempo normal, es decir, que no interfiera con el resto de las actividades.
5. Eliminar o reducir la sensación frecuente de haber perdido algo importante o miedo a poder perderlo/tirlo en un futuro hasta que no interfiera en su funcionamiento diario. Este objetivo se operativiza de la siguiente forma:
 - a. Eliminar la conducta de acumulación de basura y objetos inservibles.
 - b. Reducir o eliminar rituales de comprobación: reducir tiempo desde que entra en el autobús hasta que se sienta y guarda sus objetos personales, reducir la frecuencia y número de veces que revisa la bolsa roja, reducir duración de la preparación de la medicación.
6. Eliminar o reducir la sensación frecuente de que va a olvidar hacer algo importante hasta que no interfiera en su funcionamiento diario. Este objetivo se operativiza de la siguiente forma:
 - a. Conseguir un uso correcto del calendario y de notas recordatorias.
 - b. Disminuyendo la frecuencia de conductas de comprobación del calendario, notas, y objetos encima de la cama recordatorios.
7. Reducir el tiempo de entrada a la vivienda (atravesar las 3 puertas) sin que produzca malestar en A.N.
8. Instaurar hábitos adecuados para el mantenimiento de la vivienda.
9. Reducir el tiempo dedicado a rituales mentales de repaso de actividades realizadas y de anticipación de posibles situaciones futura de forma que no interfiera con su funcionamiento diario (por ejemplo, sin que reduzca el número de horas de sueño).

6. INTERVENCIÓN

6.1. Descripción del tratamiento

La intervención que realiza la autora del trabajo, con supervisión de su psicóloga de referencia, con A.N. se integra dentro de un tratamiento integral más amplio que se proporciona desde el Hospital de Día de Psiquiatría por un equipo interdisciplinar.

El método de intervención escogido para los síntomas obsesivos-compulsivos en A.N. es la “Exposición con Prevención de Respuesta”, dado que está considerado como un tratamiento bien establecido y porque se ajusta mejor, en cuanto al tiempo disponible, que una terapia cognitiva. Además, a día de hoy muchas de las compulsiones que presenta A.N. son independientes de las obsesiones claras que las precedían con anterioridad, hace algunos años, de forma que modificar el trastorno interviniendo en la conducta es una opción recomendada. Este método de intervención se complementará antes de la exposición con prevención de respuesta con un módulo de psicoeducación tal y como se señala en el manual de Aurora Gavino (2008) dado que, a pesar de la duración en el tiempo del trastorno del paciente y de su paso por varios sistemas de salud, su conocimiento acerca del trastorno es bastante limitado. Consideramos que antes de intervenir el paciente ha de tener claro qué es lo que le está ocurriendo y saber que puede hacerle frente de una forma activa y exitosa. Se consideró adecuado hacer una adaptación del manual de autoayuda de *Venza sus obsesiones* (Foa E.B. y Wilson R.,1992) ampliando los ejemplos y las ilustraciones . (Ver ANEXO 1)

El método de exposición propuesto por Aurora Gavino consta de cinco componentes principalmente:

1. Autorregistro A (línea base) (Ver ANEXO 2) Se pide al paciente que anote durante una semana cada día información de las compulsiones: hora, lugar, compañía, conducta, frecuencia/duración. En el caso de A.N. dada la gran estructuración de sus días y el gran número de rituales que presenta a lo largo del día, este autorregistro se hizo únicamente durante un día. Desde el hospital así se estimó oportuno ya que, de forma más continuada, podía interferir aún más con las horas de sueño y, por tanto, sobre su rendimiento en el resto de actividades del hospital de día.
2. Autorregistro B: Se añade al autorregistro A una nueva columna codificada como Estrategia. Aquí el paciente cuenta con la indicación de que tiene que proponer e intentar cumplir una estrategia que provenga de él para reducir la frecuencia/duración de la conducta compulsiva. En este caso, para reducir el tiempo que A.N. dedicaba al mismo se suprimió la columna de hora y la columna de lugar se le dio relleno. De igual forma, se le daba por escrito en el autorregistro aquellas conductas a las que debía prestar atención de entre todo su repertorio conductual ritualista. (Ver ANEXO 3)

3. Elaboración de la Jerarquía de rituales.
4. Lista de actividades agradables: aquí se incorpora una lista de actividades que resultan agradables para el paciente y que no realiza o ha dejado de realizar a causa del trastorno obsesivo-compulsivo. Esta lista se gradúa según la facilidad y satisfacción que proporcionan a A.N. y se irán incorporando a medida que se avance en los ítems de la jerarquía.
5. Exposición propiamente dicha.

Se escogió el formato de autoexposición que se ha complementado con modelado en los ítems que se ha estimado necesario y ha sido posible así como técnicas puntuales de reestructuración cognitiva para determinados aspectos específicos. Esto se justifica con el hecho de que las mayores dificultades en A.N. se producían en su casa, lugar al que no teníamos acceso inicialmente ni de forma continuada. Se contemplaba el poder acudir a su domicilio cuando la intervención estuviese lo bastante avanzada como para que A.N. se sintiese más seguro y capacitado para nuestra presencia.

También se llevó a cabo de forma paralela a las sesiones un apoyo telefónico entre 1 y dos veces a la semana para complementar las sesiones, resolver dudas que hubiesen surgido y para llevar a cabo, al principio, los ensayos de exposición. Los días del contacto telefónico y la hora eran establecidos de acuerdo con A.N. durante las sesiones. Sin embargo la duración de las mismas era variable en función de lo que se estimase necesario oscilando entre 10 minutos y 1 hora en algún ítem de la jerarquía más complicado.

6.2. Encuadre

De forma general las sesiones se han llevado a cabo los lunes de 13-14h. Inicialmente se propusieron 4 sesiones para realizar la evaluación y la devolución de la información así como para la psicoeducación, 10 sesiones de intervención y 2 más de seguimiento, comenzando el 27 de enero y terminando el 12 de mayo. Posteriormente este esquema se vio modificado incrementando el número de sesiones de tratamiento a 17 manteniéndose las dos últimas de seguimiento. De esta forma se hubiese finalizado el tratamiento el 30 de junio. Sin embargo, el paciente decidió abandonar el hospital de día y, con ello también esta intervención el 28 de abril. De forma que la distribución final ha sido la siguiente:

1. Evaluación, psicoeducación y devolución funcional: sesión 1, 2, 3 y 4.
2. Intervención específica: sesión 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14.

6.3 Contenido de las sesiones clínicas

Sesión 1: 27de enero

Dado que A.N. es un paciente de Hospital de Día, acudió a esta primera sesión teniendo una ligera idea de lo que se iba a tratar. Es de esta forma porque Begoña Arbulo, psicóloga del centro y de A.N. en concreto ya le había informado y pedido su consentimiento.

Actividades durante la sesión:

- Estableció la relación terapéutica. Aunque el paciente ya me conocía porque había realizado las prácticas en este centro, no habíamos tenido oportunidad de conocernos de este modo. Fue un paso de observadora a psicóloga. También se pidió su consentimiento para que yo estuviese presente así como para querer formar parte de esta intervención específica. A.N. se mostró de acuerdo y con muchas ganas de mejorar para retomar el control de su vida. Así mismo se le mostró una programación inicial con la duración prefijada.
- También se realizó una entrevista para evaluar el trastorno del paciente y los aspectos que se señalaron en el apartado de evaluación.
- Se le entrega una carpeta para guardar el texto de psicoeducación y otros documentos que pudieran surgir en el contexto de la intervención.
- Se explicó cómo rellenar el Autorregistro A de línea base.

Tareas para casa:

- Completar el autorregistro A de línea base.
- Lectura de la primera parte del material de psicoeducación: Ejemplos, ¿Tiene usted obsesiones o compulsiones?, ¿Qué síntomas tiene usted? Y Rasgos comunes de los obsesivos compulsivos.
- Pensar actividades para incluir en la Lista de actividades agradables.

Apoyo telefónico: (1 día) con el fin de resolver dudas que hayan podido surgir en el autorregistro, lectura y para ordenar la lista de actividades agradables. Resultó la siguiente lista:

1. Ver la televisión.
2. Pasear él solo despacio y sin pararse.
3. Ir al cine /exposición/conferencia.
4. Comer fruta.
5. Leer (me ha dicho que le gusta la lectura de intriga y misterio).
6. Ir al supermercado tranquilo.
7. Ir al gimnasio. Esta actividad la hemos adaptado según su capacidad económica. En vez de apuntarse a un gimnasio, podría ser el ir a un parque cercano a su casa que tiene las máquinas para que los mayores hagan ejercicios.
8. Socializarse.
9. Recibir visitas en casa.

Sesión 2: 3 de febrero

Actividades durante la sesión:

- Comentar cómo se ha sucedido la semana.
- Resolución de dudas si hubiese de la lectura.
- Aplicar ISRA (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002). Dado que no fue posible que lo terminara en sesión, lo finalizó fuera de ella con la supervisión de Begoña.
- Explicar tareas para casa: continuación autorregistro A de las actividades que no fueron recogidas la semana anterior. Dado que se consideró desde el hospital que lo recogido durante un día podía ser representativo del resto de los días, se pidió únicamente que recogiese información de actividades que consideramos importantes y que no habían sido recogidas la semana anterior: baño, ducha, hacer la compra y tirar la basura.

Tareas para casa:

- Terminar la lectura de la semana anterior.
- Completar el Autorregistro A de línea base.

Sesión 3: 10 de febrero

Actividades durante la sesión:

- Comentar cómo se ha sucedido la semana.
- Resolución de dudas si hubiese de la lectura.
- Aplicación del Yale Brown (Y-BOCS; Goodman et al., 1989).
- Explicación y entrenamiento para rellenar el Autorregistro B así como comentar algunas estrategias.

Tareas para casa:

- Completar Autorregistro B durante toda la semana.
- Completar el BDI-II (Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown, 2011).
- Lectura psicoeducación: ¿Cuáles son las causas de los síntomas obsesivo-compulsivos?, La vida del obsesivo-compulsivo.

Apoyo telefónico: (1 día) con el objetivo de revisar las estrategias propuestas en el autorregistro y resolución de dudas del mismo y de la lectura.

Sesión 4: 17 de febrero

Actividades durante la sesión:

- Comentar cómo se ha sucedido la semana.
- Resolución de dudas si hubiese de la lectura.
- Comentario y revisión superficial del autorregistro de la semana anterior.
- Devolución de la información al paciente.
- Fijación de objetivos.
- Explicación de la EPR.
- Elaboración de la jerarquía (Ver ANEXO 4)

Tareas para casa:

- Última parte del módulo de psicoeducación: Secuencia de los síntomas obsesivo-compulsivos, Terapia cognitivo-conductual y Guía para la exposición a situaciones de TOC.
- Autorregistro B.

Sesión 5: 24 de febrero

Actividades durante la sesión:

- Comentar cómo se ha sucedido la semana.
- Resolución de dudas si hubiese de la lectura.
- Comentario y revisión superficial del autorregistro de la semana anterior.
- Primer ítem de la jerarquía: **Bajar por el ascensor del hospital.** A.N. no hacía esta actividad dado que se quedaba “paralizado” mirando el suelo por si hubiese perdido algo o por si hubiese “guarrerías”. Los primeros ensayos los realizamos los 3 (A.N., Begoña y yo) y, finalmente A.N. subía y bajaba solo de forma normal sin informar de ansiedad o malestar. Desde ese momento se le recomendó que siguiese haciéndolo todos los días del mismo modo.
- Durante esta sesión A.N. informa de que ha empezado a recoger basura, actividad que llevaba 2 años sin realizar.

Tareas para casa:

- Completar el Autorregistro B.

Sesión 6: 7 de marzo

Actividades durante la sesión:

- Comentar cómo se ha sucedido la semana.
- Comentario y revisión superficial del autorregistro de la semana anterior.
- Dada la iniciativa que mostró la semana anterior al mencionar que había empezado a recoger basura se le ofreció el poder llevar a cabo dos líneas de intervención en paralelo: la primera de ellas, relacionada con los síntomas obsesivo-compulsivos relacionados con el haber descuidado su casa y haber dejado de recibir visitas y, por otro lado, el resto de los síntomas que interferían en su vida. De modo que a partir de este momento se trabajará con ambas líneas.
- Se establece que esta semana la exposición consistirá en introducir basura en una bolsa contando con mi presencia por teléfono. Se acuerda en sesión qué tipo de basura/objetos se introducirán, de qué estancia y cómo se realizará.

Tareas para casa:

- Completar el Autorregistro B

Apoyo telefónico: (1 día): con el objetivo de realizar el ensayo de autoexposición introduciendo la basura en bolsas. Aunque llevó mucho tiempo con varios intentos de evitación, finalmente realizó la tarea. Se le reforzó por haber realizado esta aproximación tan pronto y de una forma tan exitosa teniendo en cuenta el tiempo que llevaba sin realizarlo. Hay que tener en cuenta de que antes de separar las dos líneas de intervención este ítem se situaba entre los más altos en la escala de ansiedad.

Sesión 7: 10 de marzo

Actividades durante la sesión:

- Comentar cómo se ha sucedido la semana.
- Se le entrega una copia de los gráficos realizados a partir de los autorregistros hasta ahora. Se comentan sus grandes progresos, se alienta a seguir así y se le felicita. Realmente ha mejorado bastante en poco tiempo aunque su percepción fuese de “artificialidad” y de poca mejora. Se le anima a pensar a los avances producidos en relación a los síntomas tratados, a sabiendas de que su cuadro es mucho más complejo y que hay que avanzar poco a poco y con pasos seguros.(Ver gráficos en ANEXO 5)
- Continuación con la jerarquía: **no colocar el plástico de las galletas y no colocar los instrumentos de higiene dental.** Se comenta en sesión qué era “no colocar” y qué era colocar.
- Se le entrega una bolsa de basura que tendrá que llenar y tirar en los días de apoyo telefónico.

Tareas para casa:

- Autoexposición a los ítems mencionados.
- Completar el autorregistro B.

Apoyo telefónico: (2 días): con el objetivo de llenar dos bolsas de basura, una suya y otra aportada en la sesión así como tirarlas en el contenedor. Los dos días cuenta con la ayuda de la autora del trabajo y, además esta vez, no se le permite revisar los objetos que introduce en la bolsa, haciendo hincapié en la probabilidad real que habría de tirar algo importante y, qué dada la situación, qué repercusiones tendrían y si serían tan graves. Consigue llevar a cabo la tarea en menos tiempo que la semana anterior incluso habiendo llenado dos bolsas en lugar de una.

Sesión 8: 17 de marzo

Actividades durante la sesión:

- Comentar cómo se ha sucedido la semana.
- Comentario y revisión superficial del autorregistro de la semana anterior.
- Continuación de la jerarquía: **no colocar los objetos de la nevera que se “descolocan” al guardar la leche.** Se aclara en sesión qué es colocar y qué no y cómo debe actuar. A partir de ese momento, ya no puede colocar los objetos al abrir la nevera a no ser que alguno se hubiese caído.
- Se entregan dos bolsas de basura.

Tareas para casa:

- Completar el Autorregistro B.

Apoyo telefónico: (2días): se continúa llenando de nuevo dos bolsas de basura y tirando al contenedor posteriormente. El tiempo respecto a la semana anterior se sigue reduciendo pudiendo completar la tarea en menos de 20 minutos con un nivel de ansiedad aceptable. Además de las dos bolsas se tiran otros cartones y plásticos que hay acumulados en casa. Con esto se consigue terminar de quitar la basura que cubría el suelo, cocina y habitación. Se le refuerza enormemente por haber conseguido hacer esto sin revisar el contenido de la basura y en tan poco tiempo.

Sesión 9: 24 de marzo

Actividades durante la sesión:

- Comentar cómo se ha sucedido la semana.
- Comentario y revisión superficial del autorregistro de la semana anterior.

- Continuación de la jerarquía: **no comprobar la colocación de la cinta de la persiana.**
- Modelado de limpieza con mezcla de agua y cola-cao. Dado que la tarea para casa de la nueva línea de intervención consiste en empezar a limpiar mesas de casa, se cree conveniente instruir a A.N. en qué es lo que se espera de él en esta tarea así como el tiempo aproximado y la forma específica para realizar la tarea. Se realizaron varios ensayos limpiando únicamente con una bayeta mojada en agua y “fairy” hasta que aprendió qué es lo que debía hacer. Se señaló que únicamente podía usar ese producto para evitar otros que fuesen corrosivos. También mismo se acordó el tiempo que tendría para realizar esta tarea repartida en dos días.

Tareas para casa:

- Autoexposición a los ítems mencionados.
- Completar el autorregistro B.

