



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**"Manual Práctico del Trastorno Obsesivo Compulsivo
(TOC): Una Perspectiva Teórica"**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
Karen Yuliana López Flores

Directora: **Mtra. Araceli Silverio Cortés**

Dictaminadores: **Mtra. Juana Ávila Aguilar**

Lic. Juana Olvera Méndez



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente:

A mi madre

Por tu apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida, y por la confianza y las palabras de aliento que has depositado en mí, porque es por ti que he sido capaz de seguir adelante.

GRACIAS por ser mis ganas de ser mejor cada día y por mostrarme que siempre vale la pena luchar, te quiero mucho mi Josefín.

A mi hermana Tania

Porque a pesar de las diferencias que solemos tener, siempre estás para mí cuando más lo necesito sacándome de apuros y despejando mis inquietudes.

A mi novio Gerardo

Por ser mi apoyo y mi fuerza incondicional y por su gran amor.

A Daysi

Por estar siempre a mi lado

A mis asesoras

Araceli por haber aceptado participar en esta importante etapa de mi vida y por mostrarse siempre tan paciente y dispuesta a ayudarme.

A Juana Ávila y Juana Olvera por su profesionalismo y dedicación.

KAREN YULIANA LÓPEZ FLORES

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. EL TRANSTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)	6
1.1 Historia del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)	6
1.2 Definición y Clasificación Actual de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)	8
1.3 Epidemiología del TOC	15
1.4 Comorbilidad del TOC	18
2. ENFOQUES QUE ABORDAN EL TRANSTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)	21
2.1 Enfoque Biológico	21
2.2 Teorías Psicológicas	24
2.2.1 Teoría Psicoanalítica	25
2.2.2 Teoría Conductual	25
2.2.3 Teoría Cognitiva	29
3. LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC) Y EL TRANSTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)	37
3.1 Antecedentes Históricos de la Terapia Cognitivo Conductual	37
3.2 Características de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC)	41
3.3 Abordaje del TOC con la TCC: Evaluación	43
3.3.1 La Entrevista	43
3.3.2 Escalas de Evaluación	45
3.3.3 Observación y Auto-observación	50
3.4 Tratamiento Cognitivo Conductual del TOC	53
3.4.1 Características del Tratamiento	54

3.4.2 Sesiones de Evaluación	55
3.4.3 Establecimiento del Contrato Terapéutico	55
3.4.4 Técnicas de Intervención	55
4. ¿QUÉ ES EL TOC? UN MANUAL PARA PERSONAS QUE PADECEN ESTE TRASTORNO O PARA QUIENES LO QUIEREN CONOCER	65
4.1 ¿Sabías qué?	65
4.2 ¿Pero... qué es el TOC?	66
4.3 ¿Cuáles son las Causas?	70
4.4 ¿Cómo se puede identificar?	71
4.5 Lo que el TOC no es	72
4.6 Condiciones Relacionadas	74
4.7 Diagnostico	75
4.8 Tratamiento	76
4.9 Cómo Elegir un Terapeuta	82
4.10 TOC y la Familia	84
4.11 TOC en el Trabajo y la Escuela	85
4.12 Consideraciones finales	86
5. CONCLUSIONES	87
6. BIBLIOGRAFIA	93

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivos realizar una revisión actualizada sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), para conocer su evolución en la historia y las teorizaciones existentes al respecto, dando prioridad al modelo Cognitivo-Conductual, una vez cumplido esto se procedió a elaborar un manual que explica de forma sencilla y concreta que es el TOC. Para esto la investigación se dividió en de tres capítulos, en el capítulo 1 se analiza la historia del TOC, su clasificación y definición actual, así como la epidemiología de este a lo largo del mundo y la relación que puede tener con otros trastornos, en el capítulo 2 se revisan los principales enfoques que han abordado este trastorno y las explicaciones han dado de su origen, en el capítulo 3 se describe el enfoque que ha tenido mayor éxito con el TOC, es decir, el enfoque Cognitivo Conductual, y en seguida se presenta el manual, el cual aborda que es el TOC y sus posibles causas, algunos mitos y realidades sobre este trastorno, cómo detectarlo, y tratarlo enfocándose en la Terapia Cognitivo Conductual.

Palabras clave: Ansiedad, obsesión, compulsión.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años la sociedad ha sufrido una serie de cambios demográficos los cuales ligados a la urbanización acelerada y desordenada que se ha generado y asociada a los fenómenos de violencia, ha dado como resultado que los estilos de vida se modifiquen. Así mismo, estos cambios han generado un gran impacto en la salud tanto a nivel físico como mental (Posada, Buitrago, Medina & Rodríguez, 2006).

En el aspecto mental, encontramos que los trastornos mentales y conductuales son cada vez más frecuentes: más del 25% de la población los padece en algún momento de la vida. Son también universales, puesto que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres, hombres, ricos, pobres, residentes en entornos urbanos y rurales.

Asímismo, alrededor del 20% de todos los pacientes atendidos por profesionales de la salud padecen uno o más trastornos mentales. En una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento (OMS, 2001.).

Recientemente se ha encontrado que trastornos como la esquizofrenia, trastornos psicóticos no afectivos, depresión, distimia (depresión leve), trastorno bipolar y de ansiedad, han afectado a la sociedad de manera significativa siendo estos últimos los de mayor prevalencia en la población general (Mardomingo, 2002).

Los síntomas característicos de los Trastornos de Ansiedad son diferentes de los sentimientos habituales de nerviosismo e inquietud, con un trastorno de ansiedad las reacciones se escapan del control voluntario de la persona y tienen un carácter intenso y recurrente, generan incomodidad y malestar e interfieren

significativa y negativamente en la vida de la persona en múltiples niveles. (Puchol, 2003).

Tomando como referencia la Clasificación Internacional de las Enfermedades (OMS, 2001), los Trastornos de Ansiedad se agrupan en:

- 1) Trastorno de ansiedad generalizada y agorafobia (fobia a los lugares abiertos o muy concurridos
- 2) Crisis de pánico
- 3) Fobia social
- 4) Fobia específica
- 5) Trastorno de estrés postraumático
- 6) Trastorno obsesivo compulsivo

En la presente investigación se retomará el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) el cual se caracteriza por ser una enfermedad de curso crónico o recurrente y se distingue por presentar dos componentes básicos; la obsesión y la compulsión, ambas provocan un intenso sufrimiento al paciente, le hacen perder mucho tiempo e interfieren con su funcionamiento normal. Y se pueden definir de la siguiente manera:

Las Obsesiones: son pensamientos, impulsos o imágenes no deseadas, superfluas y recurrentes que se experimentan como inoportunos e inapropiados. Las obsesiones no son simplemente preocupaciones acerca de la vida real. Pueden incluir:

- Miedos exagerados (como miedo a ensuciarse y a los microbios)
- Dudas persistentes (como preocuparse sin cesar de haber dejado la estufa encendida)
- Sentimientos de agresividad (como sentir que uno podría hacerle daño a otra persona)
- Impulsos sexuales que le causan vergüenza

Las Compulsiones: son conductas repetitivas o “rituales” que la persona afectada se siente impulsada a realizar de un modo determinado. Las acciones compulsivas se llevan a cabo para reducir la ansiedad/angustia o impedir que ocurra algo malo, a pesar de no existir ninguna conexión real con la prevención de dicho acontecimiento.

Las compulsiones típicas incluyen:

- limpieza excesiva (caso del lavado de manos)
- comprobaciones repetitivas y acumulación de cosas aunque sean inútiles.

Para algunas personas, pueden ser compulsiones actos mentales como rezar, contar o repetir palabras en voz baja (Nájera, 1991).

Básicamente, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, se define como un Trastorno de Ansiedad, que genera angustia en el individuo debido a los pensamientos obsesivos intrusivos que lo consternan, realizando así actos compulsivos que le permiten al individuo reducir la ansiedad y malestar provocado por estos pensamientos (Ellis,2000). En los estados Obsesivos-Compulsivos, el individuo obsesivo se siente influido de una idea parásita de la que no puede desprenderse, manifestándose luego en una necesidad de repetir una y otra vez una diversidad de actos que disminuyen su angustia (Correa,2003).

De acuerdo con el Instituto Nacional de la Salud Mental, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se encuentra entre las más frecuentes e importantes afecciones mentales. El TOC puede presentarse a cualquier edad a partir de los 6 años, afecta del 2% al 3% de la población mundial y ejerce un impacto negativo en la calidad de vida de la persona que lo padece así como en la de sus familiares y amigos y produce una importante discapacidad a tal grado que la OMS lo incluye entre las 20 primeras enfermedades discapacitantes con una prevalencia del 0,8% en los adultos y del 0,25% en infantes y adolescentes.

Vargas, Palacios, González, y De la Peña. (2008), encontraron que el TOC tiene un alto grado de comorbilidad, ya que por lo menos el 50% de los niños y adolescentes con Síndrome de Gilles de la Tourette desarrolla síntomas obsesivos-compulsivos o bien el TOC en la edad adulta. Cerca del 60% de los niños y adolescentes cuenta con historia previa de tics, así mismo, de un tercio a la mitad de los niños y adolescentes con TOC tiene una historia previa de algún trastorno de ansiedad, siendo el trastorno de ansiedad por separación y la fobia social entidades comórbidas frecuentes en el TOC de inicio temprano.

Al evaluar la sintomatología, se ha reportado que los niños y adolescentes presentan con mayor frecuencia obsesiones de agresión y daño (63% y 69%, respectivamente) a diferencia de los adultos (31%). Los adolescentes presentan obsesiones de contenidos religiosos y sexuales más frecuentemente (36%) que los niños y adultos (15% y 10%, respectivamente para las religiosas y 11% y 24% para las sexuales).

En cuanto a las compulsiones, se ha observado la acumulación de objetos de un 30% y 36% para niños y adolescentes, respectivamente, más que en adultos (18%).

En lo respectivo a la situación del TOC en México, se ha reportado una prevalencia de 2.3% en población clínica adulta, la edad de inicio más frecuente es de 20 años, la cual es similar a lo reportado en la bibliografía internacional, en la mitad de los casos se manifiesta antes de los 25 años y el 85 % antes de los 35 años. Hasta el momento no existen datos específicos para TOC sobre población pediátrica en nuestro país. (Voz Pro Salud, s/f).

Como se pudo observar, en la revisión bibliográfica se connota que, existe una prevalencia de 2.3% del TOC en adultos en un rango de edad entre los 20 a 35 años y su edad de inicio en la infancia es alrededor de los 6 años, por lo anterior el presente estudio tiene por objetivo realizar un manual referente al TOC, poniendo

énfasis en cómo realizar una detección temprana e intervención a partir del modelo cognitivo conductual.

La investigación realizada consta de tres capítulos, en el capítulo 1 se analiza la historia del TOC, su clasificación y definición actual, así como la epidemiología de este a lo largo del mundo y la relación que puede tener con otros trastornos.

En el capítulo 2 se revisan los principales enfoques que han abordado este complejo trastorno y las explicaciones que estos han dado de su origen.

En el capítulo 3 se describe el enfoque que ha tenido mayor éxito con el TOC, es decir, el enfoque Cognitivo Conductual, y en seguida se presenta el manual que se elaboró a partir de la revisión bibliográfica y finalmente, se presentan una serie de conclusiones derivadas de lo reportado a lo largo de la investigación.

1. EL TRANSTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), ha sido un tema de interés a lo largo de los años, debido a que representa un padecimiento con importantes implicaciones en el funcionamiento de la persona que lo padece, por lo que a lo largo de este capítulo se buscará dar una definición y clasificación de este complejo trastorno, además de presentar la epidemiología de éste y su comorbilidad con otras enfermedades.

1.1 Historia del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

En términos etimológicos, la palabra obsesión deriva del latín, *obsidere*, que significa asediar, investir, bloquear. Esta palabra fue utilizada, (en su sentido actual), por primera vez en 1799 por Wartburg, sin embargo, fue a partir de 1833, cuando se difundió a través de los trabajos de Luys, y Falret. (Vallejo, 1998). Por lo general, se hace referencia a Esquirol, en 1938, como el verdadero pionero del trastorno, quien publicó el primer informe de caso sobre esta problemática, y planteó el concepto de “monomanía” donde queda incluido lo que actualmente se considera el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).

Morel, en 1866, es recordado por haber realizado una de las mejores descripciones de las obsesiones, presentada bajo la denominación “*délire émotif*”. En 1877, Westphal contribuyó sustancialmente en la descripción del trastorno al mencionar la presencia de ideas que irrumpen en la conciencia contra la voluntad del sujeto, y el hecho de que las ideas son extrañas y anormales para el paciente (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

A comienzos del siglo XX surgieron las teorías psicológicas de la neurosis obsesivo-compulsiva. Con los escritos de Sigmund Freud se conceptualiza la neurosis obsesiva como derivado de conflictos inconscientes.

Fue en los años 1894-1895 cuando Freud aisló la neurosis obsesiva como uno de los grandes cuadros de la clínica psicoanalítica, situándola como una afección autónoma e independiente. Poco después de Freud, en 1903, Janet en su obra "Las obsesiones y la psicastenia" describe con el nombre *psicastenia*, una neurosis parecida a la que Freud designa como *neurosis obsesiva*. Janet propone una explicación etiológica distinta: lo que establece la lucha obsesiva en un estado carente y débil de la síntesis mental. Freud, en cambio, plantea que las dudas e inhibiciones del obsesivo son consecuencias de un conflicto que bloquea y moviliza las energías del sujeto. (Laplanche y Pontalis, 1974). A partir de la década de los 50`s, con la aparición de la terapia conductual, las teorías del aprendizaje utilizadas para las fobias se aplicaron al TOC.