Apoyo telefónico: (2 días): con el objetivo de limpiar 3 mesas. En este caso, se estableció contacto telefónico para informarle del tiempo que disponía para realizar la tarea. Se le dejó realizarla sólo y, pasado al tiempo, volvía a llamarle para ver cómo se había desenvuelto y las dificultades que hubiesen podido surgir. Realizó la tarea con éxito y, de hecho se mostró muy satisfecho al empezar a ver su casa con “el suelo despejado” de basura así como por empezar a ver estas mesas la gruesa capa de polvo. También se realizó un apunte de mantenimiento de basura haciendo que introdujese lo que había podido acumular en una bolsa que situaría en el picaporte de la cocina para ir introduciendo la basura sin acumularla nuevamente.

Sesión 10: 31 de marzo

Actividades durante la sesión:

- Comentar cómo se ha sucedido la semana.
- Comentario y revisión superficial del autorregistro de la semana anterior.
- Me entrega un plano de su casa para facilitar las tareas de limpieza y ver las áreas que quedan sin cubrir.
- Continuación de la jerarquía: **no mirar al suelo desde que se baja del autobús hasta que llega a su casa.** El tiempo estimado sin realizar el ritual es de 6 minutos aproximadamente. Se dan instrucciones de qué es lo que puede hacer y no dado que intenta buscar conductas sutiles como mirar al suelo para no caerse al suelo. Debe andar hacia su casa sin volver la vista atrás y sin quedarse parado mirando al suelo. Desde este momento ya no podrá realizarlo.

Tareas para casa:

- Completar autorregistro B.
- Mantenimiento de basura.
- Autoexposición a los ítems mencionados.

Apoyo telefónico: (2 días): al igual que la semana anterior, se acuerdan durante la sesión dos días para limpiar 3 superficies nuevas especificadas durante la sesión. Aunque el paciente sigue percibiendo artificialidad y que esto no es permanente verbaliza frases como “*antes sólo me destruía, ahora además de destruirme veo que por otros sitios empiezo a construirme de nuevo*”.

Sesión 11: 7 de abril

Actividades durante la sesión

- Comentar cómo se ha sucedido la semana.
- Comentario y revisión superficial del autorregistro de la semana anterior.
- Le entrego “la escalera de calidad de su casa”. Aprovechando el plano y la nueva línea de intervención, se le entrega este documento que refleja una escalera con peldaños de “avance” que le acercar al objetivo que el valora como importante de poder recibir visitas de sus compañeros del hospital. (VER ANEXO 6)
- Continuación de la jerarquía: **no comprobar la taquilla, el lavabo ni la puerta del vestuario del hospital.** Se dieron las instrucciones precisas en dicho vestuario así como se realizó la exposición en vivo.

Tareas para casa:

- Completar el Autorregistro B.
- Exposición a los ítems mencionados.

Apoyo telefónico: (2 días): con el objetivo de limpiar en este caso el mueble del baño y la televisión un día, y las maletas y la aspiradora cubiertos por un plástico el segundo. La estructura es la misma que semanas anteriores en cuanto a limpieza, se le llama para recordarle que ha de realizar la tarea en ese momento y el tiempo del que dispone y, se le llama pasado este tiempo para comprobar cómo ha ido y las posibles dificultades y refuerzo. Llevó a cabo las tareas de forma satisfactoria aunque alberga serias dudas acerca de continuar en el Hospital de Día.

Sesión 12: 14 de abril

Esta sesión no se pudo llevar a cabo dado que estaba solapada con otra actividad en grupo en Hospital de Día y podría resultar incómoda/violenta la retirada del paciente.

Considero que esta sesión era bastante relevante dadas las dudas que planteaba por teléfono el fin de semana anterior, pero se le plantea el hecho de poder hablarlo la semana siguiente y, si le parece bien, continuar con la programación de las actividades de limpieza y mantenimiento de basura así como el Autorregistro B.

El primer día de apoyo telefónico realiza con éxito la tarea y muy satisfecho. Sin embargo el segundo día informa que ha tomado la decisión de dejar el tratamiento de Hospital de Día y que, por tanto, no va a realizar la tarea ni va a seguir completando autorregistros. Ante este comportamiento se le insta a plantearse otras alternativas como el que pudiese plantear en el hospital el alta parcial en vez de desvincularse completamente.

Sesión 13: 21 de abril

La sesión este día fue bastante dirigida por Begoña puesto que se trataba el tema de continuar o no continuar el tratamiento en Hospital de Día siendo ella su psicóloga de referencia en el hospital. Se anima a A.N. a reflexionar acerca de sus mejoras, de las opiniones de los médicos y se le recuerda que tome la decisión que tome contará con el apoyo de los especialistas, aunque contravenga sus indicaciones. De esta forma se interrumpe la intervención específica sobre la que versa este trabajo con el fin de que tome una decisión definitiva la semana siguiente y, en tal caso, poder despedirnos.

Sesión 14: 28 de abril

Definitivamente A.N. decide que abandonar el Hospital de Día es la mejor decisión que puede tomar en estos momentos. Argumenta que su situación económica es muy mala y que no puede mantener el pagar el transporte hasta el hospital todos los días. Se sospecha que bajo ese argumento puede haber más causas probables. Cabe mencionar que este no es el único dispositivo que A.N. ha abandonado antes de tiempo.

6.4. Eficacia de la intervención

Para valorar la eficacia de la intervención se iba a realizar una comparación pre-post de los instrumentos aplicados durante la evaluación, así como se iba a emplear la información recogida en los autorregistros B. Dado que el A.N. abandonó el tratamiento antes de finalizarlo, no se dispone de estas medidas post, de forma que para valorar la eficacia de los resultados obtenidos se dispone únicamente de los autorregistros (el A que sirvió para establecer la línea base y el B que es el que nos muestra el progreso a lo largo del tiempo si lo comparamos con la línea base). También hay que recordar que no se llegaron a someter a exposición todos los ítems de la jerarquía elaborada. Por este motivo no se han podido cumplir todos los objetivos. A continuación se muestran los gráficos que muestran la evolución de A.N. a lo largo del tratamiento (el punto de abscisas 0 hace referencia a la línea base).

Figura 1. N° de paradas para guardar el abono y revisar los objetos que lleva.

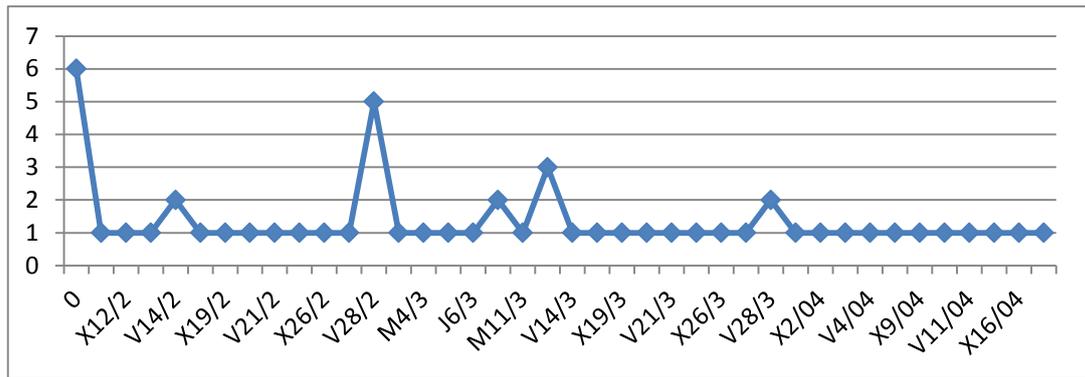


Figura 2. Minutos para comprobar la taquilla, lavabo y puerta del vestuario.

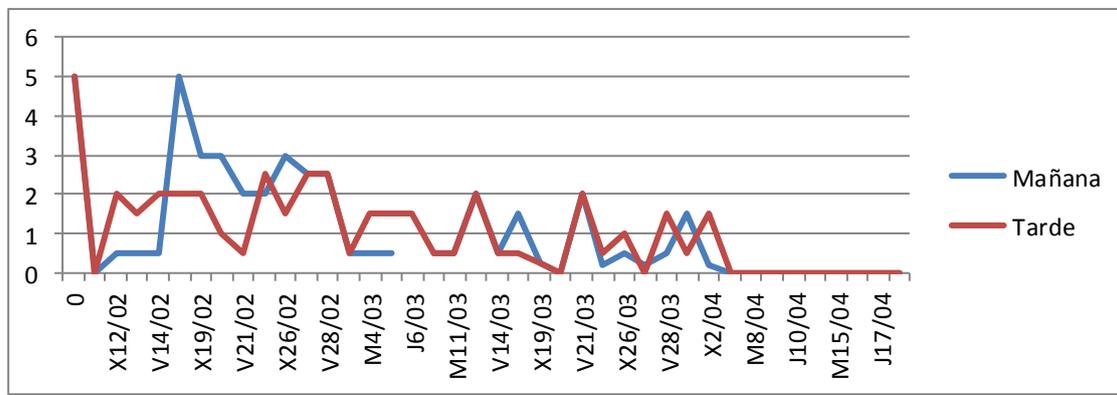


Figura 3. Tiempo que tarda (minutos) desde que baja del autobús hasta llegar a la puerta de su casa.

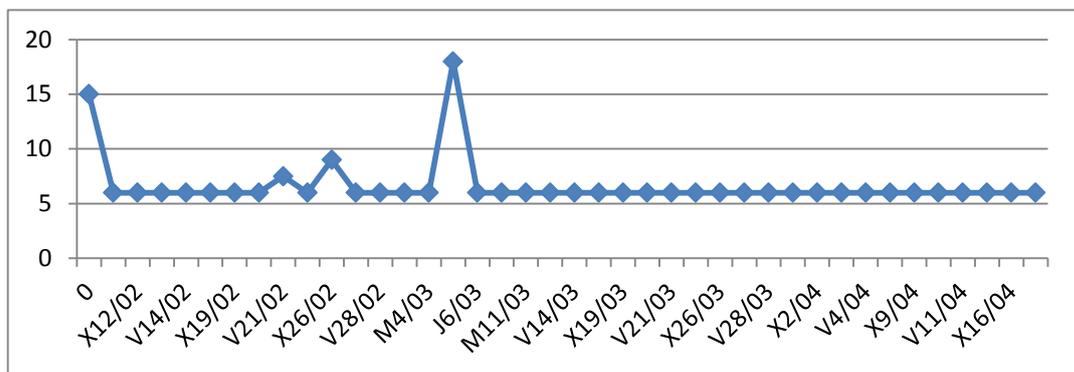


Figura 4. Tiempo que tarda (minutos) en atravesar las 3 puertas que hay desde el portal hasta su vivienda.

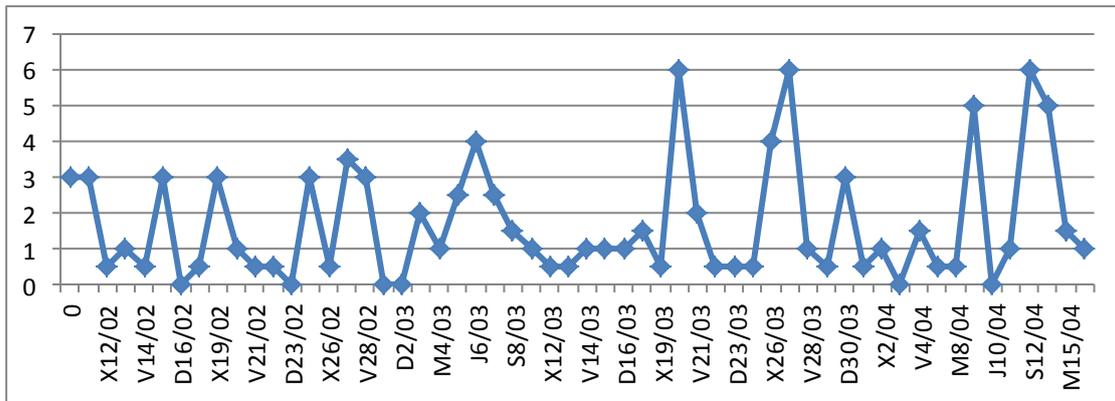


Figura 5. Tiempo que tarda (segundos) en comprobar la posición de la cinta de la persiana.

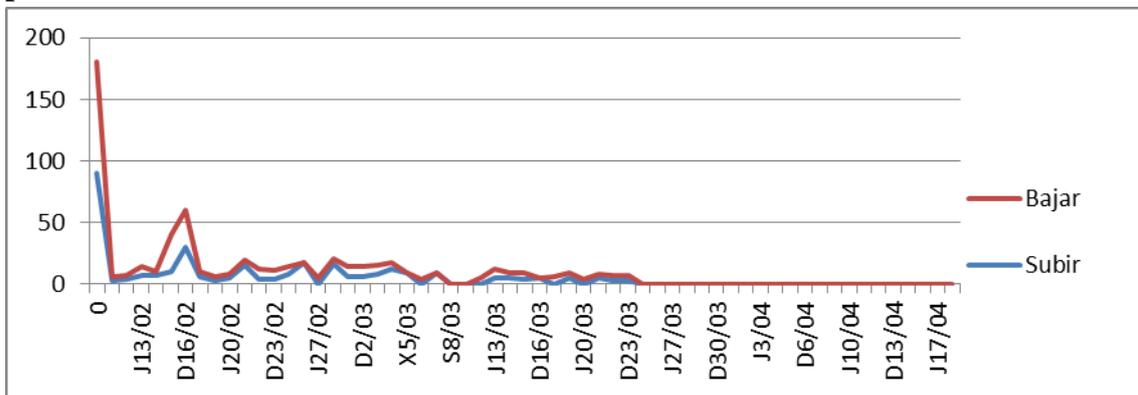


Figura 6. Tiempo (minutos) para repasar las cosas con las que salió de casa, el asiento del autobús y el trayecto del mismo.

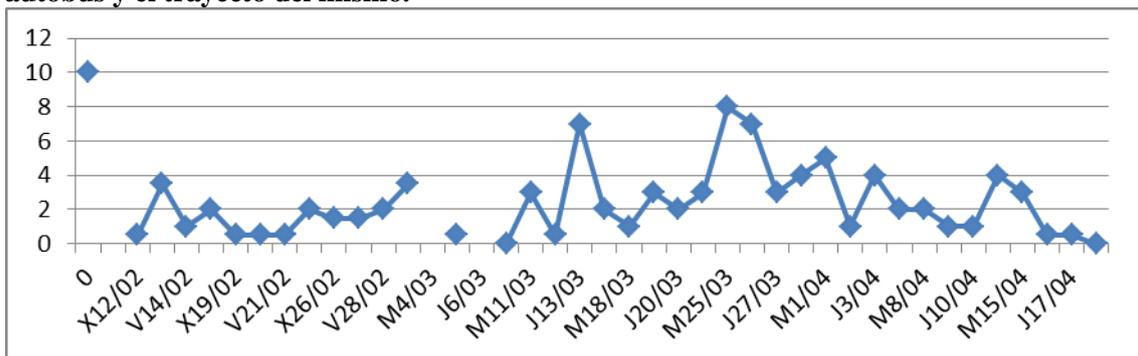


Figura 7. Tiempo que tarda (minutos) en colocar el plástico de las galletas.

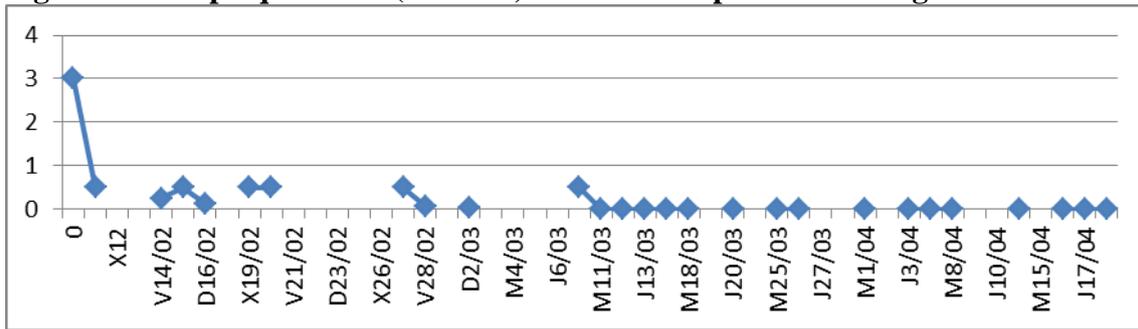


Figura 8. Tiempo que tarda (minutos) en colocar los objetos de la nevera al guardar la leche.