En resumen, y de acuerdo con Berrios (1995), durante el siglo XIX los trastornos obsesivos fueron considerados primero como monomanía, o locura parcial, y fueron incluidos en la categoría de las neurosis y etiológicamente se contemplaron tres hipótesis:

1. La causa del trastorno era emocional.
2. La causa era volitiva o voluntaria.
3. La causa era intelectual.

Desde Morel ha prevalecido la ubicación nosológica del TOC en el grupo de las neurosis y la hipótesis emocional ha sido la más extendida. La gran aceptación y difusión de las teorías de Janet y Freud contribuyeron a reafirmar esta concepción.

1.2 Definición y Clasificación Actual de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

El Trastorno Obsesivo–Compulsivo (TOC) es una enfermedad de curso crónico o recurrente y se desprende de los Trastornos de Ansiedad, los cuales tienen la capacidad de llegar a interferir negativa y significativamente con la habilidad de un individuo para desenvolverse y adaptarse con éxito a su entorno habitual.

Los síntomas característicos de los Trastornos de Ansiedad difieren de los sentimientos habituales de nerviosismo e inquietud, ya que se manifiestan como reacciones desproporcionadas y/o injustificadas ante estímulos o situaciones ambientales cotidianas, reacciones que escapan del control voluntario de la persona tienen un carácter intenso y recurrente, generan incomodidad y malestar e interfieren significativa y negativamente en la vida de la persona en múltiples niveles. (Puchol, 2003).

Tomando como referencia la Clasificación Internacional de las Enfermedades (OMS, 2001), podemos agrupar los Trastornos de Ansiedad en:

- 1) Trastorno de ansiedad generalizada y agorafobia
- 2) Crisis de pánico
- 3) Fobia social
- 4) Fobia específica
- 5) Trastorno de estrés postraumático
- 6) Trastorno obsesivo compulsivo

Siendo el trastorno obsesivo – compulsivo (TOC), el tema de interés de este trabajo. El TOC es una enfermedad caracterizada por dos componentes la presencia de obsesiones y de compulsiones, ambas provocan un intenso sufrimiento al paciente, le hacen perder mucho tiempo e interfieren con su funcionamiento normal.

Las Obsesiones: son pensamientos, impulsos o imágenes no deseadas, superfluas y recurrentes que se experimentan como inoportunos e inapropiados. Las obsesiones no son simplemente preocupaciones acerca de la vida real. Pueden incluir:

- Miedos exagerados (como miedo a ensuciarse y a los microbios)
- Dudas persistentes (como preocuparse sin cesar de haber dejado la estufa encendida)
- Sentimientos de agresividad (como sentir que uno podría hacerle daño a otra persona)
- Impulsos sexuales que le causan vergüenza

Las Compulsiones: son conductas repetitivas o “rituales” que la persona afectada se siente impulsada a realizar de un modo determinado. Las acciones compulsivas se llevan a cabo para reducir la ansiedad/angustia o impedir que ocurra algo malo, a pesar de no existir ninguna conexión real con la prevención de dicho acontecimiento.

Las compulsiones típicas incluyen:

- limpieza excesiva (caso del lavado de manos)
- comprobaciones repetitivas y acumulación de cosas aunque sean inútiles.

Para algunas personas, pueden ser compulsiones actos mentales como rezar, contar o repetir palabras en voz baja (Nájera, 1991).

En conclusión, el trastorno obsesivo-compulsivo supone obsesiones repetidas o rituales que se introducen en contra del deseo de la persona y que usualmente carecen de sentido, algunas obsesiones se presentan sin ser seguidas de rituales compulsivos sin embargo, la mayoría de los rituales son precedidos por

obsesiones. También los pacientes con TOC suelen agruparse según el tipo de compulsión que predomina en ellos como:

- **Lavadores y limpiadores:** son personas en las que predominan los temores de contaminación y que en consecuencia desarrollan rituales de lavado o limpieza.
- **Verificadores:** son personas que padecen "duda patológica" y necesitan verificar de manera excesiva (por ejemplo las cerraduras o las llaves de gas) con el fin de evitar que ocurra una determinada catástrofe.
- **Ordenadores:** son personas que necesitan disponer de las cosas de acuerdo a determinados patrones rígidos, incluyendo distribuciones simétricas.
- **Acumuladores:** coleccionan objetos sin valor emocional o utilidad alguna (por ejemplo: basura, ropa vieja, partes de artefactos eléctricos rotos), de los que sin embargo no pueden desprenderse.
- **Repetidores:** son aquellos individuos que tienden a repetir actos en forma compulsiva.
- **Ritualizadores mentales u obsesivos puros:** muchos pacientes con TOC padecen pensamientos negativos que intentan neutralizar con invalidantes rituales que consisten en apelar a pensamientos o imágenes repetitivas, llamadas compulsiones mentales, con el objeto de contrarrestar la ansiedad que les provocan las ideas o imágenes obsesivas.

En cuanto a la clasificación de este trastorno encontramos, el sistema de clasificación DSM-V, el cual incluye al TOC dentro de los trastornos de ansiedad. Considera que la característica esencial del TOC es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente, lo suficientemente graves como para provocar; deterioro en la actividad general del sujeto, malestar clínicamente significativo, o pérdidas importantes de tiempo. Por ello, es necesario que se cumplan los siguientes puntos para un adecuado diagnóstico:

Criterios para el diagnóstico del TOC (DSM-V)

A. Se cumple para las obsesiones y compulsiones:

Las obsesiones se definen por:

- 1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento 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, imágenes o impulsos obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por:

- 1) Comportamientos (por ejemplo, lavados de manos, orden, comprobación) o actos mentales (por ejemplo, contar, rezar 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 durante el curso del trastorno, la persona reconoce que sus obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Esto no se aplica a niños.

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

D. Si está presente otro trastorno del eje I (trastornos clínicos), el contenido de las obsesiones o compulsiones no está restringido a él (por ejemplo, arrancarse el pelo si existe tricotilomanía; preocuparse por la comida en presencia de un trastorno alimentario; preocuparse por la apariencia física en un trastorno dismórfico corporal; rumiaciones de culpa en presencia de un trastorno depresivo mayor).

E. No es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, medicación, drogas de abuso), o de una enfermedad médica.

Además de lo anterior es importante especificar si la persona tiene conciencia de la enfermedad. Así mismo, en el CIE-10 se clasifica al TOC dentro de los trastornos neuróticos, considerando como característica esencial del TOC la presencia de pensamientos obsesivos o actos impulsivos recurrentes.

Plantea que los pensamientos obsesivos son ideas, impulsos o imágenes mentales que irrumpen reiteradamente en la actividad mental del sujeto. Considera que en los casos de larga evolución, la resistencia de los pacientes (que suele darse en la mayoría de los casos) puede quedar reducida a un nivel mínimo. A su vez, también propone que existe una íntima relación entre los síntomas obsesivos y la depresión y es por esta razón, que toma como puntos clave para su diagnóstico los siguientes criterios:

Criterios para el diagnóstico del TOC (CIE-10)

Presencia de síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos, durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas. Deben ser una fuente importante de angustia o de incapacidad. Los síntomas obsesivos deben tener las siguientes características:

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

Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas:

Pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos a actuar. Su contenido puede ser muy variable, pero casi siempre se acompañan de malestar subjetivo. A veces se caracterizan por una condición indecisa, que se acompaña por incapacidad para tomar decisiones necesarias en la vida cotidiana.

Con predominio de actos compulsivos:

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

Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos:

La mayoría de los pacientes con TOC presentan tanto pensamientos obsesivos como compulsiones. Esta subcategoría debe ser usada cuando ambos son igualmente intensos.

Al revisar estos sistemas de clasificación encontramos que existen una serie de similitudes y diferencias, aunque en líneas generales ambas clasificaciones coinciden en:

- Tanto el DSM-V como el CIE-10 han tomado como aspectos básicos del TOC la presencia de obsesiones o compulsiones.
- Ambos manuales contemplan la posibilidad de diagnosticar esta entidad en ausencia de insight: el DSM-V con el subtipo que lo especifica y la CIE-10 no exigiéndolo en el estado actual, sino en algún momento de la historia de la enfermedad.
- La credibilidad también es contemplada por las dos nosologías: el CIE-10 lo hace de forma explícita mencionado que la resistencia debe ser infructuosa como mínimo frente a una formación obsesiva, mientras que el DSM-IV aborda este tema implícitamente al considerar las obsesiones como intrusas, el sujeto intenta ignorarlas o suprimirlas.
- Se excluyen aquellas conductas generadoras de placer, tales como las adicciones las parafilias y los trastornos de alimentación.

Las principales discrepancias se refieren a:

- Criterios temporales: la CIE exige que las formaciones obsesivas deben estar presentes durante la mayor parte del día de dos semanas consecutivas, mientras que el DSM-V no contempla esta condición.
- Para la CIE-10 las obsesiones y las compulsiones son formas de conducta equivalentes, que sólo se diferencian en su forma de presentación:

cerradas, no observables, las obsesiones y abiertas, observables, las compulsiones. El DSM-V considera que entre ambas hay una relación funcional: la compulsión surge como respuesta al malestar, al displacer provocado por las obsesiones y, en consecuencia pueden configurarse tanto de forma abierta como cerrada, constituyendo en este caso las llamadas compulsiones mentales.

1.3 Epidemiología del TOC

Actualmente y a nivel mundial se estima que los trastornos mentales y conductuales son cada vez más frecuentes: más del 25% de la población los padece en algún momento de la vida. Son también universales, puesto que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres, hombres, ricos, pobres, residentes en entornos urbanos y rurales.

Alrededor del 20% de todos los pacientes atendidos por profesionales de la salud padecen uno o más trastornos mentales y aproximadamente en una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento (OMS, 2001).

En lo referente, al TOC es hasta la década de los 80's que se consideraba un trastorno relativamente raro y se aceptaban cifras de incidencia del 0,05% como las presentadas por Rudin en 1953, sorprendentemente los estudios epidemiológicos publicados en esta misma década describieron tasas de prevalencia muy superiores del TOC, entre los mismos destaca el realizado por la ECA (Epidemiological Catchment Area) del National Institute of Mental Health, diseñado con el objetivo de determinar la prevalencia de distintos trastornos mentales en la población de Estados Unidos, tras entrevistar a 20,862 participantes de cinco comunidades diferentes, se describieron tasas de

prevalencia del TOC que alcanzaban el 1,6% en un periodo de 6 meses y el 2.5% a lo largo de toda la vida. (Vallejo, 1998).

En la actualidad y de acuerdo con el Instituto Nacional de la Salud Mental, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se encuentra entre las más frecuentes e importantes afecciones mentales, afectando alrededor del 2% al 3% de la población mundial y ejerce un impacto negativo en la calidad de vida de la persona que lo padece así como en la de sus familiares y amigos y produce una importante discapacidad, a tal grado que la OMS lo incluye entre las 20 primeras enfermedades discapacitantes con una prevalencia del 0,8% en los adultos y del 0,25% en infantes y adolescentes.

Por su parte el Banco Mundial de la Salud, clasificó el trastorno obsesivo compulsivo como la décima causa de discapacidad (Hollander, 1997). En el siguiente cuadro se muestra las principales causas de discapacidad en el mundo:

Principales causas de discapacidad en el mundo
1. Depresión mayor
2. Anemia por deficiencia de hierro
3. Caídas accidentales
4. Uso de alcohol
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
6. Trastorno bipolar (manía-depresión)
7. Anomalías congénitas
8. Osteoartritis
9. Esquizofrenia
10. Trastorno obsesivo-compulsivo

Tabla 1: Principales causas de discapacidad a nivel mundial de acuerdo al Banco Mundial de la Salud.

El TOC es el único trastorno de ansiedad que no presenta diferencias sexuales en su incidencia, a pesar de la creencia general de que el trastorno es más frecuente en los hombres (Lochner, 2004). No obstante, existen diferencias de sexo en la expresión y en la edad de inicio de los síntomas del trastorno, en el curso y en la respuesta al tratamiento del mismo (Torresa, 2009; Yonkers y Kidler, 2002).

El comienzo de los primeros síntomas es más precoz en los hombres, coincidiendo con la pubertad o la primera juventud, mientras que en la mujer no suele manifestarse antes de los 20 años, (Boggetto, 1999). Con respecto a los síntomas, las mujeres muestran más compulsiones dañinas sobre limpieza y comprobaciones, mientras que los hombres presentan más tics, mayor gravedad en los síntomas en general y un peor pronóstico (Lochner, 2004).

Así mismo el desarrollo del TOC, suele ser crónico con fluctuaciones. El estrés puede exacerbar los síntomas y en el 15% de los casos se ve un deterioro progresivo.

Los rituales de chequeo y limpieza suelen ser los más comunes (50% de los pacientes con TOC). De los sujetos que padecen TOC, se ve un 48% con rituales múltiples y un 60% con obsesiones múltiples. (Leahy y Holland, 2000).