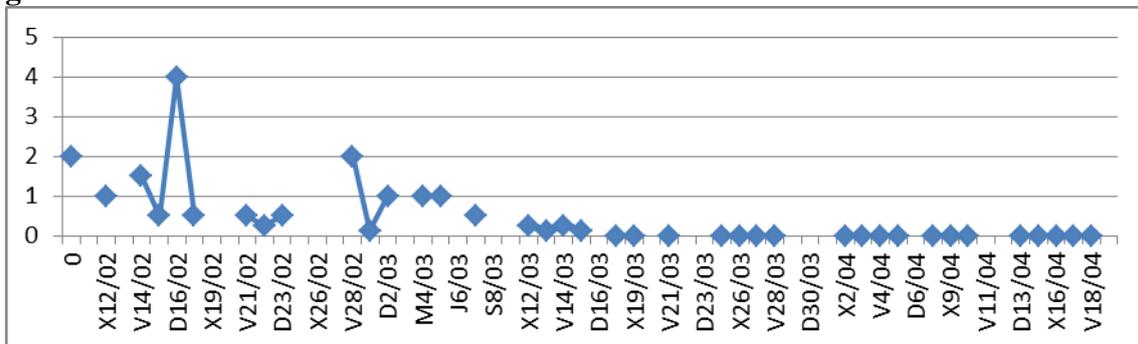


Figura 9. Tiempo que tarda (minutos) en colocar y quitar los objetos de encima de la cama.

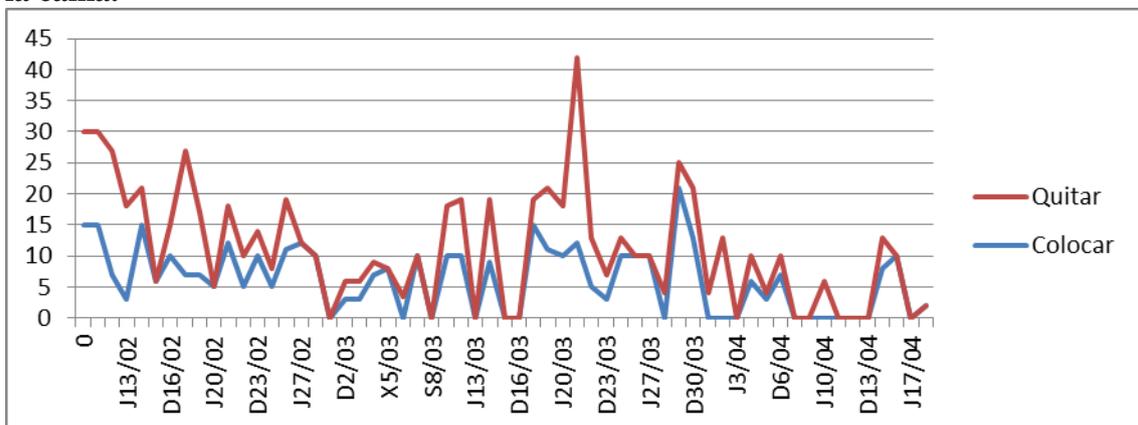
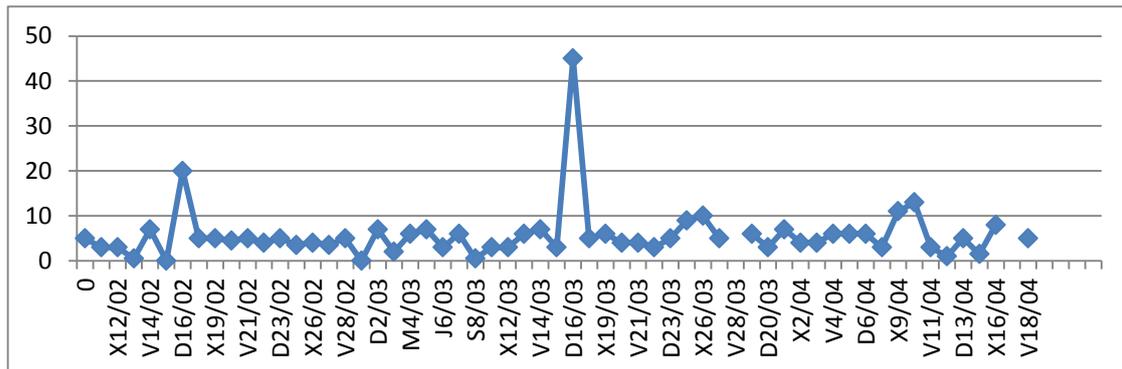
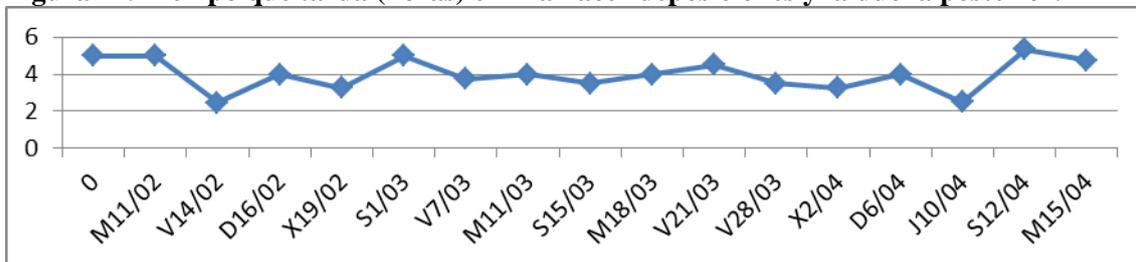


Figura 10. Tiempo que tarda (minutos) en hacer la cama.**Figura 11. Tiempo que tarda (horas) en ir a hacer deposiciones y la ducha posterior.**

Tal y como muestran las figuras 1,2, 3, 5, 7 y 8, las conductas ritualistas ahí reflejadas se redujeron desde la introducción del autorregistro B. Hay que recordar que en este tenía que llevar a cabo una estrategia para reducir la frecuencia/duración de los rituales. Salvo días aislados A.N. ha conseguido reducir estos tiempos y mantenerlo de forma constante. Es más en la Figura 3 se puede ver cómo prácticamente desde el principio, el tiempo que emplea desde que baja del autobús hasta llegar a su portal es de 6 minutos que, tal y como se señaló anteriormente, es el tiempo estimado si A.N. no realiza el ritual. De forma similar, en la Figura 1 se ve como sin haberse llevado a cabo la exposición, el número de paradas que requiere para escoger asiento, guardar abono y revisar el suelo, no llega a una parada; mientras que de forma previa al autorregistro mostraba una línea base media de 6 paradas. En los ítems que se reflejan en los gráficos que han sido sometidos a exposición (Figuras 2, 3, 5 y 8) se ve que una vez se realiza la exposición los valores quedan en 0 o su valor mínimo en la Figura 3, de forma que no interfieren con la vida de A.N.

Sin embargo hay otros gráficos que muestran una evolución más inestable y que, aunque pueden reflejar una pequeña mejoría, son demasiado oscilantes: Figuras 9, 10 y 11. Estos ítems se situaban por la parte superior de la jerarquía provocando en A.N. niveles elevados de ansiedad /malestar, por lo que cabía esperar que la mejoría por el hecho de hacer el autorregistro no fuese tan grande como con ítems más sencillos. Dado que estos ítems no han sido abordados, no se han obtenido mejorías.

En relación a la figura 6, cabe señalar que aunque su evolución es oscilante y, el tiempo dedicado al ritual varía en función del día que observemos en la gráfica, sí que ha habido una disminución significativa en el tiempo empleado si lo comparamos con la línea base. Por último, en relación a la figura 4, tiempo dedicado para atravesar las 3 puertas que hay desde el portal a su vivienda, no se ve una clara mejoría; es más, en las últimas sesiones pudo verse que, además de no poder atravesar la puerta más externa a la primera y tener que intentarlo varias veces, A.N. recurrió a dar paseos antes de volver a intentarlo, alargando el tiempo para este ritual. Desde este punto de vista, podría decirse que hubo un empeoramiento o modificación del ritual.

En relación a aspectos no recogidos en los gráficos, hay que señalar grandes avances: A.N. consiguió tirar toda la basura acumulada de su casa así como empezar a limpiar prácticamente todas las superficies de la vivienda. No se pudo limpiar el suelo ni otros objetos. Pero dado que hacía 2 años que no realizaba estas tareas, es un avance muy significativo el que pudiese hacerlo en un tiempo limitado (compatible con el que podría dedicar una persona sin su trastorno sin interferir en otras actividades) y con niveles de ansiedad tolerables por A.N.

Por último señalar que, como se habrá podido observar, la mayor parte de las dificultades se hallaban en el contexto su casa. Por tanto, la autoexposición se realizaba en estas actividades, fomentando así su generalización a las actividades diarias. Además, en las tareas de limpieza se le fue dando una mayor autonomía en las prácticas de autoexposición; en un primer momento, recogía y tiraba la basura con apoyo telefónico y posteriormente lo hacía él solo. Así mismo ocurría con la limpieza, se le daba la señal para empezar y realizaba las tareas sin ayuda.

Aunque A.N. decidiese abandonar el Hospital de Día, se consideró que A.N. había recibido las herramientas necesarias para poder afrontar su vida diaria. Además también consideramos que tiene capacidad para ello.

7. DISCUSIÓN

Una vez finalizado el tratamiento y sin perder de vista que A.N. que tiene un trastorno mental grave, se considera que los resultados de la intervención han sido positivos y significativos en relación a su funcionamiento previo. Se partía del hecho de que lo esperable en esta intervención iban a ser avances pequeños, dado que ya había abandonado otros recursos de salud sin mostrar una mejoría notable, la cronicidad de sus síntomas y la duración del trastorno sin haber recibido nunca una terapia de corte cognitivo conductual para sus síntomas.

En relación a la eficacia de la evaluación hay que mencionar que tras la primera entrevista, se acordó con Begoña Arbulo, psicóloga de referencia de A.N. que se iba a emplear la información relacionada con los síntomas obsesivo-compulsivos allí registrada a pesar de las limitaciones que pudiese suponer. El trastorno de A.N. era muy amplio y no era factible en 4 sesiones de evaluación, hacer una revisión exhaustiva mediante entrevista de todos los síntomas, se escogieron los que más interferencia producían para el paciente. Para paliar este déficit y ampliar y operativizar la evaluación se emplearon los cuestionarios mencionados en el apartado correspondiente. Se concluye que la evaluación fue adecuada para el objetivo del trabajo presente.

En relación a la eficacia de los resultados de la intervención, se han conseguido mejoras respecto el nivel de funcionamiento previo y una mejora de su calidad de vida. No se han conseguido todos los objetivos específicos que se proponían como meta dado que el paciente abandonó el tratamiento. A fin de tratamiento, a pesar de no contar con la evaluación post de los cuestionarios (Y-BOCS, ISRA y BDI-II), A.N. no tenía la necesidad de colocar muchos de los objetos que antes colocaba, tiraba la basura, podía realizar tareas de limpieza doméstica...habiéndose producido cierta generalización. Aun sin haberse sometido todos los ítems de la jerarquía a exposición, se considera que A.N. actualmente posee las estrategias para hacerlo por sí mismo, dado que de forma previa a la introducción en los ítems más fáciles fue capaz de mantener estrategias que le hacían reducir o incluso eliminar los rituales más bajos en la jerarquía de ansiedad y, por otro lado superó con éxito en la exposición ítems de muy alto nivel, por ejemplo, tirar la basura y limpiar contaban ambas con 100 USA cada una. Se considera que ha superado con éxito los objetivos específicos 1, 2, 3, 4, 5a y 8. El objetivo general de la intervención se ha conseguido de forma parcial ya que su calidad de vida ha aumentado, contempla el poder recibir visitas en un futuro cercano y los síntomas obsesivos-compulsivos interfieren menos en su funcionamiento diario. Se señala de forma parcial, porque esto se ha conseguido en base a los ítems a los que A.N. se ha sometido a exposición, sin embargo hay otros que siguen interfiriendo en el funcionamiento diario del paciente.

Para futuras intervenciones se podría contemplar un enfoque centrado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (Towhig et al, 2006) dado que el TOC es una forma muy clara de evitación experiencial. Además en este caso particular, dada la cronicidad del

trastorno y el TOCP comórbido, cabe suponer que no se va a eliminar por completo, por lo que es importante el componente de aceptación que desde esta terapia se plantea así como una reorientación en su vida más allá de sus síntomas de acuerdo a sus valores, que actualmente no están muy definidos. Aunque este trabajo se centra en los síntomas de TOC, globalmente A.N. presenta más déficits tal y como se planteaba en los objetivos propuestos para el tratamiento en el plan terapéutico individualizado proporcionado desde Hospital de Día Psiquiátrico, de forma que un tratamiento más largo y abarcando más aspectos de su vida podría servirle de ayuda a largo plazo. Para el presente trabajo se descartó esta opción por falta de tiempo y porque la eficacia de ACT para TOC aún está en vías de desarrollo aunque se podría considerar a A.N. un buen candidato para este nuevo enfoque.

Si analizamos las limitaciones del estudio son varias las que hay que tener en cuenta. En primer lugar y la más importante, el abandono de A.N. de Hospital de Día, con el consecuente abandono también de esta intervención. Obviamente, si no se pueden llevar a cabo todas las sesiones previstas no se pueden alcanzar todos los objetivos planteados en la jerarquía. De modo que aunque haya mejorado lo ha hecho en un nivel menor de lo que se planificó inicialmente. A.N. ya tenía antecedentes de dejar otros recursos de salud antes de lo fijado. Habría que valorar qué factores intervienen en este tipo de comportamiento ya que, aunque él argumentaba superficialmente un motivo económico, las razones reales son un tanto confusas dado que en otras ocasiones ha hecho lo mismo. A.N. comenta que teme el hecho de crear relaciones con otras personas y que, pasado un tiempo cuando se muestra tal y como es, haciendo referencia a su TOC, estas personas ya no quieren mantener este contacto. Se plantea desde el hospital que el hecho de ver que puede mejorar y volver a llevar su vida funcionalmente, le asusta y se aleja. Habría que valorar algún tipo de beneficio secundario que o no se recogió en la evaluación o pasó desapercibido.

En segundo lugar, otra limitación para haber obtenido una mejoría mayor, es el Trastorno Obsesivo Compulsivo de Personalidad con el que cuenta adicionalmente el paciente. Muchos de los síntomas obsesivos compulsivos de A.N. se relacionaban con el orden, la simetría y, en última instancia, con el control, rasgo central del TOCP. De forma que este trastorno no hace sino dificultar el progreso en el TOC.

En tercer lugar, hay que señalar las limitaciones debido a las características de las sesiones. Como bien se señaló en la introducción es más eficaz la práctica masiva, mientras que en este caso, por ajustarnos a la programación del hospital sólo se podía realizar las sesiones un día a la semana con una hora de duración. Además, lo óptimo hubiese sido poder hacerlo en la vivienda del paciente que es donde más dificultades presentaba, sin embargo esto tampoco ha sido posible. Esto ha de ser valorado en el caso de posibles nuevas intervenciones. También hay que señalar que dadas las características del paciente, el número de sesiones para haber realizado una aproximación más completa a todos sus síntomas excedía el que se podía prefiar en el contexto de Hospital de Día.

En cuarto lugar, también hay que tener en cuenta que, aunque la autora del trabajo ha contado con supervisión y ayuda, su inexperiencia puede haber influido. Las sesiones y los aspectos que dependían de trabajo externo a la sesión estaban controlados. Sin embargo, las habilidades se ganan con la experiencia. A lo largo de la intervención, la autora del trabajo se ha visto con las competencias adecuadas para manejar los síntomas obsesivo-compulsivos, pero no con los síntomas más emocionales. Cuando hubo que enfrentarse a ellos contó con la supervisión y apoyo de Begoña, psicóloga clínica de la unidad.

El aprendizaje que ha obtenido la autora del trabajo sobre este caso se resume en flexibilizar, adaptarse a los cambios en las programaciones, a que los progresos no se produzcan al ritmo planificado y que, el adaptar los tratamientos a las personas individuales es algo fundamental. No es menos relevante el hecho de aprender a dirigir una sesión centrándola en los objetivos que se tienen que cumplir teniendo en cuenta el estado de la persona y que, en ocasiones, es preferible frenar un poco el ritmo y abordar otras preocupaciones. También es importante señalar que se aprende, aunque al principio sea difícil a no mezclar la vida profesional con la personal dada la transferencia que produce el paciente y la dificultad que ello supone para controlar la propia contrasferencia. En estos momentos es muy importante el apoyo de un supervisor. En resumen, este caso ha aportado una gran experiencia estableciendo límites entre el mantener una buena y necesaria relación terapéutica y el tener en cuenta las necesidades del paciente en cada momento.