La prevalencia del TOC en la población general varía pero la distribución por sexos es equitativa. Hay una corriente general que considera que el TOC se da en sujetos con alto coeficiente intelectual y una formación académica mayor, se observa un predominio de los solteros y entre los casados con problemas de pareja. (Vallejo Ruiloba, 1998).

El 90% de los sujetos con TOC presenta tanto obsesiones como compulsiones comportamentales, solo un 2% presenta obsesiones y rituales cognitivos (Franklin y Foa, 1998).

El trastorno obsesivo compulsivo es más común que la esquizofrenia e impacta negativamente la calidad de vida de la persona que lo sufre (Cooper, 1996). Incluso, el impacto negativo sobre la calidad de vida del TOC ha sido considerada igual que el de la esquizofrenia (Bobes y Cols., 2001).

Aún con lo discapacitante de la sintomatología y con el aumento de la difusión de la enfermedad por los medios audiovisuales, sigue siendo tradicional que los pacientes suelen tardar entre 6 y 10 años en realizar la primera consulta, por la vergüenza que le despiertan sus "ridículos" comportamientos o por considerarlos parte de su forma de ser.

Las variables culturales pueden influir en la forma de expresión del TOC, pero no se han demostrado que influyan en el desarrollo y mantenimiento del trastorno (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998).

1.4 Comorbilidad del TOC

El TOC es un trastorno que difícilmente se presenta de manera aislada, frecuentemente lo encontramos asociado a otras entidades, entre estas se encuentran otros trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, desordenes por abusos de sustancias entre otros.

Es importante recalcar, que la edad de inicio tiene un impacto en la duración del TOC y su comorbilidad: los tics se han asociado más frecuentemente a un inicio temprano, así como otros trastornos del espectro obsesivo-compulsivo como los trastornos de la conducta alimentaria, por su parte Vidal, Fernández, Turón y Vallejo (1996), en una exhaustiva revisión de la literatura, señalan que los TOC se asocian a antecedentes de haber padecido anorexia nerviosa de un 10% a un 42% y a bulimia de un 3% a un 6.5%, siendo los porcentajes más bajos los más frecuentes.

Así mismo, la relación entre el TOC y el síndrome de Gilles de la Tourette es muy estrecha: según Hantouche, de un 55% a un 75% de los pacientes con dicho síndrome padecen TOC. En el síndrome de Gilles de la Tourette las formaciones más frecuentes son las ideas de simetría y violencia sexual acompañadas de rituales de contar, tocar y automutilación. Una diferencia fundamental entre ambas entidades consiste en que mientras en el TOC las compulsiones derivan de las ideas obsesivas, las conductas compulsivas observadas en el síndrome de Gilles de la Tourette son más primarias independientes de las obsesiones.

Por otro lado, se ha encontrado un alta comorbilidad del TOC durante la infancia y la adolescencia, con otros trastornos de ansiedad, de un tercio a la mitad de los niños y adolescentes con TOC tiene una historia previa de algún trastorno de ansiedad, siendo el trastorno de ansiedad por separación y la fobia social entidades comórbidas frecuentes en el TOC de inicio temprano.

Recientemente, un estudio realizado por Masi , Millepiedi & Mucci (2005) de seguimiento en niños con TOC, se reportó una alta comorbilidad con trastornos de ansiedad, del total de los niños evaluados 46.8% presentó trastorno de ansiedad generalizada; 17%, trastorno de pánico; 36.2%, fobia social y 19.1%, fobias específicas.

Este estudio de seguimiento también reportó una significativa comorbilidad con trastornos afectivos donde 29.8% presentó trastorno depresivo mayor (TDM) y 24.5% trastorno bipolar (TB).

Siguiendo la misma línea ,la Asociación Francesa de TOC en el 2003 reportó mayor prevalencia de TB en sujetos con TOC, en una muestra de 628 adultos con TOC de inicio en la adolescencia 30% había presentado episodios hipomaniacos y cerca de 50%, ciclotimia.

Para los trastornos externalizados en niños y adolescentes con TOC, se ha reportado una prevalencia de 25.5% con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), 13.8% para el trastorno negativista y desafiante (TND) y 11.7% para el trastornos disocial (TD).

Hasta aquí se puede observar que el TOC es un fenómeno complejo, que ha estado presente a lo largo de la historia, y que actualmente representa una de las principales causas de discapacidad mundial.

2. ENFOQUES QUE ABORDAN EL TRANSTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

A lo largo de los años, las explicaciones sobre el origen y el entendimiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) han sido varias, y han dado cabida para que tanto la biología, psiquiatría y la psicología abordaran de manera significativa este complejo trastorno, por lo que a lo largo de este capítulo se revisará de manera breve algunas de las consideraciones que han tenido estos enfoques.

2.1 Enfoque Biológico

En el último decenio se ha avanzado considerablemente en el conocimiento y comprensión del TOC y, en la actualidad, la mayoría de los investigadores consideran que esta enfermedad tiene un substrato biológico el cual ha sido apoyado por estudios genéticos, bioquímicos, anatómicos y neuropsicológicos (Navarro, & Puigcerver, 2000).

En cuanto a los estudios genéticos, encontramos que se han detectado mayor incidencia de síntomas neuróticos y trastornos de ansiedad en familiares cercanos al paciente con TOC (Botella y Robert, 1995; Rapoport, 1989; Tallis, 1995). Aunque aún no se ha podido identificar ningún gen relacionado con el trastorno, la hipótesis genética ha cobrado especial relevancia en los últimos años, al demostrarse la coexistencia de TOC y determinadas patologías genéticas, como tics, el síndrome de la Tourette y Coreas como la de Sydenham o la de Huntington. Más aún, en algunos casos se ha llegado a considerar a todos estos trastornos como manifestaciones fenotípicas diferentes de una alteración genética común (Tallis, 1995).

Así mismo, investigaciones bioquímicas han demostrado que el tratamiento farmacológico más eficaz en el TOC es aquel que emplea inhibidores selectivos de la re-captación de la serotonina, tales como clomipramina, fluvoxamina y fluoxetina.

Si bien la efectividad de estos fármacos ha sido repetidamente confirmada, aún se discute su mecanismo de acción sobre la bioquímica cerebral del paciente con TOC. Así, por ejemplo, la hipótesis inicial, formulada por Yargura-Tobías y Bhagava en 1977, atribuía la aparición de los síntomas obsesivos-compulsivos a una reducción de la serotonina cerebral. Si éste fuera el caso, los inhibidores de la recaptación incrementarían la disponibilidad de este neurotransmisor en los receptores postsinápticos, logrando así una mayor efectividad. (Arnedo, M., Roldán, L. & Morell, J. 1999).

Estudios más recientes cuestionan esta hipótesis, al demostrar que los agonistas (sustancias que son capaces de unirse a un receptor celular y provocar una respuesta en la célula con el fin de estimular una función) de la serotonina exacerbaban los síntomas del TOC, un cuadro que sólo se logra invertir tras la administración de antagonistas. Estos resultados apuntarían más a un incremento que a un déficit de serotonina en el origen del problema (McTavish y Benfield, 1990; Tallis, 1995).

En cualquier caso, parece haber un acuerdo entre los distintos investigadores al considerar poco probable que síntomas tan complejos, como los que aparecen en el TOC, puedan atribuirse a la acción de un solo transmisor. Antes bien, la explicación bioquímica del TOC tendrá que considerar, como ocurre en otras patologías, no sólo la posible interacción entre varios neurotransmisores, sino también los diferentes mecanismos de acción que un mismo transmisor tiene sobre distintas áreas del sistema nervioso (Piccinelli, 1995).

En cuanto a investigaciones anatómicas, se han inclinado hacia la delimitación de un circuito neuro-anatómico implicado en el Trastorno Obsesivo Compulsivo, debido que durante los últimos años, se ha venido incrementando el número de estudios que describen una correlación significativa entre la aparición de síntomas obsesivo-compulsivos y alteraciones en áreas cerebrales concretas, especialmente aquellas que afectan al sistema fronto-basal.

Así, por ejemplo, se ha observado que lesiones en determinadas regiones del lóbulo frontal o en estructuras de los ganglios basales, producidas como consecuencia de tumores, traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebro-vasculares, patología infecciosa o epilepsias, pueden precipitar el inicio de sintomatología obsesiva, o bien, agravar el cuadro si el sujeto ya presenta rasgos obsesivos (Rapoport, 1989).

Asimismo se ha registrado una mayor incidencia de TOC en patologías relacionadas con procesos degenerativos que afectan al sistema fronto-basal, como Parkinson secundario, corea de Huntington o corea de Sydenham (Cummings y Cunningham, 1992; Eslinger y Damasio, 1985; Laplane et al., 1989).

Por último, las investigaciones neuropsicológicas confirman la presencia de alteraciones en pruebas que miden la actividad funcional de dos grandes regiones cerebrales: el sistema fronto-basal y las áreas tèmpero-parietales, especialmente del hemisferio derecho (Christensen, Kim, Dysken y Hoover, 1992; Flor-Henry, Yeudall, Koles y Howart, 1979; Insel, et al., 1983; Levin y Duchowny, 1991).

Entre las funciones temporales y parietales más afectadas por el TOC se incluyen memoria visual inmediata, reconocimiento y memoria táctil, orientación de líneas, percepción espacial y praxias viso-perceptivas y viso-constructivas.

Con respecto a las funciones superiores mediadas por el circuito fronto-basal, las que sufren más deterioro con el TOC son: velocidad de procesamiento,

capacidad de cambio y flexibilidad cognitiva, razonamiento y planificación de nuevas estrategias, atención, fluencia fonética, denominación y programación y regulación del movimiento (Abbruzzese, Bellodi, Ferri y Scarone, 1995).

Observaciones cualitativas muestran en estos sujetos un descenso en la actividad espontánea y en la motivación, así como la aparición de frecuentes perseverancias e intrusiones, falta de iniciativa y desorganización en la búsqueda y planificación de estrategias para la resolución de problemas (Turner & Beidel, 1994).

Como se puede observar, el abordaje biológico del TOC, ha dado mucho de qué hablar desde los inicios de la investigación de este padecimiento hasta la actualidad y aunque han sido muchos los avances que el enfoque biológico ha expuesto todavía no se tiene claro si el origen de este trastorno es solamente de índole biológica.

2.2 Teorías Psicológicas

Desde las descripciones iniciales del TOC a principios del siglo XX han sido diversas las hipótesis patológicas sobre la génesis y el mantenimiento de éste. Así mismo, existen diversas hipótesis psicológicas que tratan de explicar este trastorno tan complejo, entre ellas encontramos, las primeras formulaciones de carácter psicoanalítico, las cuales postulaban la existencia de traumas infantiles en la fase anal del desarrollo; mientras modelos más recientes, de orientaciones conductuales y cognitivas han hecho hincapié en la importancia del aprendizaje, el estilo de crianza y los esquemas cognitivos en la aparición del TOC, por lo que en los siguientes puntos se abordará el TOC a través de estos enfoques.

2.2.1 Teoría Psicoanalítica

En la teoría psicoanalítica clásica, el trastorno obsesivo compulsivo se denominó neurosis obsesivo-compulsiva, y se consideró una regresión de la fase edípica a la fase anal del desarrollo psicosexual. Cuando un paciente de éste tipo se siente amenazado por la ansiedad relacionada con la pérdida de un objeto amado, experimenta una regresión de la posición edípica hacia un estado muy ambivalente desde el punto de vista emocional, asociado a la fase anal.

Es decir, de acuerdo al psicoanálisis, los síntomas obsesivos compulsivos surgen de fijaciones del desarrollo psicosexual en la primera infancia, como una ,.-defensa que se fija por el odio y amor (ambivalencia) reprimido hacia los padres, estructurando el complejo de Edipo (Freud, 1980). Los mecanismos de defensa que intervienen son: desplazamiento del afecto hacia representaciones alejadas del conflicto original, aislamiento y formación reactiva.

Por ello, el TOC desde el punto de vista de la vida pulsional, se da por ambivalencia, fijación a la etapa anal y regresión; y desde la perspectiva tópica, por una relación sadomasoquista interiorizada en forma de tensión entre el yo y un super yo cruel. (Laplanche y Pontalis, 1974).

Por lo cual la teoría psicoanalítica, considera el origen del síntoma obsesivo-compulsivo como la necesidad de descarga de las catexias desiderativas, en función de disminuir la angustia. Por lo tanto, plantea que la angustia es de naturaleza primaria en el TOC (Freud, 1980).

2.2.2 Teoría Conductual

Dentro de la perspectiva conductual el modelo más utilizado para explicar el TOC, es el modelo de las dos etapas o bifactorial de Mowrer. La teoría de Mowrer fue creada en 1939, pero aplicada al TOC por Dollard y Miller en 1950.

En la primera etapa de esta teoría, se enuncia que un estímulo inicialmente neutro adquiere propiedades ansiógenas, a través de distintos condicionamientos, a partir de situaciones estresantes. De esta manera, las obsesiones pasan a ser estímulos condicionados. Por ejemplo, una persona que posee inicialmente pensamientos intrusivos, que por alguna razón le causan ansiedad, culpa o disgusto; con el tiempo estos sentimientos se asocian con los pensamientos intrusivos, y finalmente por condicionamiento, la persona teme y siente ansiedad a partir de sus pensamientos iniciales.

En la segunda etapa, como no se pueden simplemente evitar las obsesiones, se desarrollan conductas reductoras de la ansiedad, asociadas a los estímulos condicionados, que dan lugar a las compulsiones. El desempeño de estas últimas, alivia o reduce la ansiedad transitoriamente, y por lo tanto adquieren valor reforzador.