Por otro lado, también quisiera señalar los momentos buenos e incluso de mayor intensidad que los “malos” y, es el ver, que el paciente está mejorando, que poco a poco y después de tantos años, empieza a sentir que podría retomar el control de su vida, que tal y como se señaló anteriormente *“no sólo se destruye, sino que se empieza a construir por otros sitios”*.

Por último y a modo de anécdota ya que no puede recogerse formalmente, señalar que A.N. se encuentra trabajando actualmente en el museo Reina Sofía. En recientes contactos con Begoña, A.N. ha comentado que ahora se encuentra mejor, y que por fin ha terminado de ver la finalidad de todas las actividades que realizábamos en las sesiones. Es ahora cuando le están resultando útiles para dirigir su vida. Aunque no pueda considerarse seguimiento con datos empíricos, el hecho es que el paciente señala que se encuentra mucho mejor. Como ya se dijo anteriormente, desde el hospital se le han facilitado y se le ha entrenado en estrategias que él mismo puede aplicarse correctamente para seguir mejorando en las posibles complicaciones que puedan surgirle.

8. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2010). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Barcelona: Masson, D.L.
- Armendáriz, J. A. A., & Martín, M. M. S. (2005). *Obsesiones y compulsiones*. Síntesis.
- Bados López A. (2005). Trastorno obsesivo compulsivo. Universitat de Barcelona. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i tractament Psicològics.
- Botella, C. y Robert, C. El trastorno obsesivo compulsivo. En Belloch, A; Sandín, B.; Ramos, F (1996). *Manual de psicopatología* (vol 2). Siglo XXI, Madrid.
- Canals, J., Hernández-Martínez, C., Voltas, N. y Cosi S. (2013). Socio-demographic and psychopathological risk factors in obsessive-compulsive disorder: Epidemiologic study of school population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, pp:118-126.
- Cano-Vindel, A; Miguel-Tobal, J.J. (1999) Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El Inventario interactivo y multidimensional de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología contemporánea*, 6 (1), 14-21.
- C. Montero, L. C. Fernández, J. Pol (2012) Terapia cognitivo conductual con componentes de aceptación y compromiso en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2013; 33 (117), 123-134.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Evaluación del inventario BDI-II.
- Foa, E.B.; Wilson, R. (1992). *Venza sus obsesiones*. Robin Book. Madrid
- Freeston, M.H. Y Ladouceur, R. Análisis y tratamiento de las obsesiones. En Caballo, V. (1997) *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo XXI. Madrid
- Gavino, A. (2008). *El trastorno obsesivo-compulsivo. Manual práctico de tratamientos psicológicos*. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.), Madrid.
- Gavino, A.; Godoy, A.; Moreno, B.; Esteve, R. y Rodríguez-Naranjo, C. (1988). *Obsesiones: Teorías, evaluación y tratamiento*. Promolibro, Valencia.
- Ibáñez, I.; Olmedo, E.; Wenceslao, P. y González, M. (2002) *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Nº 2, Vol. 2, pp. 263-288.
- Kozak, M.J.; Foa, E.B.; McCarthy, P.R.; Obsessive-Compulsive disorder. En Last, C.G; Hersen, M. (1988). *Handbook of anxiety disorders*. Pergamon Press, Oxford.

Leal Carcedo, L.; Cano Vindel, A. (2008). Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo desde las nuevas perspectivas cognitivas. Estudio de un caso. *Ansiedad y estrés* 14(2-3), 321-339.

Muñoz, J.J.; Antequera, J.; Ladrón, A. (2014). *Manual de preparación PIR. Psicología clínica Vol.I*. CEDE.

Nicolini, H.; Herrera, K; Páez, F.; Carmona, M.S.; Orozco, B.; Lodeiro, G.; Fuente, J.R. (1996). Traducción al español y confiabilidad de la Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Salud mental*. Vol19, Suplemento octubre.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. CIE-10*. Madrid: Mediator.

Pérez Alvarez, M., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I., & Fernández Hermida, J. R. (2005). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Ediciones Pirámide.

Robert Flors, C. (1997). La autoexposición y prevención de respuesta en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo con rituales de comprobación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol 2, nº1, pp 83-96.

Ruiloba, J. V., Ortega, M. A., & Paredero, J. P. (2001) Trastorno obsesivo-compulsivo. Imedicinas.com

Stewart SE, Geller DA, Jenicke M, Pauls D, Shaw D, Mullin B, Faraone SV.(2005) Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a metanalysis and qualitative review of literature. *Evid Based Ment Health*, nº8(1):6.

Tallis, F. (1995). *Trastorno obsesivo compulsivo. Una perspectiva Cognitiva y Neuropsicológica*. Desclée de Brouwer, S.A. Bilbao, España.

Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1988). *Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo*. Ediciones Martínez Roca, Barcelona.

Vallejo Pareja, M.A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema* Nº 3, vol 13, pp: 419-427.

Vallejo Pareja, M.A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. En *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Ediciones Pirámide.

Vallejo J. (1995) Clínica de los Trastornos Obsesivo-Compulsivos. En: Vallejo J, Berrios G, eds. *Estados obsesivos*, 2.^a ed. Barcelona: Masson.

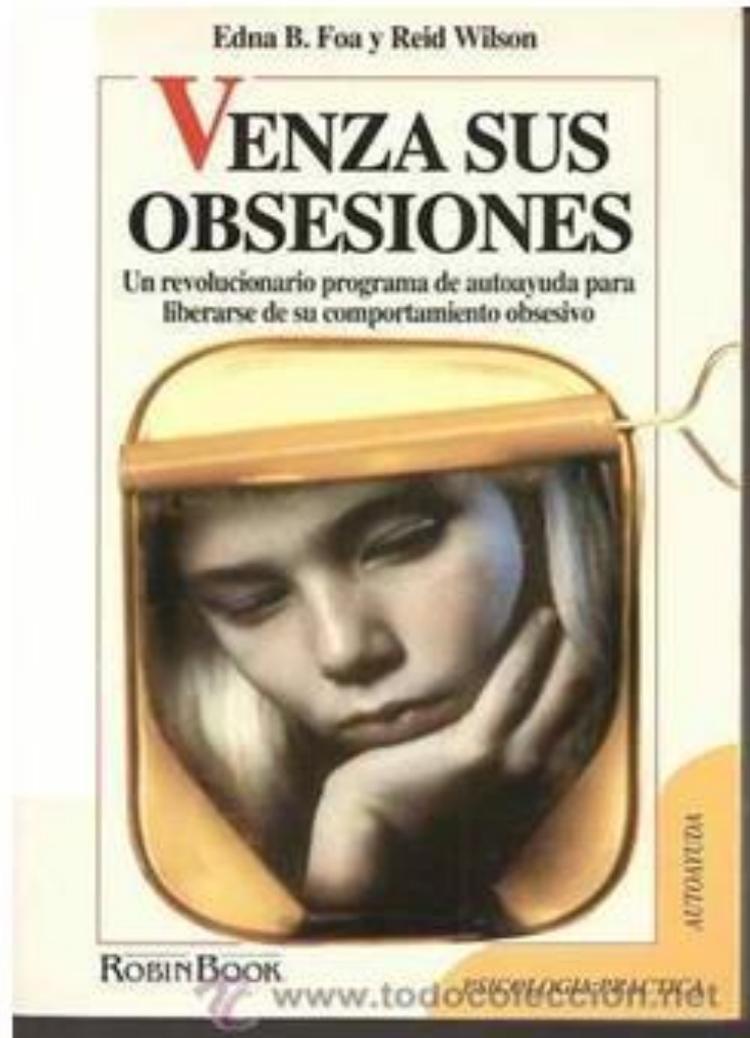
ANEXOS

ÍNDICE ANEXOS

- ANEXO 1:** Material módulo de psicoeducación. -
- ANEXO 2:** Modelo autorregistro A (línea base)
- ANEXO 3:** Modelo autorregistro B
- ANEXO 4:** Jerarquía de ítems para la exposición
- ANEXO 5:** Gráficos de evolución intermedia (desde 11/02/2014 hasta 8/03/2014)
- ANEXO 6:** Escalera de calidad de su casa

ANEXO 1: MATERIAL MÓDULO DE PSICOEDUCACIÓN

PSICOEDUCACIÓN PARA TOC



Material adaptado extraído fundamentalmente de:

B. Foa, Edna y Wilson, R. (1992). *Venza sus obsesiones. Un revolucionario programa de autoayuda para liberarse de su comportamiento obsesivo*. Ed: Robinbook.

EJEMPLOS

Ejemplo 1

En el momento en que estaba a punto de afeitarse, Fred creyó advertirse un bulto en un lado del cuello. Procedió a apretarse el bulto con los dedos y no estuvo muy seguro de lo que sintió, pero de todas maneras comenzó a preocuparse. Su padre había muerto de cáncer a los cuarenta y ocho años, y ahora Fred tenía cuarenta y seis. ¿Podría ser un tumor? Durante los dos días siguientes se descubrió palpándose esa zona varias veces por hora. Esa preocupación inquietante interrumpía la mayor parte de sus pensamientos durante todo el día. Cada tarde descargaba su agobio sobre su esposa, mientras le pedía que palpase el mismo punto de su cuello. Habiendo sido partícipe de preocupaciones similares en el pasado, su mujer intentó tranquilizarlo. No obstante, sus palabras no lograron satisfacerle. Ansioso y exhausto, Fred llamó a su médico para concertar la quinta revisión de “emergencia” en seis meses.

Ejemplo 2

La casa de Corene siempre se encuentra preparada para recibir a huéspedes inesperados: la cocina está imaculada, el cuarto de trabajo y la sala de estar lucen rigurosamente ordenados, y los cuartos de baño se hallan limpios. Con el objeto de mantener este sentido de la limpieza y el orden, Corene manda a sus dos hijos a pasar la mayor parte de su tiempo de recreo fuera de la casa. Cada vez que los niños entran a la casa para pedir un bocadillo o coger otro juguete, Corene se asegura de que se laven las manos. Antes de la cena los niños deben bañarse y ponerse ropas limpias. Todo el que deje ropas u otros objetos desparramados, o no vuelva a colocar las cosas en su lugar apropiado, se expone a ser castigado.

Ejemplo 3

Paul parece haber perdido la confianza en su capacidad para efectuar bien su trabajo. Cada vez que escribe una carta, pide a algún compañero de la oficina que la revise para tener la certeza de que no ha cometido ningún error. Cuando termina una tarea contable, repasa las cifras seis o siete veces. En su casa se le presenta un problema similar; en un ritual de diez minutos de duración, verifica que las ventanas y puertas están cerradas, el horno apagado, la plancha desenchufada, y que él tiene sus llaves y gafas. Después de salir de la casa, zangolotea el pomo de la puerta cuatro veces para asegurarse de quedó cerrada.

Ejemplo 4

Robin se inclina sobre el lavabo del cuarto de baño y se enjuaga los antebrazos para quitarse el jabón. Sacude los brazos para que se escurra el agua y se vuelve para salir del baño. Pero no puede, sus manos todavía están “contaminadas”, Vuelve a coger el polvo limpiador y nuevamente se espolvorea las manos ásperas y enrojecidas. Hoy ha pasado más de ocho horas entregada a esta fútil rutina de limpieza. Antes de tender su cuerpo exhausto en la cama por la noche, varias horas más serán dedicadas a fregar,

enjuagar y volver a fregar. Mañana repetirá nuevamente la actividad: diez horas de compulsivo lavado de manos.

Robin tiene cuarenta y tres años. Durante veinticinco años ha padecido este problema. El trastorno comenzó a manifestarse en forma gradual poco después de su boda y durante los primeros años no supuso más que una molestia secundaria. Pero, de manera progresiva, Robin iba preocupándose cada vez más por los gérmenes que imaginaba flotando en el aire a su alrededor. Así fue que empezó a limpiar su casa de manera excesiva, especialmente la cocina y los cuartos de baño. Su preocupación por los gérmenes dominaba no sólo su propia vida, sino también la de su familia. Se lavaba repetidamente y hacía lo mismo con su hijo pequeño. E insistía en que su marido se lavase siguiendo sus normas muy minuciosas, tales como enjabonarse las manos con sumo cuidado.

A pesar de los incesantes esfuerzos de Robin, la tarea de mantener su hogar libre de gérmenes era, por supuesto, imposible. Su única solución fue cerrar herméticamente las habitaciones interiores de la casa, a fin de poder dedicar todo un día a limpiar escrupulosamente uno o dos cuartos.

Al cabo de siete años, la familia vivía sólo en la cocina y en el cuarto de baño del primer piso. No estaba permitida la utilización de ninguna otra habitación de la casa. Durante tres años comieron, durmieron y se vistieron en estas dos pequeñas habitaciones. Finalmente, absolutamente desesperado, el marido de Robin exigió un cambio radical. En consecuencia, la familia decidió comenzar por vender la casa. Para librarse de la contaminación, vendieron todos sus muebles, incluyendo algunos hermosos ejemplares antiguos que Robin había heredado de su abuela. Su nuevo comienzo incluyó una casa recientemente construida y con muebles nuevos. Ahora la familia podía volver a desplazarse libremente por toda la casa, y Robin pudo continuar con su limpieza.

Pero, después de un año, la preocupación por la contaminación volvió a apoderarse de ella. Y fue cerrando una habitación tras otra, hasta que volvieron a encontrarse viviendo en la cocina y un cuarto de baño.

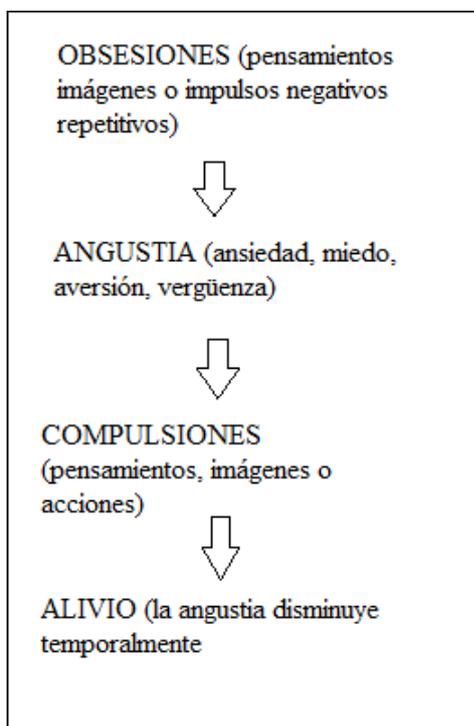
1.-¿Tiene usted obsesiones o compulsiones?

La mayoría de nosotros sabe lo desagradable que puede ser el agobio de las preocupaciones incesantes. Durante las vacaciones, mientras conduce por la autopista en dirección a la playa, usted piensa: “¿Me acordé de desenchufar la plancha?”. Se tranquilizará diciéndose que lo hizo. Sin embargo, unos segundos más tarde la pregunta reaparece con la misma intensidad “¿Lo hice realmente?”. Ahora por su mente se representan las consecuencias catastróficas de una eventual negligencia. “Si la dejé enchufada, podría recalentarse. Podría caer al suelo y hacer que se prenda fuego la alfombra...”. Durante varios minutos por más que lo intente, no puede librarse de la incertidumbre.

Las **preocupaciones insistentes** implican pensamientos que causan aflicción y ansiedad. Pero los pensamientos molestos específicos implicados en la preocupación cambian de un día para otro. Por ejemplo, un día el incidente de la plancha y otro día si tu jefe pasa por tu lado y no te sonrío podría pensar que está enfadado contigo. Aunque rumies ese incidente varias horas en ese día, al día siguiente se olvida esta inquietud y se pasa a otra.

Las **obsesiones**, por otra parte, son **preocupaciones relativamente estables**: los mismos pensamientos, imágenes o impulsos que aparecen en forma reiterada y resultan perturbadores y alarmantes, llegando a provocar a menudo el sentimiento de vergüenza. Los intentos del individuo por desecharlos son, en la mayoría de los casos infructuosos.