Con la exposición del sujeto al estímulo ansiógeno, se da un súbito incremento de los sentimientos negativos (ansiedad, temor, duda). Luego del desempeño del ritual compulsivo, ocurre una disminución inmediata de los mismos. De esta manera se produce un aprendizaje: el sujeto aprende que sus obsesiones y sentimientos negativos pueden ser aliviados o reducidos con las compulsiones.

A su vez este modelo hace una diferencia entre evitación activa y evitación pasiva. En la primera el sujeto que padece TOC, evita el estímulo o la situación generadores de ansiedad. Por ejemplo, una señora que tiene obsesiones de contaminación en relación a los pesticidas, puede evitar todos los negocios que ella cree que venden este producto, mientras que en la evitación activa, el sujeto realiza comportamientos o actos mentales compulsivos para reducir la ansiedad, por ejemplo una persona que le teme a la suciedad, se puede lavar repetidas veces las manos (Cía, 1995).

Finalmente, se puede decir que el modelo conductista no aclara adecuadamente la génesis de las obsesiones (ya que su comienzo es a veces gradual, y no siempre se detectan experiencias traumáticas que expliquen el condicionamiento), pero sin embargo ofrece una explicación verosímil del mantenimiento y generalización del trastorno y las compulsiones (Vallejo Ruiloba, 1998).

En cuanto al tratamiento del TOC a partir de esta perspectiva, fue a mitad de la década de los 60's, cuando se empezó a introducir la Terapia Conductual, y los primeros tratamientos basados en esta perspectiva teórica, estuvieron inspirados en un modelo de gestión de las contingencias de refuerzo de las obsesiones y compulsiones. Utilizando para ello distintas técnicas que pretendían impedir o "castigar" las conductas obsesivo-compulsivas como la detención del pensamiento (control del estímulo); castigo de la emisión de los pensamientos obsesivos por técnicas aversivas (choques eléctricos, etcétera.) o por sensibilización encubierta etcétera. Técnicas que demostraron una eficacia limitada.

Otras técnicas basadas en el modelo del condicionamiento clásico, destinados a la habituación de la ansiedad por exposición prolongada, como la desensibilización sistemática, la saciación etcétera, tampoco mejoraron significativamente los resultados terapéuticos anteriores (Foa, 2001).

Desde la perspectiva conductual, el verdadero progreso fue posible gracias a la introducción de la técnica de Exposición y Prevención de Respuesta (E+PR), que consiste en exponer a los pacientes afectados de TOC a los estímulos desencadenantes de sus obsesiones e impedirles estrictamente llevar a cabo las compulsiones. Este método es considerado actualmente uno de los tratamientos de elección para el TOC (Foa, 2004).

El tratamiento conductual mediante Exposición y Prevención de Respuesta (E+PR), según varios estudios de caso único y estudios no controlados llevados a cabo en varios países, reportan una mejoría aproximada del 75% de los pacientes

tratados con E+PR y una mejoría clara, aproximadamente del 50% de éstos. Datos que ponen en entredicho el supuesto curso crónico e irreversible del cuadro. Sin embargo, estos estudios implican algunas limitaciones, ya que se refieren generalmente a pacientes sin cuadros comórbidos (depresión, trastornos de personalidad) presentes a menudo en el TOC (Foa, 2004).

Por otra parte y siguiendo con la perspectiva conductual, encontramos que la aproximación terapéutica del TOC se basa en tres principios fundamentales:

- Tratar de exponer a los pacientes a los estímulos ansiógenos asociados a sus obsesiones;
- Impedir que los pacientes realicen durante las exposiciones conductas de evitación o neutralización observable, (compulsiones o rituales), encaminados a reducir la ansiedad (prevención de respuesta);
- Favorecer la gestión de la ansiedad y las emociones asociadas a las obsesiones, experimentadas en las exposiciones y a las cuales el paciente intenta escaparse realizando las compulsiones.

El trabajo emocional en las exposiciones resulta fundamental ya que se ha demostrado que la simple repetición de la exposición aplicada a un sujeto pasivo no reduce la ansiedad por la simple habituación a la misma. Las hipótesis actuales consideran que la exposición se basaría más bien, por un lado, en la modificación y control de los procesos activadores del esquema emocional patológico y por otro, en el desarrollo del “sentimiento de eficacia” del sujeto ante el aislamiento suscitado por sus obsesiones (Gavino, 2007).

En cualquier caso, se subraya el papel activo del paciente en las exposiciones. El objetivo fundamental del tratamiento en las exposiciones con prevención de respuesta, es que el paciente pueda adquirir, mediante aprendizaje estrategias y técnicas, un sentimiento de control y eficacia, ante la respuesta suscitada automáticamente por los pensamientos o imágenes obsesivas.

A pesar de las posibilidades terapéuticas brindadas por el enfoque conductual, el trastorno obsesivo-compulsivo sigue siendo, pues, un verdadero reto para los terapeutas conductuales, quedando lejos de ofrecer una respuesta a la complejidad y variaciones de casos que presenta el TOC.

2.2.3 Teoría Cognitiva

La explicación cognitiva del TOC, surgió entre otras cosas, para aminorar las deficiencias o insuficiencias que planteaban los modelos de condicionamiento; ya que éstos explicaban cómo se mantienen y extinguen las conductas obsesivas, pero no explican de forma satisfactoria, cómo se inicia o cuál es la raíz de dicho fenómeno.

Básicamente el modelo cognitivo enfatiza el rol que desempeñan los factores cognitivos (sistema de creencias, valoraciones, expectativas) en dicho trastorno. A continuación se hará una breve revisión de los modelos cognitivos más sobresalientes:

1. Carr, 1974:

Este modelo plantea que la sintomatología del TOC se debe a dos factores: (a) las valoraciones (primarias) irreales sobre posibles amenazas o catástrofes, que lleva a cabo la persona; y (b) evaluaciones (secundarias) erróneas acerca de su capacidad para enfrentar dichas amenazas. De esta manera, Carr plantea que se generan respuestas de temor, ante las cuales surgen las compulsiones con intención de reducirlo.

2. McFall y Wollersheim, 1979:

Estos autores reformularon el modelo de Carr. Plantean que las valoraciones irreales acerca de las amenazas de los pacientes, son producto de pensamientos erróneos o patrones de pensamiento irracional, y provocan ansiedad.

También plantean que los pacientes con TOC presentan dificultades en sus valoraciones secundarias, es decir, en las valoraciones que realiza el paciente acerca de los recursos que dispone para hacer frente a la amenaza percibida.

3. Reed, 1985:

Este autor afirma que el trastorno se explica por un déficit en el procesamiento de la información. Los pacientes con TOC tienen dificultades en la organización e integración de la experiencia. Los déficits en el TOC son:

- a) dificultad para discriminar en una situación, entre lo relevante y lo irrelevante,
- b) dificultad para categorizar la información que procesan,
- c) déficit en el almacenamiento de la información en la memoria a largo plazo,
- d) dificultad en generar predicciones sobre el miedo, y
- e) dificultad para tomar decisiones.

Luego, Reed también concluye que el fracaso en la categorización y en la integración espontánea de la información conduce a una sobre-estructuración de la información recibida. Es decir, los pacientes intentan compensar su déficit al imponer límites artificiales rígidamente definidos. De esta manera, Reed explica que las repeticiones en el TOC se deben a deterioros en el proceso inhibitorio, y los rituales son ejemplos de ello.

4. Barlow, 1988:

Plantea dos tipos de vulnerabilidad en referencia a los trastornos de ansiedad: biológica y psicológica. En referencia a los pacientes con TOC, plantea que tienen mayor probabilidad que otras personas, de reaccionar al estrés con fuertes respuestas emocionales negativas. La base de esta predisposición es biológica.

Los pacientes han aprendido que algunos pensamientos son peligrosos e inaceptables, los cuales el paciente intenta evitar o suprimir cuando aparecen. La recurrencia de los pensamientos aumenta la ansiedad, lo cual genera emociones negativas y una sensación de falta de control. De esta manera, se arma un círculo vicioso, donde la atención se centra en los pensamientos intrusivos que terminan convirtiéndose en estímulos discriminativos generadores de ansiedad.

El contenido de las obsesiones está determinado por las experiencias de aprendizaje de la persona que padece de TOC. Las compulsiones son intentos de controlar los pensamientos intrusivos. Finalmente, Barlow afirma que este proceso se acompaña por un deterioro en el estado de ánimo.

5. Foa, Kozak y McCarthy, 1988:

Estos autores afirman que en los trastornos de ansiedad se dan deterioros específicos en los prototipos de memoria afectiva. Diferencian los miedos neuróticos de los miedos normales, al mencionar que en los primeros hay: una estimación errónea de la amenaza, un valor negativo para los eventos amenazantes, elementos excesivos de respuesta, y hay resistencia al cambio.

En referencia al TOC plantea que en la mayoría de los pacientes existe miedo a causarse daño a sí mismo u otros, y miedo a la culpa o amenaza. A su vez, afirman que en el TOC se dan déficit cognitivos, que se manifiestan en tres áreas:

- (a) razonamiento epistemológico, es decir que en ausencia de evidencia clara de seguridad, asumen que la situación es peligrosa,
- (b) sobreestimación dada, y
- (c) deterioro en la integración y organización de la información, que se acentúa frente a material relacionado con el miedo (Belloch, Sandín y Ramos, 2002).

6. Salkovskis:

El modelo de Salkovskis ha sido el mejor articulado y validado empíricamente hasta el momento. Este autor plantea que lo que diferencia a los sujetos con TOC de las personas sin el trastorno, no es la presencia de intrusiones obsesivas sino la valoración o interpretación que el sujeto les da. Salkovskis, en sus primeros estudios sobre el TOC, diferencia entre “pensamientos automáticos negativos” y obsesiones intrusivas.

Considera que las obsesiones o intrusiones se dan normalmente en la población general, sin conllevar un grado significativo de malestar. Salkovskis toma el concepto de “pensamientos automáticos negativos” de Beck, quien los define como pensamientos que son generados por estímulos (acontecimientos externos o pensamientos). Supone que son pensamientos razonables o plausibles para el sujeto, aunque rebuscados para otra persona, y el paciente no cuestiona su validez o grado de realidad. Se pueden establecer diferencias entre los pensamientos automáticos negativos y las obsesiones, según:

- (a) el grado de intrusión percibido,
- (b) el grado de accesibilidad a la conciencia y
- (c) el grado en que son consistentes con el sistema de creencias.

De esta manera, las obsesiones resultan irracionales e inaceptables, mientras que los pensamientos automáticos son reales y plausibles. Salkovskis considera al

pensamiento, imagen o impulso obsesivo como un estímulo que puede provocar un determinado pensamiento automático negativo.

Las intrusiones obsesivas se convierten en un problema, si conllevan un sentimiento de responsabilidad, y dan lugar a pensamientos automáticos negativos, a través de la interacción entre dichas intrusiones inaceptables y el sistema de creencias (o supuestos disfuncionales) del sujeto. En ciertas personas y situaciones las intrusiones activan esquemas disfuncionales, los que dan lugar a pensamientos automáticos negativos que giran en torno a la responsabilidad personal.

Asimismo, la perturbación afectiva que experimentan los pacientes surge a partir de los pensamientos automáticos acerca de la intrusión, y no de la obsesión misma.

A pesar de que las intrusiones obsesivas son generalmente normales en los individuos, no están acompañados de la gran ansiedad o tensión que experimentan las personas que padecen TOC. Los intentos de neutralizar las intrusiones, que derivan de los pensamientos automáticos negativos y del sistema de creencias del sujeto, son los que causan una mayor ansiedad y aumentan la frecuencia de las intrusiones (Oppen & Emmelkamp, 2000).

Las compulsiones son intentos de evitar o reducir la posibilidad de ser responsable del daño que pueda derivarse para uno mismo o para otros, a partir de los pensamientos automáticos que surgen de cierta intrusión. La probabilidad de ocurrencia de las compulsiones depende de la experiencia previa, y en qué medida han logrado reducir el malestar en el pasado.

La obsesión intrusiva desencadenada es egodistónica, es decir que su contenido no es consistente con el sistema de creencias del individuo, y es percibido como irracional. La reacción ante esta intrusión depende de la

importancia que tenga para la persona que se produzca dicha experiencia, sus consecuencias o implicaciones. Si los pensamientos, impulsos o imágenes intrusivas y desagradables no tienen grandes implicaciones, es decir, si la valoración del sujeto solo vincula la intrusión con un posible daño o peligro, pero no contiene un elemento de responsabilidad, la secuencia llega a su fin.

Pero, si la persona cree que tienen grandes implicaciones, acompañado de un factor de responsabilidad, entonces se activan una serie de pensamientos automáticos negativos.

Estos surgen en función de la presencia de un sentimiento de responsabilidad, de la fuerza que tenga la creencia original relacionada con ellos y del estado de ánimo preexistente. Los supuestos disfuncionales que interactúan con mayor probabilidad con las intrusiones son:

- a) Tener un pensamiento sobre una acción es semejante a llevarla a cabo.
- b) El fracaso en impedir el daño a los demás o a uno mismo es equivalente a causar ese daño.
- c) La responsabilidad por el daño no se atenúa por otros factores, como por ejemplo, una baja probabilidad de ocurrencia.
- d) No llevar a cabo la neutralización (o compulsión) cuando se produce la intrusión es lo mismo que desear el daño relacionado con la intrusión.
- e) Una persona debe ejercer control sobre sus propios pensamientos intrusivos.