El contenido de las obsesiones varía de un individuo a otro, recuerde los ejemplos



presentados al principio. No resulta sorprendente que la mayoría de las personas busquen modos de conseguir alivio para sus preocupaciones y obsesiones, aunque sea de manera temporal. Deseamos deshacernos de las obsesiones y evitar las consecuencias terribles y alarmantes que puedan producirse. Tal vez usted actúa como esas personas que adoptan determinados comportamientos o pensamientos llamados **compulsiones o rituales**, para obtener alivio. Las compulsiones se definen como comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación. Aunque estos pueden ser persistentes, repetitivos, involuntarios y difíciles de soportar, son los únicos que conoce hasta la fecha para controlar la inquietud. De forma que, cada vez que las inquietudes

comienzan, usted siente el impulso de ejecutar ese ritual. Expresado en términos

sencillos: *las obsesiones son pensamientos o imágenes que provocan su aflicción; las compulsiones son todas las acciones o pensamientos que reducen esa aflicción.*

El **trastorno obsesivo-compulsivo** es considerado un trastorno de ansiedad. Para que a alguien se le diagnostique que padece de TOC la persona debe presentar los síntomas que responden a los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders K* (DSM-IV). De acuerdo con esta definición, se comprueba si sus obsesiones o compulsiones son lo bastante serias como para interferir con sus actividades sociales y laborales cotidianas, como ocurría en el caso de Robin.

Durante años, los expertos han estimado que sólo el 0,5% de la población general sufre TOC. Sin embargo, estudios recientes muestran que esta estimación ha aumentado hasta casi el 2,5%. Esto quiere decir que aproximadamente cinco millones de personas en Estados Unidos sufren de TOC.

Si usted padece de TOC, en la actualidad existen grandes posibilidades de que pueda recuperarse y volver a llevar una vida normal. No todas ellas experimentan la ausencia total de síntomas del TOC, pero la mayoría siente que su vida ha mejorado en forma significativa después del tratamiento y que dicha mejoría ha demostrado mantenerse con el paso del tiempo. En este punto, lo más importante es que sepa que puede mejorar. Sabemos cuán penoso puede resultarle sufrir estos síntomas en soledad. La mayoría de las personas no conoce a nadie que hable abiertamente de sufrir obsesiones o compulsiones. Hasta hace muy poco tiempo, el estigma asociado al hecho de ser obsesivo-compulsivo era muy fuerte. No nos sorprendería que no se atreva a tratar sus problemas con cualquiera, ni siquiera con familiares o amigos íntimos.

¿QUÉ SÍNTOMAS OBSESIVOS – COMPULSIVOS TIENE USTED?

A continuación veremos los siete tipos más comunes de TOC. Mire atentamente si se identifica con alguna. Se dará cuenta que la mayor parte de los tipos de TOC están clasificados de acuerdo con el ritual (acumular, verificar, ordenar...), sin embargo es común que **una persona se entregue a más de un ritual.**

1. Los “**LAVADORES**” y los “**LIMPIADORES**” son personas a las que carcomen obsesiones relacionadas con la contaminación a través de determinados objetos o situaciones. Ej. Secreciones corporales, gérmenes, enfermedad, productos químicos. Para eliminar cualquier posible contaminación crearán uno o más rituales. Ej. Lavarse las manos **en forma excesiva**, tomar duchas **prolongadas**, limpiar la casa **durante horas**. En ocasiones estas conductas tienen el fin de evitar consecuencias no deseadas, que pueden ser la muerte o la enfermedad. Otras veces, simplemente se hacen para restaurar una sensación de tranquilidad. Las actividades de limpiar y lavar se realizan de forma repetitiva y el tiempo que se les dedica a diario varía desde 30 minutos hasta 10 horas o más. La persona que padece este tipo de obsesión es capaz de llegar a situaciones extremas en su afán de evitar el contacto con agentes contaminantes. Podría cerrar determinadas habitaciones de la casa o negarse a tocar cualquier objeto doméstico que se haya caído al suelo.



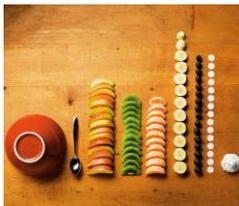
2. Los “**VERIFICADORES**” son personas que inspeccionan de **manera excesiva** con el propósito de evitar que ocurra una determinada catástrofe.



Preocupaciones comunes son inspeccionar la estufa o aparatos eléctricos para prevenir incendios, revisar puertas y ventanas para que no entren ladrones...En general, esta clase de personas revisará un objeto una vez, inmediatamente dudará de haberlo verificado de forma adecuada, con lo que tendrá que repetir la comprobación. Algunos pueden “verificar” durante horas. Para conseguir alivio suelen pedir a otros que asuman la responsabilidad de tareas como cerrar bien la casa cuando ellos salen.

3. Los “**REPETIDORES**” son aquellos que se empeñan en la ejecución de acciones repetitivas. Cada vez que acude a su mente un pensamiento alarmante, se sienten “obligados” a repetir alguna acción para impedir que ese pensamiento se convierta en realidad. Al igual que los “verificadores”, se proponen evitar o neutralizar las posibles catástrofes. A diferencia de los “verificadores”, los “repetidores” no pueden identificar una conexión lógica entre la obsesión y la compulsión. De hecho, a menudo en su pensamiento está presente una cualidad mágica, como puede ser la idea de impedir la muerte del cónyuge entregándose a la acción de vestirse y desvestirse repetidamente hasta que la imagen mental de la posible defunción desaparece.

4. Los “**ORDENADORES**” son personas que **exigen** que las cosas que las rodean



estén dispuestas de acuerdo con determinadas pautas rígidas, incluyendo distribuciones simétricas. Ej. Pueden necesitar que la cama esté hecha de forma impecable sin una sola arruga. Dedicar mucho tiempo a cerciorarse de que las cosas estén en el “lugar correcto” y se dan cuenta de inmediato cuando se ha modificado cualquier disposición pautada. Con frecuencia, se sentirán exageradamente molestos si otra persona reordena sus cosas. Estos, normalmente, no temen desastres inminentes, sino que lo hacen por una sensación general de incomodidad que surge cuando las cosas no se presentan a la “perfección”.

5. Los “**ACUMULADORES**” coleccionan objetos insignificantes, de los que no pueden desprenderse. Podría ir por la calle y detenerse a recoger trocitos de papel, que almacenará en su casa por si llegara a necesitarlos. Los demás piensan que son colecciones inservibles mientras que el “acumulador” les dar un gran valor. Ej. Acumular periódicos durante décadas por si algún día necesitaran un artículo específico. En los casos más severos incluso han de alquilar espacios adicionales.

6. Los “**RITUALIZADORES MENTALES**” son aquellos que recurren a



pensamientos o imágenes repetitivas (compulsiones mentales) para reducir el malestar que producen sus obsesiones (otros pensamientos e imágenes repetitivas). La diferencia con los “obsesivos puros” es que las ideas de los “obsesivos puros” provocan ansiedad y angustia, mientras que los “ritualizadores mentales” recurren a pensamientos o imágenes repetitivas para reducir el malestar. Los rituales más comunes son: rezar, repetir mentalmente ciertas palabras o frases, y contar. Ej. Pedro creía que el número 3 le traía mala suerte, de modo que cada vez que en su mente un pensamiento incluía el número 3, tenía que repetir varias veces el número 6 para eludir la mala suerte. Los “ritualizadores mentales” también tratarán de recordar

determinados acontecimientos con lujo de detalles o de repetir una lista mental como una manera de asegurarse tranquilidad. Ej. Juan, un hombre de 67 años, pasaba varias horas al día sometiendo a prueba su memoria tratando de recordar acontecimientos carentes de importancia, para convencerse a sí mismo de que no estaba desarrollando la Enfermedad de Alzheimer.

7. Los “**ATORMENTADOS**” y los “**OBSESIVOS PUROS**” experimentan pensamientos negativos reiterados, que resultan incontrolables y bastante perturbadores. A diferencia del resto de tipos de TOC, no se entregan a comportamientos reiterativos ni tienen compulsiones mentales. Sus preocupaciones se centran en los sucesos cotidianos más sencillos o en pensamientos alarmantes, violentos, incluso vergonzantes. Ejemplos comunes son el hecho de prestar **excesiva** atención a problemas relacionados con la salud, quedar atrapados en acontecimientos traumáticos del pasado, o preocuparse por el posible fracaso en alguna tarea futura. Ej. Elise pasaba muchas horas cada día preocupándose por la eventualidad de perder todos sus ahorros debido a un crash bursátil y no poder educar a sus hijos. Elise no desarrolló ningún comportamiento compulsivo que pudiese aliviar temporalmente su aflicción. Ejemplos más graves incluyen imágenes vergonzantes de conducta sexual incorrecta, o impulsos de matar o hacer daño, a ellos mismos o a personas queridas. Durante horas o, a veces, varios días consecutivos la persona puede persistir en la angustia que le provoca la idea de que estos hechos puedan llegar a ser realidad.

A continuación se presenta un cuestionario que le ayudará a identificar su problema. Marque tantas respuestas como crea necesarias. No hay respuestas correctas e incorrectas, simplemente servirá para que tenga una mayor comprensión de su problema.

IDENTIFICACIÓN DE SU PROBLEMA

A.- ¿Qué síntomas le molestan? Coloque una marca en cada ítem que le ha perturbado en el **último mes**.

Lavar y limpiar

- 1.- Evité tocar ciertas cosas debido a la posible contaminación.
- 2.- Tengo dificultad para recoger los objetos que se han caído al suelo.
- 3.- Limpio mi casa de manera excesiva.
- 4.- Me lavo las manos de manera excesiva.
- 5.- Me ducho o tomo baños exageradamente largos con frecuencia.
- 6.- Me preocupo de modo exagerado por los gérmenes y las enfermedades.

Verificar y repetir

- 1.- Frecuentemente tengo que verificar las cosas una y otra vez.
- 2.- Tengo dificultad para terminar las cosas que emprendo porque repito acciones.
- 3.- A menudo repito acciones con el objeto de impedir que suceda algo malo.
- 4.- Me preocupo excesivamente por la posibilidad de cometer errores.
- 5.- Me preocupa excesivamente la idea de hacer daño a alguien.
- 6.- Ciertos pensamientos que irrumpen en mi mente me llevan a realizar las cosas una y otra vez.

Ordenar

- 1.- Debo tener determinadas cosas a mi alrededor dispuestas en un orden específico.
- 2.- Paso mucho tiempo asegurándome de que las cosas están en el lugar correcto.
- 3.- Noto de inmediato cuando mis cosas están fuera de lugar.
- 4.- Es importante que mi cama esté hecha de manera impecable.
- 5.- Necesito disponer de ciertas cosas siguiendo unas pautas específicas.
- 6.- Me molesta muchísimo que otros cambien mis cosas de lugar.

Acumular

- 1.- Tengo dificultad para tirar cosas.
- 2.- Me descubro llevando a casa objetos aparentemente inservibles.
- 3.- Con el paso de los años mi casa ha llegado a estar abarrotada de colecciones de objetos.
- 4.- No me gusta que otras personas toquen mis cosas.
- 5.- Me encuentro incapaz de deshacerme de las cosas.
- 6.- Los demás piensas que mis colecciones son inservibles.

Rituales mentales

- 1.- La repetición mental de ciertas palabras o números me hace sentir bien.
- 2.- A menudo tengo que decirme ciertas cosas una y otra vez para sentirme seguro.
- 3.- Suelo descubrirme dedicando muchísimo tiempo a rezar sin propósitos religiosos.
- 4.- Los “malos” pensamientos me obligan a concentrarme en pensamientos “buenos”.

- ___ 5.- Trato de recordar acontecimientos con todo detalle, o de hacer listas mentalmente para impedir consecuencias desagradables.
- ___ 6.- A veces, el único modo de mantener la calma es pensar en las cosas “correctas”.

Preocupaciones atormentadores y obsesiones puras

Mientras no me entrego a ningún ritual de comportamiento o de pensamiento:

- ___ 1.- A menudo me siento intranquilo por pensamientos desagradables que irrumpen en mi mente contra mi voluntad.
- ___ 2.- Habitualmente tengo dudas acerca de las cosas simples que realizo en mi vida cotidiana.
- ___ 3.- No tengo ningún control sobre mis pensamientos.
- ___ 4.- Con frecuencia los pensamientos que irrumpen en mi mente son vergonzantes, alarmantes, violentos o extraños.
- ___ 5.- Temo que mis pensamientos catastróficos se hagan realidad.
- ___ 6.- Cuando comienzo a preocuparme no puedo detenerme fácilmente.
- ___ 7.- Acontecimientos leves, insignificantes, hacen que me preocupe de manera excesiva.

B. En el último mes, ¿cuánto tiempo pasó, en un día normal, entregado a estos síntomas?

	Horas	Minutos
Lavar y limpiar		
Verificar y repetir		
Ordenar		
Acumular		
Rituales mentales		
Preocupación atormentadora u obsesión		

Ahora sume el número de horas y minutos en la última fila.

RASGOS COMUNES DE LOS OBSESIVO – COMPULSIVOS

Hay una serie de rasgos que suelen ser comunes en las personas que padecen TOC. Aunque sean comunes no quiere decir que todas las personas que padecen TOC presenten todas estas características. Cuando identifique las tendencias que son relevantes para su caso, comenzará a entender mejor sus propios síntomas.

1. *Sus preocupaciones y obsesiones implican inquietud por las consecuencias catastróficas.*
2. *Hay veces en que usted sabe que sus obsesiones son irracionales.* La mayoría de los TOC están de acuerdo en afirmar que sus obsesiones carecen de sentido. Cuando no están afectados por sus síntomas, reconocerán que es muy probable que por ejemplo no se pondrán enfermos por no haberse lavado las manos cinco veces. Pero cuando comienzan a preocuparse, temen esas posibilidades. Sin embargo, algunos creen verdaderamente que sus miedos están enraizados en la realidad. Ej. Anthony estaba obsesionado con el pensamiento de que iba a contraer la leucemia al entrar en contacto con víctimas de ese mal, que luego contagiaría a sus hijos y esposa. En una ocasión que su padre visitó a un amigo en el hospital, Anthony creyó que su padre estaba contaminado con gérmenes de la leucemia. Puesto que él y su padre iban al mismo dentista, pensó que su padre había transmitido los gérmenes al dentista. Por consiguiente, Anthony cambió de dentista. Estaba absolutamente seguro de que si volvía a la consulta del dentista contagiaría a su propia familia con la leucemia fatal.
3. *Intenta resistirse a sus obsesiones, pero eso no hace más que agravarlas.* Puesto que los pensamientos o imágenes obsesivos le causan tanta aflicción o miedo, usted quiere librarse de ellos. Pero al luchar contra ese pensamiento, termina alentando su persistencia. Esto supone que sus obsesiones se mantengan en parte a través de la paradoja: cuanto más las combate, más difícil le resulta desecharlas. Por ejemplo, si le dijo...”No piense en un elefante rosa”. ¿Qué imagen tiene ahora en la cabeza?” ¡Un elefante rosa!. Otro ejemplo, ¿recuerdas los números que te dije que olvidarás en la sesión? Seguro que sigues recordándolos.
4. *Los rituales compulsivos le brindan un alivio pasajero.* Ej. Chris, padre de un niño de dos años, está poniendo la mesa para la cena de la familia. De pie junto a la mesa del comedor, colocando los cubiertos y los platos, de pronto experimenta el impulso de matar a su hijo. Este impulso le aterroriza. Con el tiempo, como suele suceder, Chris inventa modos especiales para poner fin a ese espanto intolerable. Por ejemplo, repite el comportamiento que estaba haciendo en el momento del impulso obsesivo y con ello puede “borrar” la obsesión. De modo que si reapareciese, Chris podría recoger la vajilla, salir del comedor, volver a entrar y volver a poner la mesa con cuidado. Y lo haría una y otra vez hasta que el impulso desapareciese. El ritual compulsivo proporciona alivio y restablece una sensación **relativa** de seguridad, aunque sea por poco tiempo. El alivio que da la realización de estos rituales compulsivos motiva el que sigamos usándolos. Sin embargo nunca nos darán una solución de larga duración. Pronto las obsesiones volverán a aparecer, y tendrá que repetirse toda la secuencia.

5. *Habitualmente, sus rituales implican secuencias específicas.* Para reducir el malestar, una persona debe ejecutar los comportamientos compulsivos de una determinada manera ritualizada.

Ej. “Verificador”. Charles inspecciona cada ventana, comenzando por el ángulo noreste de la casa y terminando en la cocina. Allí examina cada artefacto eléctrico haciendo girar los botones de encendido en el sentido de las manecillas del reloj. Comprueba que las puertas de la nevera y el congelador estén bien cerradas, coloca el cable de la tostadora sobre la parte superior del aparato. Saca las llaves de su bolsillo y las sostiene en la mano izquierda. Después de salir por la puerta principal debe mirar las llaves en su mano de nuevo antes de cerrar y echar el cerrojo. Cuando mete la llave en la cerradura está atento para escuchar el sonido habitual que se oye al trabar y destrabar el cerrojo tres veces, sólo para estar seguro.