En cada caso siempre hay elementos de responsabilidad, y de culpa o control que interactúan con las intrusiones, generando pensamientos automáticos que tratan sobre una combinación de culpa, pérdida y amenaza.

En último lugar, los pensamientos automáticos negativos dan lugar a una alteración del afecto, y generan las respuestas neutralizadoras (compulsiones, supresión o evitación). Estas últimas se convierten en un poderoso estímulo

desencadenante. Y el estado de ánimo resultante posibilita el acceso a un mayor número de pensamientos automáticos negativos. (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Fue en 1996, cuando Salkovskis introdujo a su teoría el concepto de responsabilidad, como un elemento necesario y excluyente para que se dé un episodio de obsesiones clínicas verdadero (donde quedan incluidas las intrusiones vinculadas con los pensamientos automáticos negativos). La responsabilidad es definida como la creencia de que uno es la causa del daño a otros o a sí mismo, y que uno posee el poder de prevenir o restaurar ese daño. Un ejemplo de interpretar las intrusiones con un elemento de responsabilidad es el siguiente: “Estos pensamientos pueden significar que quiero dañar a mi hijo, debo prevenirme de perder el control”. (Salkovskis, Richards y Forrester, 2000).

En cuanto a los tratamientos dirigidos desde la perspectiva cognitiva, es necesario recordar que el objetivo de la terapia es modificar las construcciones que hace un paciente sobre sus experiencias, debido a que el paciente atraviesa un proceso mediante el cual se plantea la influencia que tienen sus sistemas cognitivos, emocionales, lingüísticos, conductuales, y de organización de la experiencia, en su visión de las cosas. Se buscan formas alternativas, viables y válidas de conocer el mundo y de construir nuevos significados. De esta manera, se busca una transformación de todos los sistemas de funcionamiento personal del paciente. (Caro, 1997), es decir, el objetivo de la terapia cognitiva en el TOC es modificar la valoración del riesgo, la responsabilidad excesiva y la tendencia de sobrestimar la probabilidad de daño de los pacientes, además de incentivar a los pacientes a que valoren las probabilidades reales de daño y su responsabilidad real en la producción de este. Las técnicas cognitivas producen cambios en los pensamientos y creencias de los pacientes. El sujeto identifica sus pensamientos disfuncionales y aprende a sustituirlos por otras formas de pensamiento. (Montgomery, Zohar, Lopez Ibor & López Ibor Alcocer, 1999).

Hasta aquí, el lector puede concluir que existen diferentes formas de entender los problemas psicológicos y que por lo tanto existen también diferentes formas de tratarlos. Hay tratamientos de tipo psicoanalítico, cognitivo, conductual, entre otros, y cada uno de estos tratamientos puede ser más o menos beneficioso según el tipo de problema psicológico.

Y en el caso del TOC, los estudios realizados hasta el presente, han demostrado que el único tratamiento psicológico que ha presentado mayor eficacia para el manejo del TOC es el tratamiento psicológico Cognitivo-Conductual (Moreno 2008), debido a que con la unión de ambos enfoques se cubrieron las deficiencias que cada uno de estos tenía por separado, por lo cual el siguiente capítulo estará dirigido a la terapia Cognitivo Conductual (TCC) para el manejo del TOC.

3. LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC) Y EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

Como se pudo observar en el capítulo anterior el abordaje del TOC ha sido un tanto problemático, lo cual también ha repercutido en su tratamiento, por lo que a lo largo de este capítulo revisaremos el enfoque que ha tenido mayores avances en el tratamiento de este trastorno, es decir, la terapia Cognitivo Conductual, para ello primero hablaremos de cómo surge este enfoque y cuáles son sus características para después incluirlo en el diagnóstico y tratamiento del TOC.

3.1 Antecedentes Históricos de la Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) está diseñada para penetrar un laberinto de procedimientos diversos, proponiendo un modelo de psicopatología y una teoría de cambio que integra diversos enfoques. En el pasado, diversas escuelas de psicoterapia (psicodinámica, conductual y humanistas) parecían enfoques rivales con pocas coincidencias. Sin embargo, en años recientes se ha visto un esfuerzo por desarrollar un enfoque integrador de la psicoterapia, y las TCC han estado a la vanguardia de esta labor (Meinchenbaum, 1988).

La terapia cognitivo conductual surge a partir de dos corrientes de pensamiento en psicología; la aproximación cognitiva y la conductual, identificada ésta última con la teoría del condicionamiento. De acuerdo con Mahoney (1974), la mezcla Cognitivo Conductual surgió como resultado de no considerarse, dentro del análisis experimental de la conducta, el papel de los eventos privados; los sentimientos y los pensamientos.

Para Kazdin (1978), el hecho puede deberse, entre otras cosas, al papel que juegan los procesos de pensamiento en el control de la conducta, los cuales

además habían sido evidenciados en las investigaciones llevadas a cabo en ciencia básica por algunos psicólogos conductistas. Por otro lado, más centrado en la práctica terapéutica, Beck sugirió que dicha aleación obedecía tanto a las limitaciones del modelo conductual, en el cual no se toman en cuenta los aspectos cognitivo y afectivo de las personas, como a las semejanzas que guardan las prácticas terapéuticas de ambas posturas cuando son comparadas con las de la aproximación psicodinámica (Beck. 1970).

Siguiendo con lo anterior, se puede decir que la Terapia Cognitivo-Conductual posee cuatro pilares teóricos básicos. El primero de ellos, surge a fines del siglo pasado a partir de las investigaciones del fisiólogo ruso Ivan Pavlov, quien descubrió un proceso básico de aprendizaje que llamó Condicionamiento Clásico. Muy brevemente dicho, se trataba de un proceso por el cual los organismos aprendían relaciones predictivas entre estímulos del ambiente.

En el experimento típico de Pavlov, un perro aprendía a salivar ante el sonido de un metrónomo cuando éste había sido presentado sucesivas veces antes de la administración de comida. De esta manera, el sonido jugaba el papel de una señal que anticipaba la aparición de un fenómeno relevante para la vida del organismo, el cual respondía en consecuencia.

Sobre los trabajos de Pavlov, fue que se inspiró uno de los autores más conocidos y más asociados con la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), justamente, John B. Watson, quien aplicando los principios del condicionamiento clásico para remitir la fobia de un niño, fundó las bases de lo que luego se conocería como el conductismo. Y con respecto a esto vale la pena realizar algunas aclaraciones. El conductismo watsoniano consiste en el empleo de procedimientos experimentales para estudiar el comportamiento observable es decir, la conducta que despliega un sujeto y lo hará entendiendo al entorno como un conjunto de estímulos-respuesta.

En efecto, comúnmente se realiza una distinción entre el "conductismo watsoniano o radical" y el "conductismo metodológico". Y en verdad, esto último es lo que hoy conservamos en Terapia Cognitivo Conductual (TCC) de los aportes de Watson; su énfasis en el comportamiento como tema de la psicología y en el uso del método científico como un modo de estudiarlo.

Hacia el año 1930, las investigaciones de F. B. Skinner plantean la existencia de otro tipo de aprendizaje, el Condicionamiento Instrumental u Operante, proceso por el cual los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen en función de las consecuencias que le siguen. La gran cantidad de investigaciones desarrolladas a la luz de estos dos paradigmas mencionados pasaron a formar lo que se conoce como Teoría del Aprendizaje, la cual históricamente ha nutrido con hipótesis a la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).

Hacia la década de 1960 los trabajos encabezados por Albert Bandura comienzan a conformar un nuevo conjunto de hipótesis, cuyo énfasis recae en el papel que la imitación juega en el aprendizaje. Las investigaciones llevadas a cabo en esta línea cobran cuerpo en la "Teoría del aprendizaje social", desde la cual se afirma que el aprendizaje no sólo se produce por medio de la experiencia directa y personal sino que, fundamentalmente en los seres humanos, la observación de otras personas así como la información recibida por medio de símbolos verbales o visuales constituyen variables críticas.

Hasta aquí queda claro que la TCC surgió desde dos sectores, por un lado autores del sector conductista, y por el otro, representantes que venían del Psicoanálisis los cuales mencionaremos a continuación.

Los principales exponentes de la Psicoterapia Cognitiva, fueron Ellis y Beck, ambos se alejaron del psicoanálisis por considerar que no aportaba evidencia empírica relevante ni resultados favorables en el trabajo clínico. Por esta razón la

Psicoterapia Cognitiva puso un acento especial en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y fundamentalmente de su práctica.

Ellis desarrolló lo que se conoce como la Terapia Racional Emotiva o TRE, cuya premisa básica es que gran parte, si no todo el sufrimiento emocional, es debido a los modos inadaptativos en que las personas construyen el mundo y las creencias irracionales que mantienen, aunque lo revolucionario de su aporte fue la actitud del terapeuta que para él debía ser activa y directiva, sustituyó la clásica escucha pasiva por un diálogo con el paciente, en donde se debatía y se cuestionaba sus pensamientos distorsionados que se creía eran los determinantes de sus síntomas.

En cuanto a Beck en su ya clásico libro “Terapia Cognitiva de la Depresión” , cuenta como comenzó a cuestionar primeramente algunos aspectos teóricos del Psicoanálisis, hasta que sus propias investigaciones con pacientes deprimidos, los pocos éxitos que encontraba entre sus colegas que estaban siendo sometidos a largos e ineficaces tratamientos y las inconsistencias que fue encontrando en el trabajo con pacientes depresivos, lo llevaron a evaluar de un modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y, finalmente toda la estructura del psicoanálisis y es así como comienza a desarrollar un enfoque activo y estructurado para el tratamiento de una diversidad de desórdenes psiquiátricos que comienza a desarrollar lo que posteriormente se transformaría en una de las psicoterapias más eficaces para el tratamiento de la Depresión (Camacho, 2003).

Básicamente Beck desarrolló una forma de terapia cognitiva que también se centraba en los procesos de pensamiento del cliente.

Estos son, en breve, los cuatro pilares básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual: aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo.

3.2 Características de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

En nuestros días se entiende a la terapia Cognitivo-Conductual como una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en los trastornos psicológicos, donde el terapeuta y el paciente colaboran en identificar cogniciones distorsionadas que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad y a modificar mediante técnicas sustentadas en la terapia su conducta (Caro, 2002). Es decir, la terapia Cognitivo-Conductual consiste en una serie de terapias que incorporan, procedimientos tanto conductuales como cognitivos; los primeros pretendiendo modificar la conducta mediante intervenciones directas, y los segundos intentando modificar esa conducta y las emociones correspondientes por medio de la modificación de la evaluación y de las pautas automáticas del pensamiento (Beck, Emery, Rush & Shaw, 2002).

Se basa en el principio de aprendizaje; esto es, que un aprendizaje anterior ha llevado a una conducta determinada, siendo ésta desadaptativa para el momento y la cuestión que se vive o para el contexto en el cual se encuentra la persona. Así, se le enseña al sujeto a reaprender nuevas formas de respuesta ante la situación apremiante o a disminuir el malestar o la conducta no deseada, guiándolo hacia la adquisición de conductas más adaptativas (Hernández & Sánchez, 2007).

De esta manera, las terapias que se denominan “cognitivo-conductuales” comparten las siguientes características:

- Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en lugar de responder a los acontecimientos mismos.

- El aprendizaje tiene como mediador la cognición.
- La cognición media la emoción y la conducta (actualmente se dice que se interrelacionan la emoción, la cognición y la conducta).
- Algunas formas de cognición pueden evaluarse y registrarse.
- La modificación de la cognición (forma de pensar y de interpretar los acontecimientos) puede modificar la conducta y la emoción.
- Se utilizan tanto procedimientos cognitivos como conductuales para generar cambios. (Lega, Caballo & Ellis, 2002).

El objetivo de la terapia cognitiva-conductual es poder delimitar y poner a prueba las creencias falsas y los supuestos desadaptativos. El método consiste en experiencias de aprendizaje específico dirigido a enseñar a los pacientes las siguientes operaciones (Beck, 2006):

- Control de los pensamientos automáticos negativos.
- Identificación de la relación entre cognición, afecto y conducta.
- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- Sustitución de cogniciones desviadas por interpretaciones realistas.
- Aprender a identificar las creencias falsas.

Así pues, la Terapia Cognitiva-Conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico y tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos (Yapko, 2006).

La Terapia Cognitivo-Conductual es, quizás, el tipo de intervención psicológica que más aplicaciones tiene hoy en día. Numerosos trastornos se están tratando actualmente con esta clase de terapia y el campo de aplicación se va ampliando progresivamente conforme aparecen nuevas investigaciones. Hay aplicaciones específicas para los trastornos por ansiedad, para la depresión, para la

esquizofrenia, para las disfunciones sexuales, para el juego patológico, para los trastornos de personalidad (Lega, Caballo & Ellis, 2002).

3.3 Abordaje del TOC con la TCC: Evaluación

Antes de proceder a la evaluación es importante realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial especialmente entre el TOC. Asimismo, es necesario saber si los síntomas obsesivo-compulsivos son el trastorno primario o bien aparecen en el contexto de otra entidad nosológica, como depresión mayor con rumiaciones, trastornos mentales orgánicos, retraso mental o esquizofrenia etcétera. Una vez establecido el diagnóstico el cual se realiza tomando los criterios del DSM-V y el CIE-10, se ejecuta la evaluación inicial de manera amplia, con la finalidad de recabar información para el tratamiento.