Ej. “Lavador” No sólo se trata de tomar duchas prolongadas sino que suele seguir una secuencia específica. Por ejemplo si una persona se siente contaminada por los “gérmenes del suelo”, se lavarán primero la cabeza y seguirán de forma sistemática hasta llegar en último lugar a las piernas y pies.

Ej. “Lavador” También desarrollan rutinas para lavarse las manos. Por ejemplo lavarse cada dedo en forma separada un número específico de veces, y restregarse debajo de las uñas y de la zona interdigital. Para ser efectiva se tiene que llevar a cabo sin ninguna alteración. Si alguien interrumpe la secuencia, debe repetirse todo el ritual.

6. *Usted también trata de resistir las compulsiones.* Si un ritual es breve y no interfiere en la vida cotidiana, entonces muchas personas pueden limitarse a tolerarlo. Ej. Muchas mujeres comprueban antes de salir de casa que llevan en el bolso las llaves, maquillaje gafas...A veces no basta con verificarlo una vez, sin embargo, aunque se repita 3 veces no lleva más de 5 minutos.

Pero en los casos graves, las compulsiones son bastante extenuantes. Pueden llegar a ser tan aflictivas que muchos desean librarse de ellas por completo: Ej. Lavarse las manos hasta que sangren resulta detestable y, por tanto, algunos “lavadores” llegarán a extremos mayores para retrasar el lavado. Por ejemplo, podrían evitar tocar las cosas para no tener que lavarse.

7. *Usted elige a otros para que le ayuden con sus rituales.*

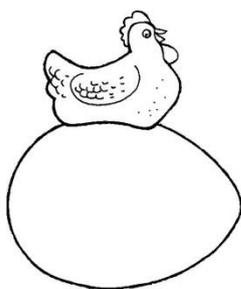
2.- ¿Cuáles son las causas de los síntomas obsesivo-compulsivos?

“¿Cómo he llegado a convertirme en un ansioso profesional?”. La respuesta no es sencilla. Aunque hay mucho conocimiento sobre cómo tratar las preocupaciones y obsesiones, los profesionales de la salud mental aún no saben lo suficiente sobre sus causas. Veamos a continuación diversos factores que pueden contribuir.

¿Influye la biología?

Varias teorías sugieren base biológica para el trastorno. Por ejemplo algunas técnicas de representación del cerebro sugieren anomalías en el lóbulo frontal y en los ganglios basales que influyen en los síntomas. Otros estudios indican ciertas anomalías en ciertos neurotransmisores, los mensajeros del cerebro. Uno de ellos es la serotonina. Los medicamentos que inducen la captación de la serotonina parecen especialmente útiles en el tratamiento del TOC (antidepresivos ISRS).

Sin embargo, no hay que preocuparse porque pueda haber una base biológica. Está



ampliamente demostrado que las intervenciones psicológicas pueden modificar pautas que se originan, en parte, en una base biológica. Por ejemplo, con el tiempo, nuestros pensamientos, emociones y comportamientos pueden **influir** sobre nuestra química cerebral, por lo que anomalías que a veces aparecen en las exploraciones de la representación del cerebro de quienes sufren TOC pueden ser el resultado de obsesiones y compulsiones de larga duración, más que sus causas. Esto es como, *¿Qué viene antes, el huevo o la gallina?*

¿El TOC viene de familia?

Los estudios no ofrecen ningún indicio claro al respecto. Se ha descubierto que los familiares de alguien con TOC tienen mayores probabilidades que la persona media de presentar problemas de ansiedad (entre los que se encuentra el TOC) y depresión. Pero, sorprendentemente, el número de hijos que desarrollan TOC, teniendo padres con el mismo trastorno, es muy reducido.

El TOC suele emerger en la década de los 20 años. ¿Por qué son más vulnerables al desarrollo de estos síntomas? Los obsesivos – compulsivos tienden a preocuparse ante la posibilidad de hacerse daño a sí mismo o a otros por desatender sus responsabilidades, y es a partir de estas edades cuando se incrementa la responsabilidad personal. Al aumentar estas responsabilidades (buscar empleo, matrimonio, formar una familia...) existen más oportunidades de cometer errores que puedan conducir a consecuencias serias. Las personas que desarrollan TOC tienden a exagerar la probabilidad de tales errores, así como su importancia. Tal vez la responsabilidad incrementada durante la primera etapa adulta haga surgir los síntomas obsesivos – compulsivos en aquellos que estén predispuestos al trastorno.

Una vez comienzan los síntomas del TOC, normalmente se vuelven más agudos con el tiempo. Algunas personas no recuerdan cuando empezó e informan que llegaron a sentirse gravemente perturbados al cabo de varios días o semanas. No obstante, muchos de quienes sufren TOC, describen algún pensamiento o acontecimiento que asocian con un aumento sustancial en sus obsesiones y compulsiones. EJ. Una persona recordó oír una historia sobre el SIDA, y poco después comenzó a obsesionarse con el tiempo a contraer el virus de esta enfermedad.

¿Influye mi estructura psicológica?

También puede influir en la persistencia de las obsesiones. La mayoría de nosotros hemos experimentado un miedo transitorio a perder el control (por ejemplo caernos a la vía del metro); sin embargo tendemos a desechar estas obsesiones por considerarlas pensamientos irracionales de carácter temporal, y nos tranquilizamos diciéndonos que todos tienen estos pensamientos fugaces. Pero si somos **psicológicamente vulnerables**, tales pensamientos pueden adquirir un significado importante. Empieza a preguntarse por qué tuvo esos pensamientos y cuál es su significado. Empieza a preocuparse por estar perdiendo el control y se vuelve sumamente ansioso. En ese momento se inicia un ciclo vicioso.

La **autoestima baja** también puede desempeñar un papel. Si se contempla con un autoestima elevada, está mejor preparado para asumir la consecuencia de sus errores. No obstante, si su autoestima es baja, es probable que llegue a sentirse abrumado por sus propios errores y dedique mayores esfuerzos para evitarlos en el futuro.

3.- La vida del obsesivo – compulsivo.

Muy a menudo los síntomas del TOC pueden verse agravados por el aislamiento, la confusión y la sensación de no comprender las perturbaciones que nos inquietan. ¿Alguna vez ha pensado: “¿Probablemente soy el único en el mundo que tiene esta clase de problemas?” o “Posiblemente, nadie llegó a estar tan preocupado como yo”. La verdad es que usted no está sólo; existen muchas otras personas que experimentan los síntomas del TOC. Saber más acerca de estos síntomas es un importante paso para entender cómo cambiarlos. Se incluye una tabla que recoge los 4 aspectos básicos para cada tipo de TOC.

Rasgos comunes de los “lavadores” y los “limpiadores”

Situaciones que provocan angustia o impulsan a ritualizar y tienden a ser evitadas

- Todo lo que pueda contener “gérmenes”. Ej. Aseos públicos, desperdicios.
- Todo lo que pueda sentirse “contaminado”. Ej. un familiar, el pueblo natal.
- Todo lo que le parezca “sucio”. Ej. Heces, orina, flujo menstrual, sudor, el suelo.
- Todo lo que pueda suponer un riesgo para la salud. Ej. Productos químicos, amianto.

Pensamientos, imágenes, impulsos que provocan angustia

- “Estoy contaminado”.
- “Estaré contaminado”.
- “Si toco eso, seguro que me ensuciaré”.
- “No estoy seguro de haberme lavado lo suficiente”.

Consecuencias temidas por no evitar o ritualizar

- “Yo o algún otro llegará a contaminarse y entonces dejaremos de estar a salvo”.
- “Yo o algún otro se pondrá enfermo o morirá”.
- “Siempre estaré ansiosa”.
- “Perderé la razón y enloqueceré”.

Compulsiones comunes

- Lavado de manos.
- Ducharse o bañarse.
- Cambiarse la ropa y lavarlas.
- Limpiar las superficies de apoyo o los objetos.

Rasgos comunes de los “verificadores”

Situaciones que provocan angustia o impulsan a ritualizar y tienden a ser evitadas

- Cometer un error. Ej. En un cheque, escribir mal la cantidad o una palabra.

- Cualquier situación que podría causar daño a uno mismo o a los demás. Ej. Abandonar la casa sin asegurarse de que las puertas y las ventanas están bien cerradas; consumir alimentos sin verificar la presencia de elementos nocivos; conducir un coche por calles en las que transitan peatones sin verificar la posibilidad de haber atropellado a alguien; salir de casa sin desenchufar los artefactos eléctricos.

Pensamientos, imágenes, impulsos que provocan angustia

- “¿Inspeccioné todas las ventanas?”
- “¿Di demasiadas píldoras a mi hijo enfermo?”
- “¿Le puse el freno al coche?”
- “¿Atropellé a alguien con mi coche?”
- “Podría haber un trozo de vidrio en la comida.

Consecuencias temidas por no evitar situaciones u objetos o no ritualizar

- “Algo terrible sucederá”.
- “Alguien irrumpirá en la casa, me robará y hará daño a mi familia”.
- “Mi casa se incendiará”.
- “Mis seres queridos sufrirán daños o morirán”.
- “Seré criticado, ridiculizado o humillado”.

Compulsiones comunes

- Inspección repetida de puertas, ventanas, frenos de coche, grifos, artefactos eléctricos.
- Verificación repetida de cartas o impresos antes de enviarlos.
- Verificación de los trayectos recorridos.
- Reconstrucción mental de las actividades realizadas (inspección mental).

Rasgos comunes de los “repetidores”.

Situaciones que provocan angustia o impulsan a ritualizar y tienden a ser evitadas (A menudo no existe ninguna situación externa que provoque la angustia).

- Repetir una acción el número “erróneo” de veces.
- Abandonar el cuarto y entrar a otra habitación.
- Hacer las cosas del modo incorrecto.

Pensamientos, imágenes, impulsos que provocan angustia. Cualquier pensamiento o imagen que produce ansiedad, vergüenza, culpa o malestar, tales como:

- “Mi esposo tendrá un accidente”.
- “Mi vecino es una persona detestable”.
- “Puedo revelar cosas indignas”.
- “Mis padres morirán”.

- “Mi hija fracasará en la escuela”.
- “Él/ella [un/una amigo/a] es una persona indigna”.
- “Soy un pecador/a”.

Consecuencias temidas por no evitar o ritualizar

- “Sucederá algún desastre no especificado”.
- “Yo o aquellos a quienes amos sufriremos un daño no especificado”.
- “Seré castigado”.
- “La mala suerte caerá sobre mí o algún otro”.
- “Todos me odiarán y despreciarán”.

Compulsiones comunes

- Repetir una acción hasta el punto que se considera “correcto”.
- Repetir una acción hasta que desaparee el pensamiento “impropio”.

Rasgos comunes de los “ordenadores”

Situaciones que provocan angustia o impulsan a ritualizar y tienden a ser evitadas

- Los objetos que no están colocados en un orden o secuencia precisos. Ej. Sábanas, ropa, píldoras, lápices u hojas de papel.
- Que otra persona toque o reordene tales objetos.
- Que las cosas estén dispuestas asimétricamente.
- Que las cosas sean imperfectas.

Pensamientos, imágenes, impulsos que provocan angustia

- “Las cosas están fuera de lugar”.
- “Las cosas se tocan entre sí de una manera inadecuada”.
- “La colcha de la cama está arrugada”.

Consecuencias temidas por no evitar o ritualizar

- “Estaré sumamente angustiado, a menos que ordene las cosas adecuadamente”.

Compulsiones comunes

- Colocar los objetos de nuestro entorno de forma “adecuada”.
- Ordenar los objetos de forma simétrica o de acuerdo con ciertas reglas.

Rasgos comunes de los acumuladores

Situaciones que provocan angustia o impulsan a ritualizar y tienden a ser evitadas

- Tirar cosas.
- Que otra persona reordene sus “colecciones”.

- Dejar atrás algo que puede necesitarse más tarde.

Pensamientos, imágenes, impulsos que provocan angustia

- “¿Qué pasa si necesito esto un día y no lo encuentro?”
- “¿Qué pasa si necesito este objeto y no lo tengo porque lo he tirado?”

Consecuencias temidas por no evitar o ritualizar

- “No podré encontrar algo que necesito”.
- “No podré tener algo que necesito”.

Compulsiones comunes

- Coleccionar objetos inservibles.
- Ordenar las “colecciones” de modos determinados.

Rasgos comunes de los “ritualizadores mentales”, los “atormentados” y los “obsesivos puros”

Situaciones que provocan angustia o impulsan a ritualizar y tienden a ser evitadas

- Cualquier situación en la que alguien pudo ser dañado.
- Cualquier situación en la cual un obsesivo-compulsivo pudo cometer un error “grave”.
- Cualquier lugar que provoque pensamientos angustiantes.

Pensamientos, imágenes, impulsos que provocan angustia

- Severa autocrítica o crítica de los demás.
- El pensamiento de haber cometido un error o de haber hecho algo incorrecto.
- Culpa o remordimiento por hechos del pasado.
- Pensamientos o imágenes acerca de herir o matar a alguien.
- Pensamientos acerca de cometer un acto sexual perverso o inmoral.
- Soltar abruptamente un insulto u obscenidad.
- Dejarse llevar por un impulso criminal.

Consecuencias temidas por no evitar o ritualizar

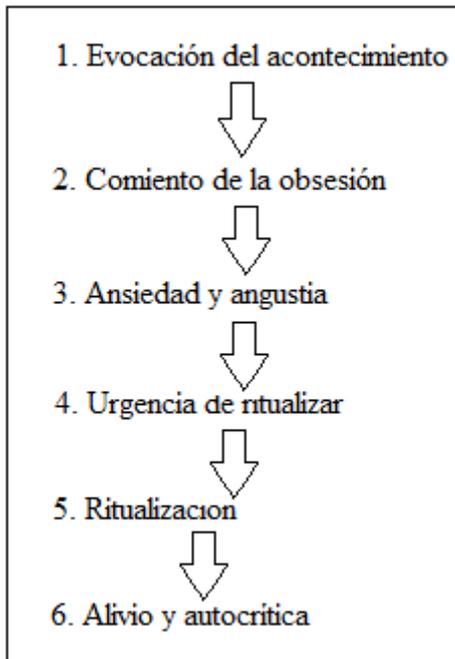
- “Fracasaré”.
- “Seré castigado”.
- “Algo terrible sucederá”.
- “La mala suerte caerá sobre mí”.

Compulsiones mentales comunes (sólo para “ritualizadores mentales): rezar para sus adentros, contar mentalmente, hacer listas mentales, repasar actividades mentalmente, repetir frases mentalmente.

INTERVENCIÓN

4.- La secuencia de los síntomas del TOC

Una característica de los síntomas obsesivo-compulsivos es que pueden ser sumamente persistentes a lo largo del tiempo. En primer lugar, se produce algún *acontecimiento* que



estimula la obsesión. Por ejemplo advertir un pequeño cambio en casa o en el pomo de la puerta. O simplemente podría tratarse de un pensamiento fugaz. Este acontecimiento activa el *pensamiento, imagen o impulso obsesivo*.

Una vez que la persona comienza a obsesionarse, llega a sentirse *angustiada y ansiosa*. Puesto que las obsesiones tienden a permanecer en su mente, la angustia persiste durante un tiempo prolongado. Este estado resulta sumamente desagradable y es natural que la persona desee ponerle fin. En el pasado ha descubierto que puede disminuir la angustia obsesiva mediante alguna acción compulsiva, de forma que la persona se pone a hacer su *ritual* (a lavar, repetir, verificar, etc.). A veces también trata de ofrecer resistencia al

comportamiento compulsivo, ya que éste, en sí mismo, es muy angustiante. Después de ejecutar el ritual, suele experimentar algún *alivio* de la angustia obsesiva. Lamentablemente, este alivio es sólo temporal, y pronto otro acontecimiento comenzará nuevamente el ciclo. No obstante, la pauta se vuelve persistente, porque la persona ha descubierto que la ritualización es lo único que le brinda algún sosiego. Al final de cada ciclo, el individuo se siente desalentado, decepcionado y *autocrítico*. Una vez más ha quedado atrapado en ese comportamiento irracional.