Asimismo, para que una terapia se realice con éxito, debe existir un análisis conductual preciso, por esta razón, la evaluación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo debe contar con instrumentos que consideren tanto la actividad observable como la encubierta. A continuación se abordarán una serie de herramientas que permitirán englobar de mejor manera la sintomatología de cada paciente con éste trastorno, y así poder intervenir de acuerdo a las características que presentan los distintos sujetos.

3.3.1 La Entrevista

Es importante que en la entrevista se consideren los aspectos que tienen que ver con la sintomatología que presente el paciente, indagando en las características que posee cada síntoma, así como las posibles causas. Según Foa (1985, citado en Buela-Casal, 1996), los elementos que deben estar presentes dentro de la entrevista son cinco y a continuación se describe cada uno de ellos:

1. Obsesiones

Entendido como aquello que evoca ansiedad y malestar en el paciente, las cuales se pueden presentar por:

- a. Indicios externos: Objetos o situaciones que son fuente de elevada ansiedad o malestar, tales como la orina, pesticidas, cerrar la puerta, conducir, etcétera.
- b. Indicios internos: pensamientos, imágenes o impulsos que provocan ansiedad, vergüenza o disgusto como algunos números, impulsos, pensamientos de ser contaminado, pensamiento de negligencia (dejar la llave del gas abierta), sensaciones corporales como dolor, sudor, etcétera.
- c. Anticipación del daño: causado por factores externos como la enfermedad por tocar un objeto contaminado, ser robado si la puerta no está bien cerrada, así como daño consecuente a indicios externos del pensamiento, imágenes o impulsos (“Dios castigará por pensar...”), sensaciones corporales (“perderé el control”), experiencia de altos niveles de ansiedad.

2. Evitación y escape

- a. Evitación pasiva: situaciones u objetos que se evitan (baños públicos, conducir, tocar a determinada gente). A veces, incluyen prácticas sutiles de evitación, tales como tocar la menor superficie posible de las manecillas de las puertas, conducir sólo cuando hay poco tráfico, etcétera.
- b. Rituales, tanto de conductas que incluyen lavarse, limpiar, comprobar, repetir una acción, ordenar objetos, preguntar repetidamente para asegurarse, como rituales cognitivos como rezar, pensamientos neutralizantes, “buenos números”, o rituales sutiles en conductas como usar trapos para tocar ciertos objetos, o lociones o detergentes para descontaminar las manos.

3. Historia general del problema

- a. Acontecimientos asociados con el inicio del trastorno.
- b. Fluctuaciones en el curso de los síntomas y acontecimientos asociados con la remisión y recurrencia de los mismos.
- c. Intentos de afrontamiento y resultados obtenidos.

4. Estado de ánimo

- a. Nivel de depresión.
- b. Niveles de ansiedad.

5. Historia Familiar

- a. Nivel de educación, ocupaciones profesionales, experiencias sexuales, historia marital y médica.

3.3.2 Escalas de Evaluación

Los instrumentos siguientes han demostrado su utilidad en la evaluación de los pensamientos obsesivos.

➤ Inventario de Obsesiones de Leyton (LOI)

Inventario desarrollado por Cooper en 1970, es el primer inventario que aparece para evaluar el trastorno obsesivo-compulsivo, (Ibáñez, 2002). El instrumento está integrado por 69 ítems con formato de respuesta Sí/No, de los cuales 46 hacen referencia a síntomas y 23 a rasgos obsesivos (Buela-Casal, 1996).

A grosso modo, este inventario presenta cuatro escalas: prevalencia de síntomas, prevalencia de rasgo, grado de interferencia y grado de resistencia

(Ibáñez, 2002). El análisis de componentes principales sobre las respuestas de sujetos normales indica tres componentes: limpieza y orden, sentimientos de inacabado, comprobación y repetición; además, se pueden identificar otros dos componentes que hacen referencia a pensamientos desagradables y hábitos rígidos y metódicos (Ibáñez, 2002).

➤ **Inventario de Actividades Compulsivas (CAC)**

Aunque originalmente era una escala de 62 ítems de calificación por parte de un evaluador, en la versión presentada por Cruzado (1993), Raich (1988) y Sierra, Buela-Casal y Bermúdez (2001) consta de 46 actividades valoradas por el cliente de 0 a 3 según el grado en que o bien les dedica más tiempo que la otra gente para hacerlas, necesita repetir las o bien las evita. Es decir, se evalúa en qué grado las conductas obsesivo-compulsivas interfieren en la realización de dichas actividades. El instrumento evalúa compulsiones, pero no obsesiones, y además se centra en rituales de lavado y comprobación.

➤ **Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley (MOCI)**

Inventario propuesto por Hogson y Rachman en 1977, mide la presencia o ausencia de síntomas obsesivo-compulsivos, especialmente, conducta compulsiva. Consta de 30 ítems a los que el sujeto debe contestar si son verdaderos o falsos en su caso. La mitad están redactados en sentido afirmativo y la otra mitad en sentido negativo; esto último da problemas con el formato de respuesta. Puede obtenerse una puntuación total y cuatro puntuaciones parciales: limpieza, comprobación, lentitud/repetición, duda/conciencia estricta; estas dos últimas tienen malas propiedades psicométricas y requieren replicación y validación adicional (Ibáñez, 2002).

➤ Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS)

Escala de evaluación clínica que además de ofrecer un listado exhaustivo de síntomas, proporciona medidas de duración, interferencia, malestar y resistencia de las obsesiones y compulsiones (Bobes, 2002). La lista de síntomas que precede dicha escala es especialmente útil para proporcionar un panorama general de la sintomatología Obsesiva-Compulsiva actual y anterior (Caballo, 1998).

La sub-escala sobre obsesiones y los ítems de evaluación general son también útiles para evaluar la gravedad actual del TOC. Esta escala está estructurada en 19 temas: los cinco primeros exploran la obsesión, los ítems del seis al diez componen la sub-escala de la compulsión. Los últimos nueve ítems, evalúan los siguientes aspectos: conciencia de enfermedad, evitación, indecisión, responsabilidad, lentitud, duda patológica, gravedad global, mejoría global y fiabilidad de la información proporcionada por el paciente. (Correa, 2003). Todos los ítems con la excepción de los 3 últimos se puntúan según una escala Likert de gravedad que oscila entre 0 (ninguna gravedad) a 4 (gravedad extrema) (Bobes, 2002).

La puntuación total se obtiene sumando la puntuación en los ítems 1 a 10, esta puntuación oscila entre los valores 0 y 40. Por otra parte, las puntuaciones en las sub-escalas se obtienen sumando las puntuaciones en los ítems que forman cada una de ellas, esto es, obsesiones (1 a 5), y compulsiones (6 a 10), oscilando la puntuación es entre 0 y 20 (Bobes, 2002). La puntuación se interpretaría entonces de la siguiente manera:

- 0-7: sub-clínico.
- 8-15: leve.
- 16-23: moderado.
- 24-31: grave.
- 32-40: muy grave.

Una puntuación igual o superior a 20, permite discriminar los trastornos obsesivo-compulsivo de grado leve de aquellos de grado moderado-grave (Correa, 2003). Cabe decir, que esta escala presenta una buena fiabilidad y validez, así como sensibilidad al cambio.

➤ **El Inventario de Padua (IP)**

Elaborado por Sanavio en 1988, se desarrolla a partir de entrevistas con pacientes obsesivos y un estudio posterior con grupos de pacientes neuróticos, depresivos y psicósomáticos para analizar su poder de discriminación (Ibáñez, 2002). El inventario consiste en 60 ítems sobre la sintomatología Obsesivo-Compulsiva los cuales son puntuados sobre una escala de 5 puntos, de acuerdo al grado de perturbación que causa cada ítem en el individuo (Buela-Casal, 1996; Ibáñez, 2002). Dividiéndose en cuatro sub-escalas: “Pérdida de control mental”, “Contaminación”, “Comprobación” e “Impulsos y preocupaciones sobre la pérdida de control” (Caballo, 1998).

El primer factor, Pérdida de control sobre las actividades mentales, hace referencia a la imposibilidad de controlar los pensamientos, la imaginación y describe principalmente dudas y rumiaciones exageradas, relacionándose con el factor de Dudas y rumiaciones identificado en el Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley (MOCI). (Ibáñez, 2002). El segundo factor, Contaminación, hace referencia a suciedad y contaminaciones improbables o imposibles, correspondiéndose con el factor de Limpieza tanto en el MOCI como en el Inventario de Obsesiones de Leyton (LOI) (Ibáñez, 2002). El tercer factor, Comprobación, describe conductas de comprobación repetidas y es idéntico al de Comprobación del MOCI y a los componentes de Comprobación y repetición del LOI (Ibáñez, 2002).

Finalmente, el cuarto factor, Impulsos y preocupación por la pérdida de control sobre las conductas motoras, hace referencia a impulsos de naturaleza violenta y

antisocial, así como a la preocupación por la pérdida de control sobre las conductas motoras (Ibáñez, 2002). El inventario de Padua se ha convertido en uno de los más usados, de entre los disponibles, con fines clínicos y de investigación en los Trastornos Obsesivo-Compulsivos, exhibiendo propiedades psicométricas aceptables, siendo su validez y fiabilidad admisibles, junto a una consistencia interna de la escala y sub-escalas, alta (Buela-Casal, 1996, Ibáñez, 2002).

➤ **Cuestionario de Invasiones Cognitivas (CIQ)**

Presentado por Freeston y Ladouceur (1991), con la finalidad de medir de manera específica las características formales del pensamiento más problemático, de las reacciones al pensamiento y de las valoraciones del mismo (Caballo, 1998). El Cuestionario de Invasiones Cognitivas identifica primero el pensamiento obsesivo de interés, que luego se evalúa con base a una serie de ítems empleando escalas tipo Likert de 9 puntos: frecuencia, preocupación, tristeza, dificultad para eliminarlo, culpa, probabilidad, desaprobación, responsabilidad percibida, desencadenantes, evitación de los estímulos desencadenantes, esfuerzo para contrarrestar el pensamiento, alivio después de contrarrestarlo y éxito en eliminar el pensamiento (Caballo, 1998).

Posteriormente los pacientes con TOC señalan si el pensamiento invasor tomó la forma de una imagen, idea, impulso, duda o un pensamiento, para luego indicar qué estrategias utilizan para contrarrestar el pensamiento cuando ocurre (entre diez). (Caballo, 1998).

Este cuestionario es utilizado conjuntamente con la “Entrevista Estructurada de Neutralización” expuesta anteriormente.

3.3.3 Observación y Auto-observación

La observación puede llegar a ser una técnica que entregue información relevante al entrevistador, para esto se deben especificar previamente de manera clara las categorías a observar, por lo que se hace evidente en esta técnica, que sólo se puede realizar en conductas motoras, por lo que está especialmente indicada para evaluar los rituales obsesivos. En población infantil constituye un procedimiento muy recomendable, para lo cual se hace necesario entrenar a los padres o cuidadores en ciertas técnicas precisas para contabilizar las observaciones, siendo los más utilizados los métodos de papel y lápiz, aunque se pueden emplear también contadores de muñeca o cronómetros para evaluar la duración del ritual (Buela-Casal, 1996).

La auto-observación y autorregistro constituyen un método de recogida de información, que no sólo permite al sujeto tener una conciencia más clara de su problema, sino que además del efecto reactivo que le produce, proporcionan información de todas las modalidades de respuesta tanto fisiológica, conductual como cognitiva (Buela-Casal, 1996). Por ello, puede utilizarse tanto en obsesiones como en compulsiones.

➤ Diario de Autorregistro

El “Autorregistro” es un método mediante el cual el sujeto anota sus pensamientos obsesivos y actos compulsivos previa definición operativa de qué son cada uno de ellos, pudiendo incluirse otros datos a registrar como las características de la conducta, sus parámetros cuantitativos, el estado emocional, los métodos de control aplicados encaminados a eliminar o reducir los pensamientos o actos, u otros factores a registrar (Caballo, 1998).

Los diarios de “Autorregistro” tienden a evaluar el malestar asociado a los pensamientos, a la frecuencia y a la duración total de los mismos (Buela-Casal,

1996). Sin embargo, hay que tener en cuenta la posibilidad de un incremento transitorio de la frecuencia de la sintomatología Obsesiva-Compulsiva en los primeros días de “Autorregistro”, lo cual podría interferir con la eficacia supuesta del tratamiento y con la pérdida de información relevante (Caballo, 1998).

No obstante, esto no impide que el “Autorregistro” sea uno de los métodos más útiles de registro y de línea base del problema del paciente. Raich (citado en Buela-Casal, 1996) propone un estilo de “Autorregistro” en el cual se debe registrar el malestar provocado por los pensamientos y rituales, de acuerdo a una escala como se presenta a continuación:

Pensamientos que causan malestar	Grado de malestar (0 a 19)	Consecuencias desastrosas	Activación para impedir que se produzca el desastre	Grado de malestar (0 a 10)
¿Habré cerrado bien la puerta?	9	Pueden entrar ladrones y Asesinos.	Comprobar la puerta abriéndola y cerrándola.	4

Tabla 2: Ejemplo de Autorregistro de pensamientos obsesivos y conductas/actos compulsivos.

Es importante asegurarse de que los pacientes utilicen las escalas de forma realista, de modo que la puntuación máxima se defina como lo peor de los síntomas durante el último mes y no lo peor de toda la vida (Caballo, 1998). Por otra parte es importante recordar que para que la evaluación se realice con éxito, deben elegirse los instrumentos presentados de acuerdo a las características enseñadas por el paciente, así como a las dudas que tenga el terapeuta entorno a la posible presencia de un Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Sin embargo, los instrumentos presentados sirven como guía frente a la sintomatología TOC, y no como una herramienta diagnóstica.

Una vez que se realiza la evaluación inicial de manera amplia mediante el uso de las técnicas e instrumentos estandarizados ya mencionados, se realiza un análisis funcional, el cual permite unir la evaluación y el tratamiento, esto es, para derivar el tratamiento adecuado a partir de los datos obtenidos en la evaluación.

El Análisis Funcional, básicamente consiste en establecer las relaciones funcionales o secuencias que caracterizan una conducta, analizando los antecedentes y consecuentes que explican que la conducta se dé y se mantenga en el tiempo. Así mismo nos permite conocer exactamente qué ocurre (cuál es la conducta problemática: qué piensa, dice, hace, siente, o cómo reacciona la persona), en qué circunstancias contextuales (ante que estímulos o personas se da la conducta) ocurre la conducta y qué efectos o consecuencias tiene en el medio (que hacen los otros, qué beneficios o pérdidas reporta a la persona, cómo se siente después). En resumen el análisis funcional está conformado de:

1. Antecedentes: Se entiende por antecedente aquel acontecimiento que ocurre inmediatamente antes de la conducta problema externo o interno.
2. Organismo: Hace referencia a aquellas variables del organismo que tienen relación directa con la secuencia, pudiendo influir en los acontecimientos que ocurren en ella. Por ejemplo?
3. Respuesta: por respuesta se entiende toda actividad del organismo (motora, fisiológica o cognitiva).
4. Consecuencias: Aparecen siguiendo la conducta problema y la mantienen, se dan por el medio o por sí mismos.

Una vez realizado esto, se procede a la intervención o tratamiento, el cual se describirá a continuación.

3.4 Tratamiento Cognitivo Conductual del TOC

Una característica de los síntomas obsesivos compulsivos es que pueden ser sumamente persistentes a lo largo del tiempo. En primer lugar, se produce algún acontecimiento que estimula la obsesión. Este acontecimiento puede corresponder al entorno, o simplemente podría tratarse de un pensamiento fugaz, este acontecimiento activa el pensamiento, imagen o impulso obsesivo.

Una vez que una persona comienza a obsesionarse, llega a sentirse angustiada y ansiosa, puesto que las obsesiones tienden a permanecer en su mente, la angustia persiste durante algún tiempo prolongado. Este estado resulta sumamente desagradable y es natural que la persona desee ponerle fin, por consiguiente el fuerte deseo de encontrar alivio hace que el individuo se sienta obligado a ritualizar. Se dedica a seguir ese impulso abandonándose a ejecutar su ritual, a veces también trata de ofrecer resistencia al comportamiento compulsivo, ya que éste, en sí mismo, es muy angustiante.

Después de ejecutar su ritual, suele experimentarse algún alivio de la obsesión, el cual es solamente temporal, por lo que otro acontecimiento inicia nuevamente el ciclo. Al final de cada ciclo, el individuo se siente desalentado, decepcionado y auto crítico.

Considerando la mecánica del TOC descrita anteriormente se ha encontrado, que los programas de tratamientos más eficaces para el TOC, son aquellos que lo abordan desde el punto de vista tanto conductual, así como el aspecto cognitivo (TCC) en la adquisición y manutención del trastorno, esto supone cómo el individuo evalúa e interpreta los pensamientos intrusivos y las conductas subyacentes que estos generan (Vallejo, 2003), por lo que a continuación se revisará diversas técnicas que han resultado exitosas frente al Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

3.4.1 Características del Tratamiento

El objetivo del tratamiento consiste en cambiar el conocimiento del paciente sobre las obsesiones, evitar la neutralización y permitir así, que los individuos con TOC se habitúen con los pensamientos obsesivos (Caballo, 1998). La frecuencia y la duración de los pensamientos y el malestar causado por ellos disminuirá consecuentemente (Vallejo, 2003).

Los objetivos específicos de la terapia son los siguientes (Ellis, 2000; Caballo, 1998):

- a) Mostrar a los pacientes con TOC que padecen un trastorno específico de ansiedad, proporcionando una explicación adecuada de las obsesiones y compulsiones.
- b) Mostrar a las personas con TOC que pueden reducir sus aflicciones si realizan un trabajo sistemático, persistente e intenso.
- c) Permitir que los pacientes examinen y comprueben para ver qué síntomas tienen y la gravedad de los mismos.
- d) Hacer que el paciente entienda el papel de la neutralización (ritual que se efectúa para contrarrestar un pensamiento,) en el mantenimiento de los pensamientos obsesivos.
- e) Animarles a elaborar un listado de situaciones que frecuente e intensamente les conducen a experimentar ansiedad, angustia o el impulso a actuar impulsivamente y ejecutar rituales repetitivos.
- f) Exponer al paciente a los pensamientos y poner en práctica la prevención de respuesta.

Estos objetivos han sido elaborados como guía durante el desarrollo de la terapia y tienen como finalidad, que el paciente entienda de qué se trata su trastorno y ayudarlo a identificar las situaciones en las que éste suele aparecer.

3.4.2 Sesiones de Evaluación

De acuerdo a lo planteado por Freeston y Ladouceur, proponen para llevar a cabo el tratamiento, sesiones de una hora y media durante el primer período de la terapia, donde normalmente las tres primeras sesiones son de evaluación, seguidas por las sesiones de tratamiento, disminuyendo la duración y frecuencia de éstas en la última fase. Los pacientes reciben normalmente de cuatro a cinco meses de tratamiento incluyendo un tiempo de seguimiento.

3.4.3 Establecimiento del Contrato Terapéutico

En este momento, el terapeuta está dispuesto a explicar totalmente cada paso del tratamiento y para contestar las preguntas pertinentes. Conjuntamente se anima a los pacientes a que hagan preguntas, de modo de que cada tarea pueda realizarse con éxito.

El terapeuta explica que el objetivo de cada ejercicio será identificado por el terapeuta y el paciente conjuntamente, esto con la finalidad de que los individuos con TOC se impliquen de forma activa en todas las decisiones. El terapeuta animará insistentemente al paciente para que realice los ejercicios, pero nunca le forzará a que haga las cosas contra su voluntad, sino que le recordará los acuerdos existentes (Caballo, 1998).

3.4.4 Técnicas de Intervención

Existe una amplia gama de técnicas cognitivo-conductuales factibles de aplicación a los Trastornos de Ansiedad, pero todos tienen el denominador común de exponer al sujeto a los estímulos temidos durante el tratamiento; por ejemplo, en el caso de pensamientos obsesivos reiterativos la exposición es una técnica posible de aplicación, a pesar del malestar que puede provocar durante las sesiones terapéuticas (Vallejo, 2003). En la actualidad se aplican conjuntamente

técnicas conductuales y cognitivas permitiendo una mayor rapidez y efectividad en el control por parte del paciente de su conducta problema y la instauración de conductas adaptativas.

➤ **Exposición con Prevención de Respuesta (EPR)**

La técnica propuesta por Meyer (1966, citado en Vallejo, 2003), impulsó a las terapias conductuales con éxito favorable frente a la sintomatología Obsesiva-Compulsiva. Mediante ésta técnica se evita activamente los rituales y se expone de forma gradual y sistemática a los pensamientos o imágenes intrusivas (Vallejo, 2003). Por ejemplo, ante el rito de lavarse compulsivamente las manos se puede exponer al paciente a la suciedad (si éste fuera el estímulo temido) evitando realizar el rito de lavarse las manos. Se mantiene ésta situación hasta que la ansiedad del paciente disminuye de forma notable y puede aguantar la suciedad con un mínimo malestar. Con la repetición de este procedimiento el paciente se siente cada vez menos obligado a realizar el rito, por lo que disminuiría la frecuencia del problema.

La exposición se lleva a cabo de la siguiente manera:

- a) Se plantea al paciente que para romper el círculo vicioso es necesario aprender a tolerar los pensamientos. Esto implica pensar de forma de liberada en el pensamiento (exposición) sin emplear la neutralización (prevención de respuesta).
- b) Se identifica el pensamiento obsesivo principal por medio de una lista jerárquica de las obsesiones frecuentes en el paciente.
- c) Una vez identificado el pensamiento principal, se le pide al paciente que describa el pensamiento con detalle. El terapeuta hace preguntas hasta que se obtengan datos suficientes, tales como palabras, sonidos, colores, reacciones emocionales, conductuales, etcétera.

- d) Luego se le pide al paciente que escriba el pensamiento con cuanto detalle sea posible.
- e) El texto puede ser muy breve o muy elaborado. El terapeuta se asegura de que no se incluya ningún elemento neutralizador.
- f) Posteriormente, el terapeuta lee el pensamiento al paciente, de modo que éste puede ver si falta algún detalle.
- g) El paciente lee el pensamiento con la expresión adecuada, a un ritmo apropiado y haciendo pausas para permitir que se formen las imágenes. Esta lectura debe ser grabada para luego ser utilizada en la exposición.
- h) Se lleva a cabo la exposición a través de la cinta grabada, durante unos 25 a 45 minutos. Se continúa hasta que el nivel de ansiedad haya disminuido.
- i) Se le pide al paciente que cierre los ojos y escuche la cinta, se le indica que mantenga el pensamiento, que no lo bloquee, ni lo distorsione.
- j) Después de cada repetición del pensamiento, debe informar el paciente de su nivel de ansiedad en la escala habitual (de autorregistro).
- k) Generalmente, antes de empezar con el ejercicio de exposición, el paciente debe rellenar una hoja de autorregistro. Ésta se refiere al nivel de ansiedad actual, al nivel máximo de ansiedad esperado durante la exposición y al nivel de ansiedad esperado después de la sesión de exposición.
- l) Una vez que la exposición se ha desarrollado satisfactoriamente en la clínica, entonces se puede emplear en casa (Caballo, 1998).

La aplicación clínica de este tipo de tratamiento consigue una reducción entre un 50% y 70% de los síntomas del trastorno, junto a una mejoría general del funcionamiento del individuo y de los cuadros clínicos asociados; y el mantenimiento de los resultados positivos en posteriores periodos (Vallejo, 2003).

➤ **Técnicas Racionales-Emotivas Conductuales**

Las técnicas cognitivas pueden tener como objetivo toda una serie de diferentes temas que se observan habitualmente en los pacientes con pensamientos obsesivos, tales como: sobreestimar la importancia de los pensamientos y de sus derivaciones, como la fusión del pensamiento y la acción; exageración de la responsabilidad; control perfeccionista sobre los pensamientos y las acciones y la necesidad asociada de la certeza; y las consecuencias relacionadas con el contenido de los pensamientos, que implican estimaciones exageradas sobre la probabilidad y la gravedad de las consecuencias de sucesos negativos (Caballo,1998b). Ellis (2000) plantea que se debe aceptar incondicionalmente a los pacientes con TOC y los sentimientos de indefensión e inutilidad, utilizando luego una variedad de métodos cognitivos, emotivos y conductuales para ayudarles a disputar o controlar su ansiedad, depresión u odio hacia sí mismos y otros sentimientos negativos que constituyen su estado por padecer un Trastorno Obsesivo-Compulsivo y por necesitar tiempo para neutralizarlo.

➤ **Aceptación Propia Incondicional**

El logro de la aceptación propia incondicional es la primera receta TREC para ayudar a las personas con TOC en su primer y segundo nivel de trastorno. Mediante la TREC, los terapeutas muestran a sus pacientes los problemas de auto-crítica y de baja tolerancia a la frustración que tienen ante sus dificultades (Ellis, 2000). Una vez que éstos reconocen uno o ambos problemas, ya disponen del empuje para superarlos. En primer lugar, se les ayuda a adquirir una auto-aceptación incondicional, a la vez que son aceptados incondicionalmente por su terapeuta (Vega, Caballo, Ellis, 2002). Pero también se les enseña específicamente que no necesitan la aprobación del terapeuta para aceptarse plenamente.

Conjuntamente, se instruye al paciente las dos soluciones TREC principales para alcanzar la auto-aceptación incondicional. La primera, es que pueden optar por aceptarse plenamente tanto si sus ejecuciones son buenas como si no lo son y tanto si reciben la aprobación de los otros significativos como si no lo hacen, tal como dice Ellis (2000) “por el mero hecho de estar vivos y ser humanos, por el mero hecho de optar por hacerlo”. La propuesta sugiere que éste procedimiento es útil para toda la vida, y entonces no necesitan preocuparse tanto por la auto-aceptación. La segunda solución para alcanzar la auto-aceptación incondicional, versa de la siguiente manera:

- a) El individuo puede negarse con tenacidad a valorar, evaluar o medir su esencia, su calidad de persona. Sólo se limita a establecer objetivos, valores y preferencias como: “Quiero seguir vivo y lograr éxito en (a) mi educación, (b) mi carrera profesional, (c) mis relaciones interpersonales. El paciente debe escoger las que desee.
- b) Una vez establecidas las metas y los objetivos, el paciente debe valorar o medir como “bueno” o “válido” cualquiera de sus pensamientos, sentimientos o acciones, que parecen servir o ampliar esas metas o como “malo” o “perjudicial” las conductas que le impiden llegar a estas.
- c) No obstante, el paciente “Nunca”, se valora globalmente, ni valora su esencia o calidad de persona en su totalidad, “sólo mide lo que hace”, no lo que supuestamente es. Por esta razón, nunca puede ser una mala o buena persona, sólo un individuo que a menudo actúa bien y en ocasiones actúa mal (Ellis, 2000).