Los cuatro desafíos

Existen cuatro desafíos que debe afrontar cuando comience a controlar sus síntomas:

ACEPTACIÓN DE LOS CUATRO DESAFÍOS

Hasta ahora:

1. Siempre estaré dominado por este problema.
2. Creo que mis preocupaciones obsesivas son exactas.
3. Los rituales son el único modo de reducir mi angustia.
4. *Debo* poner fin a mis obsesiones

Posición de cambio:

1. Ahora estoy decidido a vencer este problema.
2. Mis obsesiones son exageradas e irreales.
3. Existen otras opciones para reducir mi angustia.
4. Acepto mis obsesiones

1. *Llegar a estar decidido a vencer su problema:* Debe decidir que es el momento oportuno para realizar los cambios necesarios para vencer sus síntomas obsesivo-compulsivos. Por lo tanto, usted está dispuesto a hacer lo que sea para

rehacer su vida. También necesita creer que puede superar su problema. Recuerde que esto es posible, que otras personas con problemas similares han mejorado, y que usted también puede cambiar. Cuando siga las sugerencias que se indican, tendrá que experimentar con opciones que son distintas a sus actuales prácticas obsesivo-compulsivas. Le pediremos que cambie gradualmente estos pensamientos y comportamientos, que no se preocupe del modo en que solía hacerlo y que modifique la manera de ejecutar sus rituales. Asumir el riesgo de liberarse de sus viejas prácticas e intentar comportamientos nuevos requerirá fe en este proceso y mucho valor, porque cuando intentamos algo nuevo nunca estamos seguros de que funcionará. Aquí es donde aparece su determinación, que le ayudará a resistir las dudas, incertidumbres y molestias a corto plazo con el propósito de curarse.

2. *Llegar a tomar conciencia de que sus preocupaciones son irracionales.* Tenga presente que el TOC es considerado un trastorno ansioso. Esto se debe al hecho de que se basa en una preocupación ansiosa por cuestiones **irreales**. Aunque usted pueda creer que son reales, estamos pidiéndole que adopte una creencia nueva: sus preocupaciones obsesivas son muy exageradas. Admitimos que es muy difícil pensar racionalmente cuando se está aterrorizado. Por lo tanto, no sería sorprendente que, incluso después de tomar perspectiva respecto de sus obsesiones, durante los momentos en que es dominado por éstas, a veces seguirá creyendo que sus miedos son reales. A través de la terapia, trabajaremos en el aprendizaje de que sus creencias son infundadas.
3. *Considere que la ritualización NO es el único modo de reducir su angustia.* La mayoría de los obsesivo-compulsivos cree que si no ritualizan, la angustia no desaparecerá. Si usted comparte esta creencia, debe estar dispuesto a ponerla a prueba para descubrir que hay otros modos para reducir su angustia. Una vez más, la disposición a cambiar sus acciones exigirá valor por su parte, pues sus compulsiones le han dado resultado en el pasado.
4. *Acepte sus obsesiones en lugar de resistirse a ellas.* A primera vista, este desafío parece contradecir el desafío 1. ¿Recuerda el principio de la paradoja del que hablábamos anteriormente? ¿Recuerda el No piense en un elefante rosa?. Cuanto más intenta no pensarlo o resistirse a sus obsesiones, más tiempo permanecerán en su mente, regresando con mayor frecuencia. Es como si sus intentos por solucionar su problema en realidad lo empeorase. Si esto es cierto, entonces al aceptar sus obsesiones éstas deberían disminuir. La posición paradójica que le alentamos a asumir es: “Con el objetivo de librarme de mis pensamientos obsesivos, estoy dispuesto a aceptarlos”. Aceptar sus preocupaciones requerirá que desarrolle una voz interior nueva y diferente para responderles. En lugar de decir: “No puedo permitirme comenzar a obsesionarme ahora, sería *horrible*”, usted asume la posición: “Es muy bueno para mí obsesionarme en este preciso momento”. Esto quiere decir que, una vez se dé cuenta que se está obsesionando, debe permitir que esos pensamientos prosigan. Tan pronto como les dé la bienvenida, convierte a esos pensamientos en voluntarios (y no como intrusos).

Si los acepta no necesita luchar para librarse de ellos. Por consiguiente, mediante su aceptación usted reduce su urgencia apremiante de ritualizar.

5.- Terapia cognitivo-conductual

Para llevar a cabo la intervención psicológica para el tratamiento de los síntomas obsesivo-compulsivos, vamos a emplear la **prevención de respuesta**.

¿Qué es la Prevención de Respuesta (PR)?

Es un programa de intervención terapéutica muy eficaz en el tratamiento de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. Desde una línea conductual se pretende eliminar los rituales obsesivos y, con ellos, las obsesiones.

Cuando el paciente aprende a no hacer compulsiones, las obsesiones van remitiendo. Se trata de elaborar una serie de técnicas que ayuden al paciente a soportar la ansiedad sin hacer las conductas ritualizadas. Una vez conseguido, las obsesiones ya no tienen fuerza. El paciente supone que si no realiza las compulsiones no podrá disminuir su ansiedad, angustia o miedo. De forma que, se le enseña a que compruebe que eso no es cierto, la ansiedad también desaparece aunque no se lleven a cabo los rituales.

La aplicación de este programa tiene como norma principal prevenir el ritual. Esta instrucción tan rígida se acompaña de una serie de pasos que la suavizan.

¿Cuáles son los objetivos de la prevención de respuesta?

Son fundamentalmente 3:

1. Disminuir la frecuencia y la duración de las obsesiones y las compulsiones.
2. Eliminar las obsesiones y las compulsiones.
3. Incorporar a la persona a su medio con normalidad.

¿Cuáles son los pasos generales para llevar a cabo la PR?

- Registro tipo A.
- Registro tipo B.
- Jerarquía de rituales.
- Incorporación de actividades.

6.- Guía para la exposición a situaciones de TOC

1. Es importante que el comienzo de la exposición sea **gradual**. La situación elegida debe producir poca ansiedad, aunque ésta ha de ser constante cada vez que se presenta dicha situación. También es importante que divida el afrontamiento de la situación temida en pasos. Antes de exponerse hay que tener claro que la ansiedad no es inmanejable.
2. Los pasos a practicar se elaboran en la consulta con el terapeuta y los eligen entre los dos. Deben ser **específicos** y claros. Han de estar descritos de forma que los entienda y no malinterprete su contenido. Si tiene alguna duda, consulte a su terapeuta.
3. **Es normal que tenga ansiedad en la exposición**, a pesar de que se haya comenzado con pasos o con situaciones de poca ansiedad. Es necesario que la sienta y que la viva. Es lo que se pretende con esta técnica. De esta manera también se dará cuenta de cuándo va disminuyendo y cuándo desaparece. Es el termómetro de su progreso. Piense que si no sintiera ansiedad no habría necesidad de realizar estos ejercicios.
4. Cuando realiza los ejercicios tiene que estar seguro de que **la ansiedad que siente se debe a la situación que afronta** y no a otras causas como, por ejemplo, algún estimulante que ha tomado, una preocupación de su vida cotidiana, etc.
5. Una vez superada la primera situación debe ir incluyendo en la exposición todas aquellas situaciones relacionadas con el TOC que le producen ansiedad y que evita, o que le llevan a realizar una conducta de seguridad o ritual. Asegúrese que son importantes para usted y que su contenido pertenece al TOC.
6. **Debe practicar cada día**, y durante un mínimo de 1 hora. En realidad, tiene que realizar este ejercicio de exposición hasta que sienta que la ansiedad ha remitido. No importa si considera que ese día, por el motivo que sea, es un día malo. Ha de practicar de todas maneras. No lo deja ni se justifique. Mantenga su ejercicio.
7. La exposición la ha de practicar **de acuerdo al paso en que se encuentre**. Unas veces se verá acompañado por alguien y otras solo. Es importante que comprenda que la superación de la situación temida se logrará cuando consiga exponerse tanto solo como acompañado.
- 8.- Cuando se exponga a la situación asegúrese que durante ese tiempo esté realizando una actividad que dura lo suficiente como para que la ansiedad se extinga.
9. Durante el tiempo de exposición debe estar pendiente **a la vez del tiempo de los marcadores de ansiedad** del momento y de la actividad que está realizando. Ello significa que su concentración no es únicamente la ansiedad pero que tampoco se esfuerza por rechazarla.

10. Es frecuente que, conforme se van logrando los objetivos planteados, se infravalore todo lo conseguido. Ha de estar alerta para no cometer este error. Recuerde que antes de la exposición no se sentía capaz. Piense en el sufrimiento vivido cada vez que no podía evitar esas situaciones. Y, sobre todo, tenga muy presente que no se trata de compararse con otras personas. Es cierto que para ellas esas situaciones no suponen ningún problema. Sin embargo, para usted eran imposibles de superar y ahora lo está consiguiendo. Así pues, **compárese consigo mismo**. Una manera de no caer en esa interpretación negativa y destructora es combatiendo ese tipo de pensamientos con otros positivos como: *lo estoy consiguiendo; estoy superando los objetivos propuestos*.

11. Cada día antes de empezar a practicar, piense en todos los objetivos que ya ha conseguido y lo que supone ello en su vida. Reconocer los avances es una manera de progresar.

12. Es posible que algunos días no consiga todo lo que se ha propuesto conseguir. No se preocupe. Lo que es de verdad importante es que haya practicado. Si ha conseguido superar un paso ya es un progreso. A lo mejor se había propuesto superar dos o tres. No ha sido posible hoy, piense que lo conseguirá mañana. Pero **no infravalore lo conseguido**.

13. Debe estar exponiéndose a la situación **sin realizar la conducta neutralizadora o ritual**. Si no le ha sido posible en esa ocasión, intente reducirla en alguno de sus parámetros: duración, frecuencia...A continuación vuelva a exponerse y comience de nuevo.

14. Cada paso que consigue afrontar debe repetirlo más de una vez. Cada día, al comenzar los ejercicios, repita los pasos ya superados. De esa manera se afianzan y usted se anima al ver los objetivos ya conseguidos y dominados.

15. Los pasos ya conseguidos o las situaciones superadas deben practicarse de forma distinta: por ejemplo, en distintos momentos del día. Así se tiene la seguridad de que se domina en todas las situaciones posibles. A veces, no conseguirá superar un paso de la jerarquía elaborada. En ese momento hay que parar y revistar con el terapeuta el motivo de la dificultad.

16. Finalmente, recuerde que el progreso no es uniforme. Unos días avanza más que otros. En ocasiones, aquello que ha conseguido reaparece. Son coletazos del problema. En realidad, ha de pensar que la superación de la jerarquía es parecida a cuando sube por una escalera. Ha de levantar una pierna, luego la otra, tiene que esforzarse en subir y, a veces no ha calculado bien y se cae al escalón de abajo. Aquí ocurre lo mismo. Pero recuerde, baja un escalón, NO la escalera entera. Lo que hay que hacer es volver a cogerse de la barandilla y subir de nuevo. Forma parte de la práctica. **No se desanime y adelante**.

ANEXO 3: MODELO AUTORREGISTRO B

AUTO REGISTRO TIPO B

FECHA:

HORA	LUGAR	COMPañÍA	CONDUCTA	ESTRATEGIA	FRECUENCIA / DURACIÓN

ANEXO 4: JERARQUÍA DE ÍTEMS PARA LA EXPOSICIÓN

Ritual	USA (Unidad subjetiva de Ansiedad) que le produciría no hacerlo
Bajar por las escaleras para no mirar el suelo en el ascensor	10
Colocar el plástico de las galletas de una forma determinada	10
Colocar los instrumentos de higiene dental de una forma determinada	10
Colocar los objetos que se “descolocan” al abrir la nevera	10
Comprobar que la cinta de la persiana se sitúa de forma correcta	20
Mirar al suelo y pararse desde que baja del autobús hasta llegar a casa	20
Comprobar la taquilla, el lavabo y la puerta del vestuario del hospital	20
Comprobar que puertas y cajones están cerrados (en casa)	20
Comprobar el interior de la bolsa roja al llegar a casa	30
Atravesar las 3 puertas antes de llegar a casa (verja, portal, vivienda)	40
Ritual autobús (desde que entra hasta que se sienta tranquilamente)	70
Preparación de la medicación con todas las comprobaciones	70
Colocar las cosas encima de la cama de una forma determinada y quitarlas del mismo modo	100
Uso excesivo del calendario y su comprobación	100
Acumular basura	100
Realizar las tareas domésticas de limpieza	100
Repaso mental de las 7 cosas con las que salió de casa, sitios y trayectos del autobús	100
Repaso mental de las vivencias del día y anticipación y ensayo de experiencias futuras	100

ANEXO 5: GRÁFICOS DE EVOLUCIÓN INTERMEDIA (DESDE 11/02/2014 HASTA 8/03/2014)

Figura 1. N° de paradas para guardar el abono y revisar los objetos que lleva

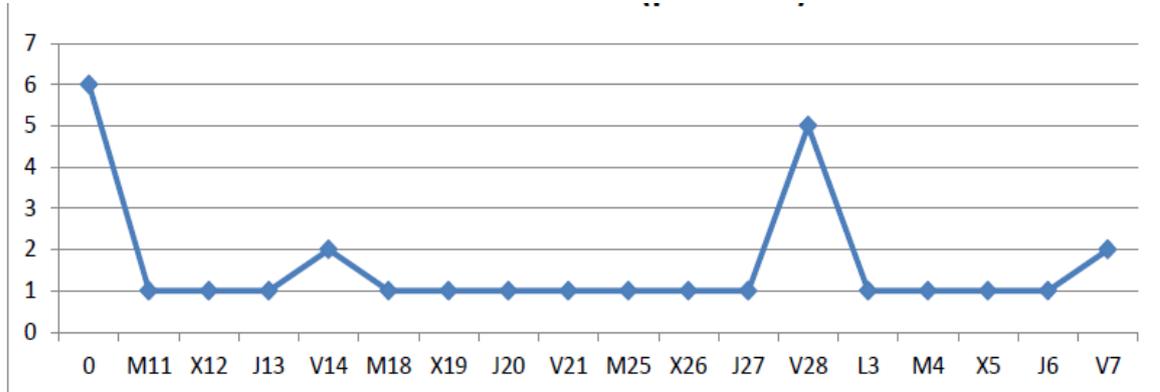


Figura 2. Minutos para comprobar la taquilla, lavabo y puerta del vestuario.

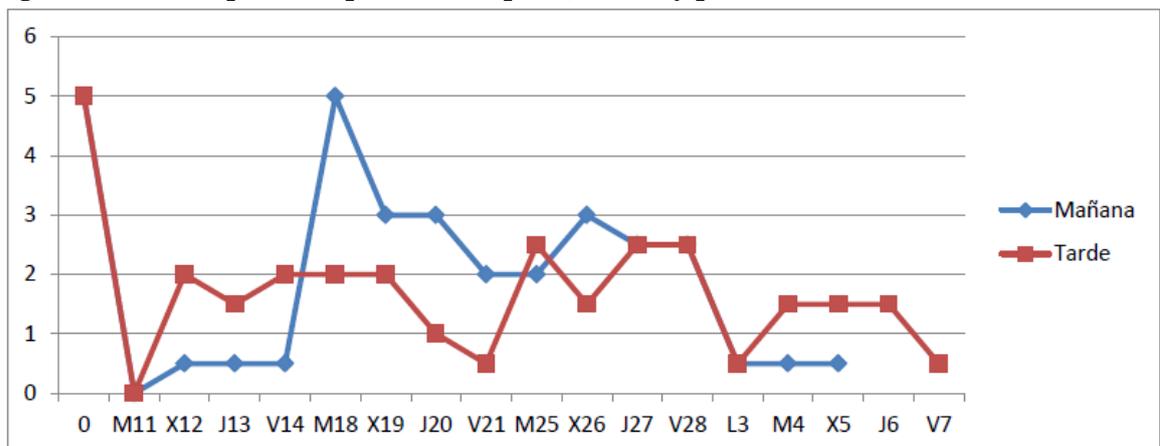


Figura 3. Tiempo que tarda (minutos) desde que baja del autobús hasta llegar a la puerta de su casa.

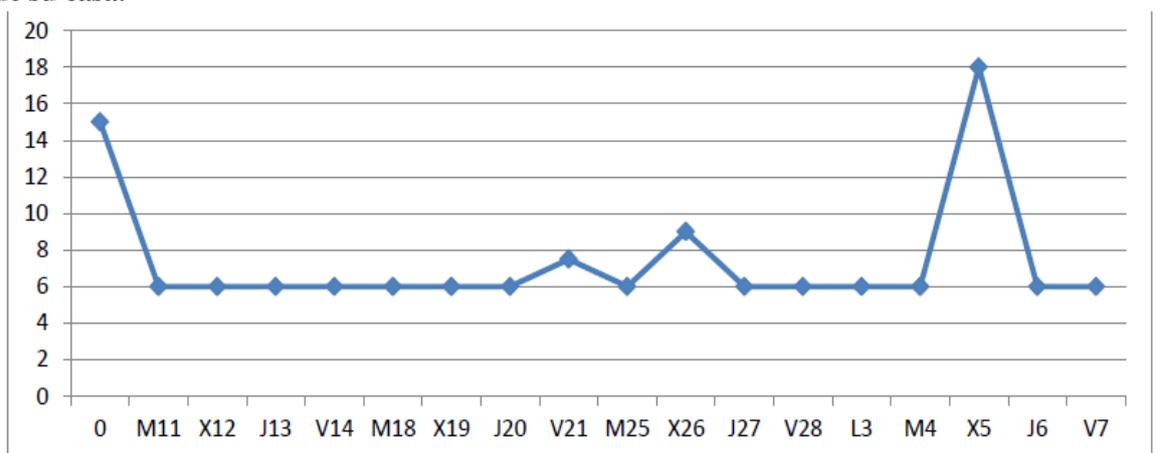


Figura 4. Tiempo que tarda (minutos) en atravesar las 3 puertas que hay desde el portal hasta su vivienda.

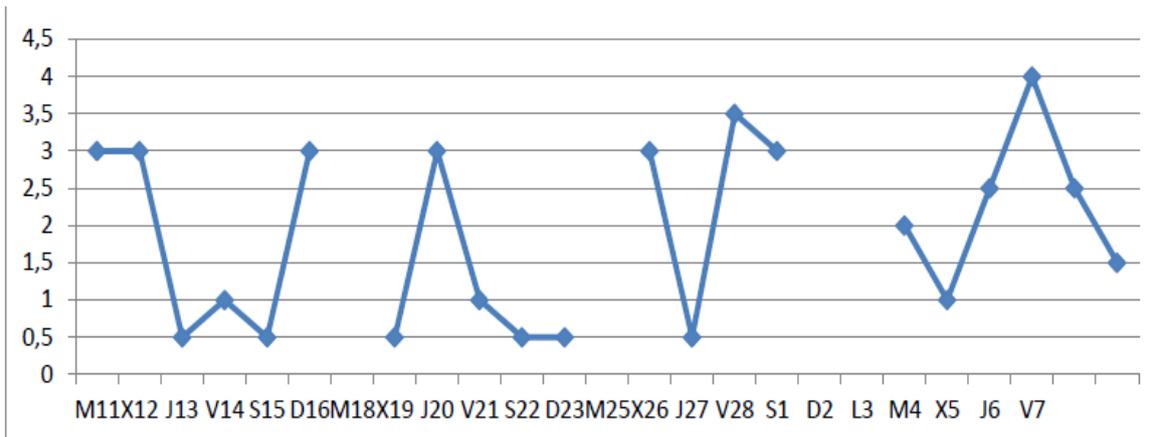


Figura 5. Tiempo que tarda (segundos) en comprobar la posición de la cinta de la persiana.

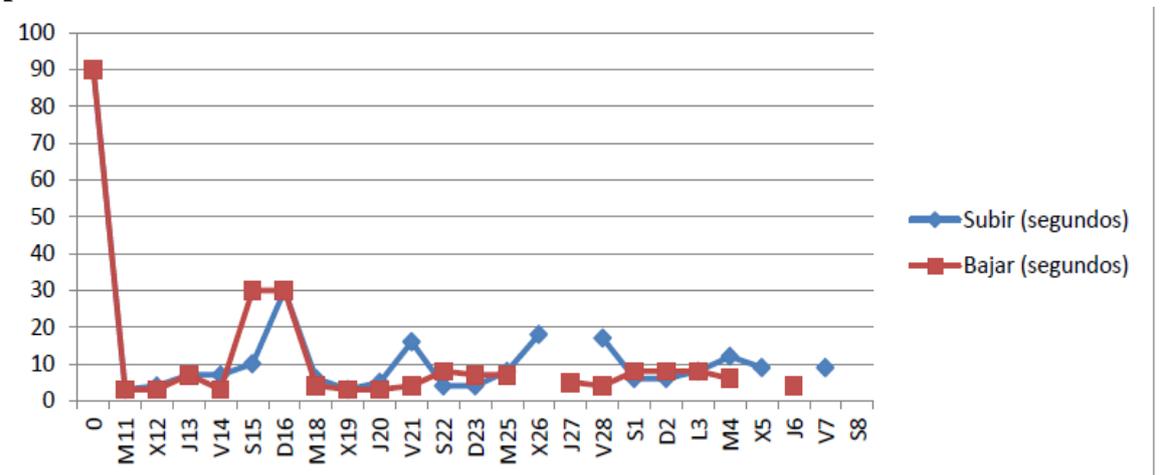


Figura 6. Tiempo (minutos) para repasar las cosas con las que salió de casa, el asiento del autobús y el trayecto del mismo.

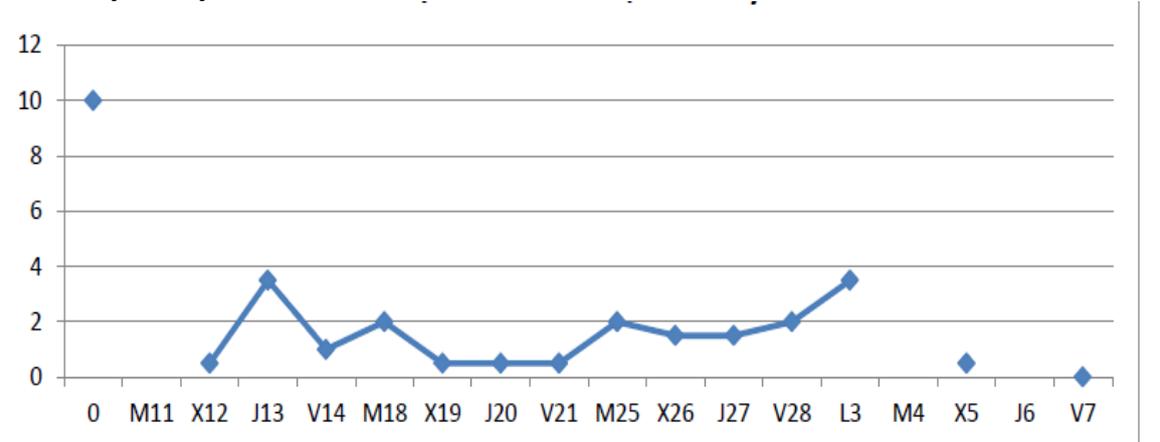


Figura 7. Tiempo que tarda (minutos) en colocar el plástico de las galletas

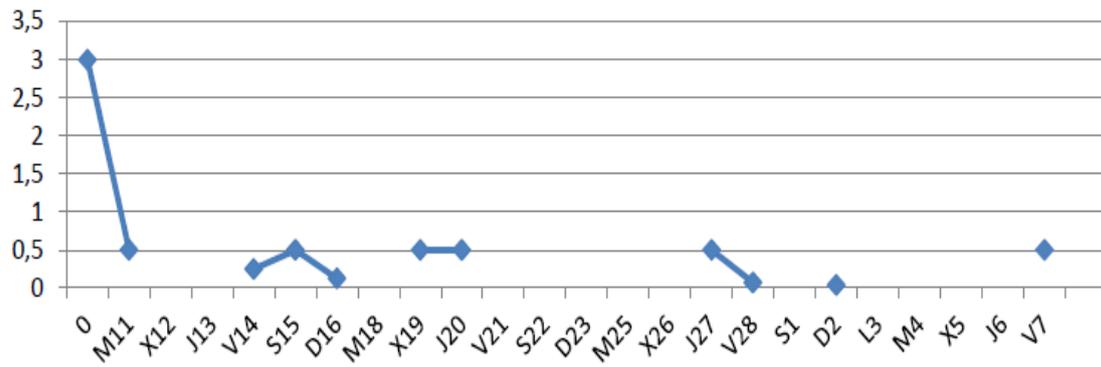


Figura 8. Tiempo que tarda (minutos) en colocar los objetos de la nevera al guardar la leche.

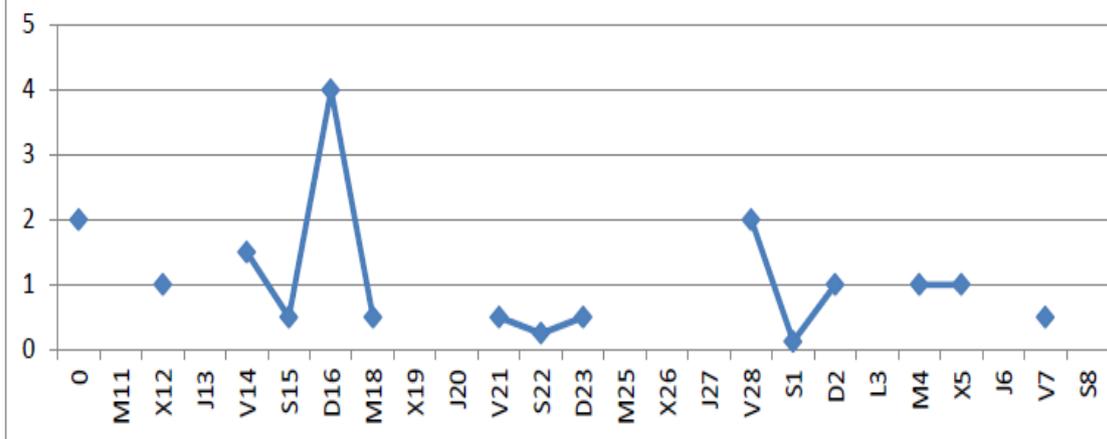


Figura 9. Tiempo que tarda (minutos) en colocar y quitar los objetos de encima de la cama.

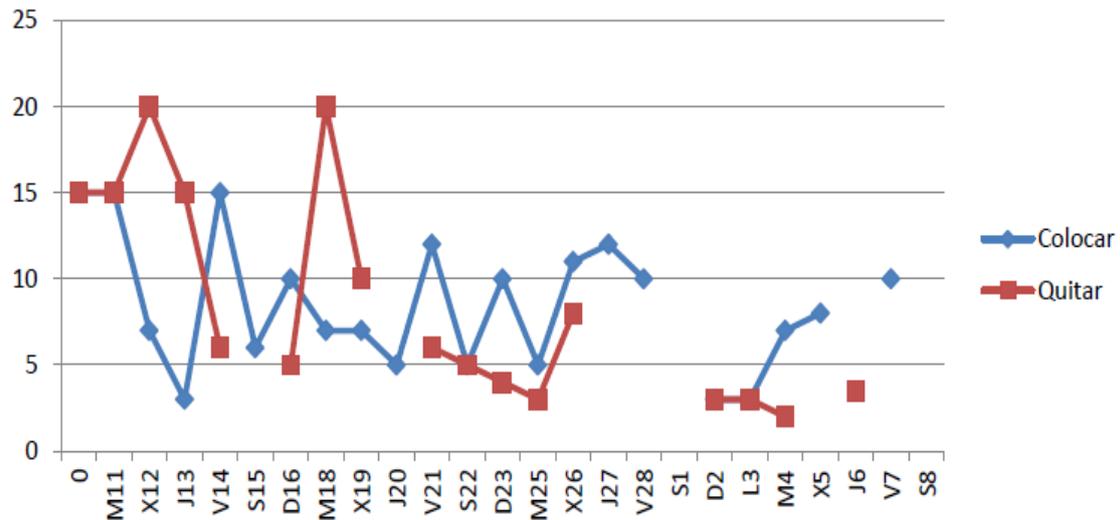


Figura 10. Tiempo que tarda (minutos) en hacer la cama.

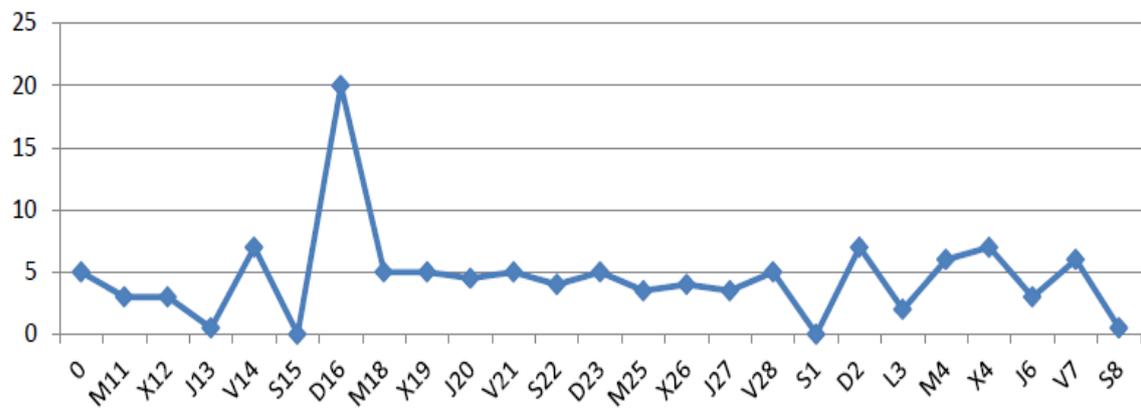
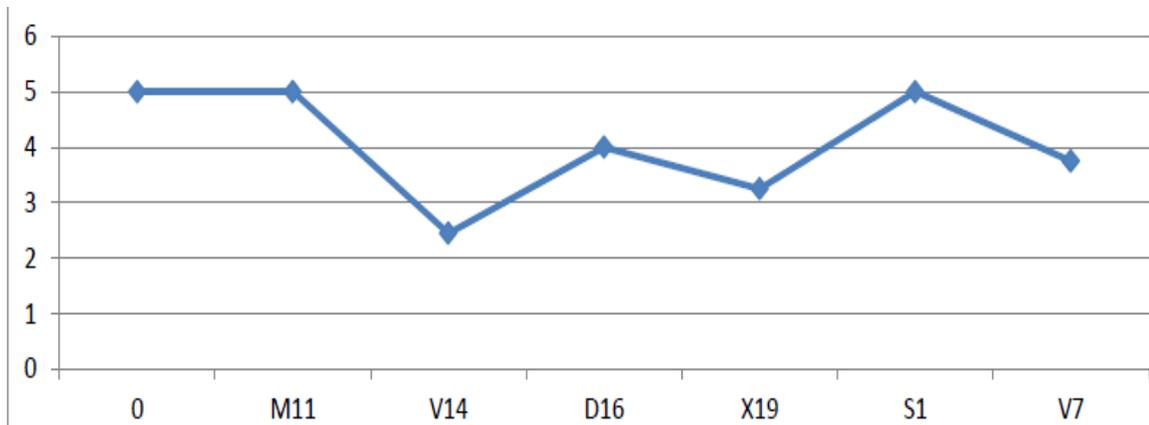
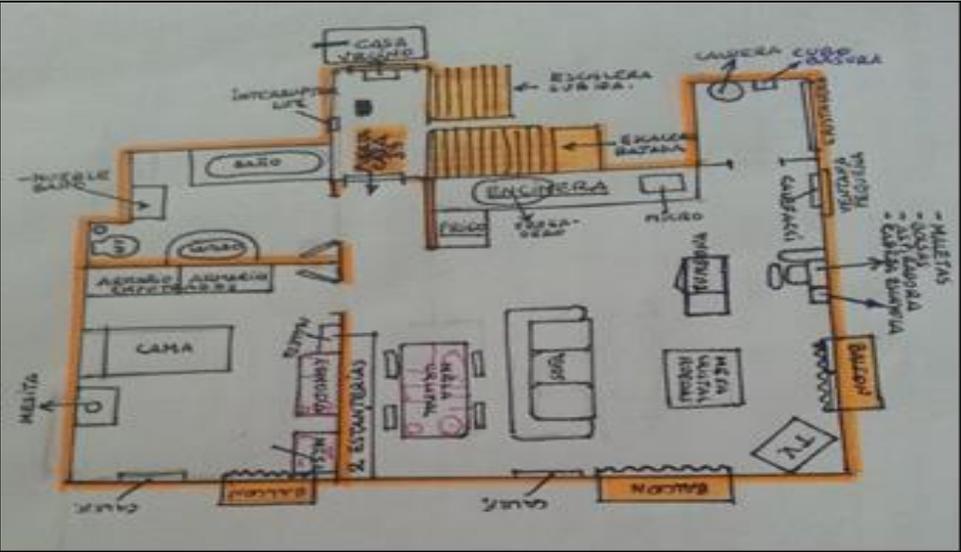


Figura 11. Tiempo que tarda (horas) en ir a hacer deposiciones y la ducha posterior.



ANEXO 6: ESCALERA DE CALIDAD DE SU CASA



OBJETIVO

Recibir visitas de mis compañeros del hospital.