Esta estrategia es muy útil para ayudar a los pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), debido a que generalmente son muy perfeccionistas y autocríticos consigo mismo, por lo que es primordial comenzar por aceptarse a sí mismos de manera incondicional.

➤ **Técnicas Racional-Emotivas Conductuales: Cognitivas**

Los objetivos específicos varían de acuerdo a los pacientes y los tipos de valoración que ellos realizan. Los cuestionarios MOCI e IP brindan una valiosa información sobre las evaluaciones disfuncionales específicas y las creencias subyacentes.

Confrontación de Ideas Irracionales

La idea a la base de ésta técnica consiste en debatir al paciente con TOC acerca de las creencias que ellos mismos crean sobre su sintomatología, confrontando constantemente al paciente, buscando pruebas que las sustenten, para saltar un nivel más arriba en la escala del cambio positivo y sustituir este diálogo interno limitante, por otro más efectivo y adecuado a nuestra identidad, objetivos y capacidades reales (Ellis, 2000).

Referenciando

Ellis (2000) plantea que para que el paciente con TOC observe las desventajas de algunas compulsiones, incentiva a éste a realizar un listado con las desventajas reales de sus acciones obsesivo-compulsivas. Conjuntamente, se le señala que debe incluir en la lista, las desventajas derivadas de su auto-crítica y menosprecio por padecer TOC. Repasando estas desventajas diez veces al día, el paciente es capaz de ver conscientemente cuán contra productores son algunas de sus compulsiones y por lo tanto, persistir en su reducción (Ellis, op.cit.).

Afirmaciones Racionales de Manejo

Mediante la confrontación de sus creencias racionales, se enseña a las personas con TOC a generar nuevas filosofías más efectivas, a escribirlas y a ensayarlas múltiples veces al día (Ellis, op.cit.). Un ejemplo de esto sería el siguiente: "Si sigo

cerrando la puerta más de 20 veces antes de ir a dormir, la puerta no estará mejor cerrada y yo no estaré más seguro. De hecho, en el proceso podría incluso dejarla abierta”.

Sobreestimación de la Importancia de los Pensamientos

La suposición básica refiere a que los pensamientos pueden causar acciones, aunque también está presente la responsabilidad. Una forma en la que se cuestiona a la persona con TOC éste tipo de pensamiento, es por medio de experimentos conductuales (Ellis, op.cit.). Por ejemplo, el paciente debe comprar un cartón de lotería el día lunes y se imaginará que le toca el premio mayor durante media hora cada día de la semana. Alternativamente, se escoge un pequeño electrodoméstico, que se sabe que funciona bien. El paciente debe pensar 100 veces al día, durante la siguiente semana, que el aparato se estropeará. El resultado se compara con la predicción (Caballo, 1998). Generalmente, los pacientes se percatan que el pensar un hecho no significa que necesariamente ocurrirá.

Enseñar TREC a Otros

Se anima al paciente a instruir a sus amigos o familiares en la TREC, enseñándoles cómo mejorar sus ansiedades y compulsiones, para que le sirva al paciente cómo mejorar las propias (Ellis, 2000).

➤ Técnicas Racional-Emotivas Conductuales: Emotivas

Esta teoría supone que los individuos con trastornos como el TOC, muchas veces se aferran a sus creencias irracionales y por lo tanto les conviene confrontarlas intensa, vigorosa y poderosamente y actuar contra ellas (Ellis, op.cit.).

Procedimientos Relacionales

Como ya se planteó anteriormente, el terapeuta TREC, da aceptación incondicional a todos sus pacientes, mostrándoles sistemáticamente que, independientemente de lo absurdo que puedan seguir siendo sus pensamientos, sentimientos y conductas, el terapeuta los acepta plenamente, como personas, incluso aunque no se aprueben muchas de las conductas del paciente, el terapeuta debe seguir tratando de ayudarlo a cambiarlas (Ellis, op.cit.).

Afirmaciones Enérgicas de Manejo

Se motiva al paciente a decir con vigor y fuerza, algunas veces en voz alta y otras frente a un espejo o en presencia de amigos o familiares, frases relacionadas con sus obsesiones y/o compulsiones, del tipo como: “¡ NO TENGO OBLIGACIÓN de poner tres veces las notas en los exámenes de mis estudiantes!, ¡si me roban o me matan mientras duermo, eso será MALO PERO NO TERRIBLE”(Ellis, op.cit.).

Ejercicios para Perder la Vergüenza

Al estar a menudo las personas con TOC fuera de control, sabiendo que lo están, pero sintiéndose incapaces de abandonar su conducta Obsesivo-Compulsiva, muchas veces experimentan vergüenza de su propia aflicción (Ellis, op.cit.). Para realizar este ejercicio, los pacientes eligen algo que ellos consideren muy bochornoso y que les avergonzaría hacer en público, deliberadamente harían éste acto “vergonzoso” y simultáneamente trabajarían para “no” sentirse avergonzados ni humillados por hacerlo (Ellis, op.cit.). Posteriormente, el paciente debe comunicarles a sus amigos y familiares cuán Obsesivo-Compulsivo es y les debe hacer saber lo peor de él, mientras comprobará éste mismo que su conducta es ridícula, pero que él no es un tonto ridículo para permitirla.

Y algunas veces, el paciente se obligará a sí mismo a “no” ejecutar sus rituales compulsivos, a sentirse ansioso por no hacerlo y después, sin vergüenza alguna se aceptará a sí mismo con su ansiedad, sin criticarse por sentirla (Ellis, 2000). Después de estos ejercicios, el paciente será capaz de aceptarse mejor y dispondrá de más tiempo y energía para trabajar sobre la mejora de sus compulsiones.

En este capítulo se pudo observar que la TCC surge a partir de la unión de dos corrientes de pensamiento, la aproximación cognitiva y la conductual con el fin de contrarrestar las debilidades que cada uno mostraba por separado, y así desarrollar un enfoque que toma en cuenta tanto la conducta como los pensamientos, sentimientos y emociones.

Así mismo el lector fue capaz de conocer la forma en que este enfoque aborda el TOC, las técnicas y manuales que son usados para su diagnóstico, evaluación y su tratamiento.

Por último como resultado de esta investigación a continuación se propone un manual el cuál busca de manera clara y precisa explicar los aspectos más relevantes de este complejo trastorno, a través de preguntas sencillas con el fin de que cualquier persona sea capaz de comprenderlo.

MANUAL

**¿Qué es el
TOC?**

4. ¿QUÉ ES EL TOC?

UN MANUAL PARA PERSONAS QUE PADECEN ESTE TRASTORNO O PARA QUIENES LO QUIEREN CONOCER

El presente manual tiene por objetivo explicar de forma sencilla y concreta que es el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), por lo que está dirigido a aquellas personas que lo padecen y estén interesadas en este tema o conocen a alguien que lo padece, o simplemente al lector que quiere comprender este complejo trastorno.

4.1 ¿Sabías qué...?

En el pasado, el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se consideraba una enfermedad poco frecuente, pero los doctores han descubierto que millones de personas en el mundo sufren este trastorno.

- Aproximadamente el TOC afecta alrededor del 2% al 3% de la población mundial.



Imagen tomada de: <http://es.123rf.com/>

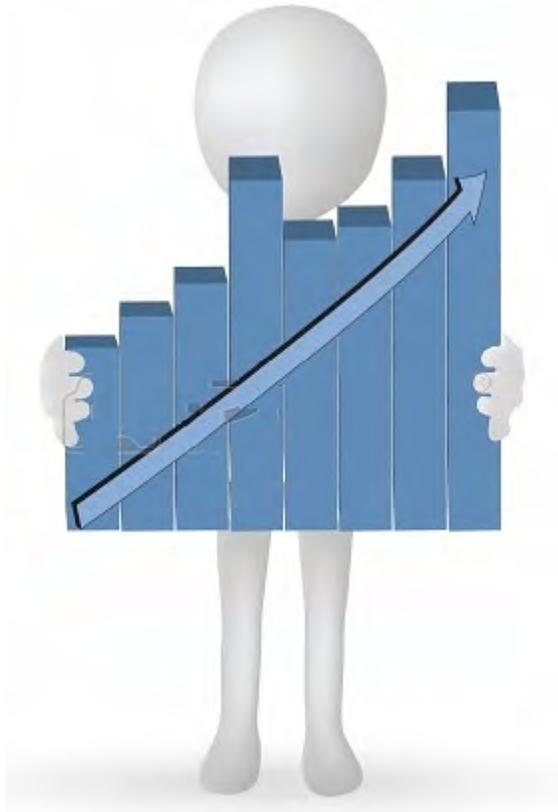


Imagen tomada de: <http://es.123rf.com/>

- Aproximadamente, uno de cada 40 adultos y uno de cada 100 niños en edad escolar sufre del TOC.
- El TOC es el cuarto diagnóstico psiquiátrico más común, luego de las fobias, el abuso de sustancias y la depresión.
- El TOC se encuentra entre las primeras 10 causas de discapacidad a nivel mundial, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud.

4.2 ¿Pero... qué es el TOC?

Es una enfermedad que caracterizada por dos componentes la presencia de obsesiones y de compulsiones, ambas provocan un intenso sufrimiento al paciente, le hacen perder mucho tiempo e interfieren con su funcionamiento normal.



TOC

Las Obsesiones: son pensamientos, impulsos o imágenes no deseadas, superfluas y recurrentes que se experimentan como inoportunos e inapropiados. Las obsesiones no son simplemente preocupaciones acerca de la vida real. Pueden incluir:

- Miedos exagerados (como miedo a ensuciarse y a los microbios)
- Dudas persistentes (como preocuparse sin cesar de haber dejado la estufa encendida)
- Sentimientos de agresividad (como sentir que uno podría hacerle daño a otra persona)
- Impulsos sexuales que le causan vergüenza

Las Compulsiones: son conductas repetitivas o “rituales” que la persona afectada se siente impulsada a realizar de un modo determinado. Las acciones compulsivas se llevan a cabo para reducir la ansiedad/angustia o impedir que ocurra algo malo, a pesar de no existir ninguna conexión real con la prevención de dicho acontecimiento.

Las compulsiones típicas incluyen:

- Limpieza excesiva (caso del lavado de manos)

■ Sintomatología

Ocho de cada 10 enfermos sufren obsesiones y compulsiones, mientras que menos de un 20% padece uno de los dos síntomas. Los más comunes:

► Obsesiones

-  Pensamientos no deseados, que causan angustia, malestar.
-  Miedo al contagio por gérmenes.
-  Imágenes sobre hacer daño a otros o a sí mismos.
-  Preocupación excesiva por la moral y la religión.
-  Dudas constantes sobre todo.
-  Acumulación de objetos.

► Compulsiones

-  Higiene y limpieza (se lavan continuamente las manos).
-  Repetir una conducta, para protegerse contra daños imaginarios.
-  Verificación (por miedo a hacer daño, revisan si el gas está apagado).
-  Ordenar constantemente las cosas.
-  Rezar reiteradamente.

FUENTE: New Scientist/ EBT

R. ESTRADA / E. MUNDO

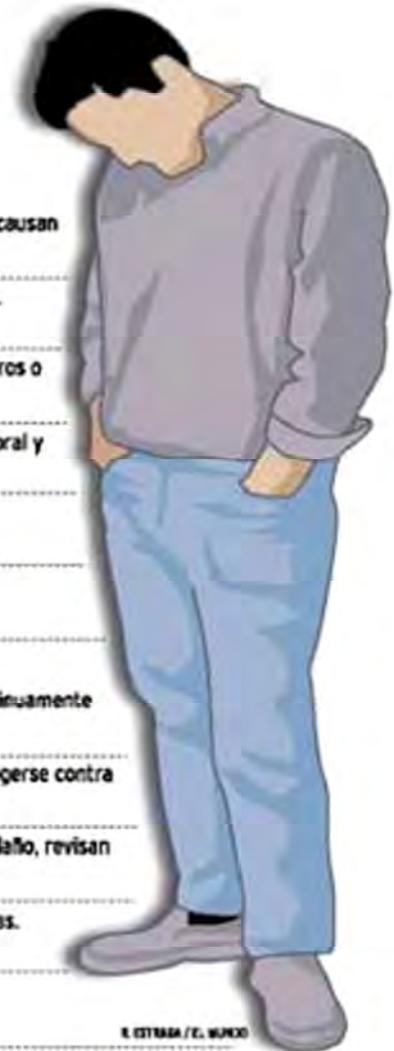


Imagen tomada de: <http://4.bp.blogspot.com>

- Comprobaciones repetitivas y acumulación de cosas aunque sean inútiles.

Para algunas personas, pueden ser compulsiones actos mentales como rezar, contar o repetir palabras en voz baja.

Es importante mencionar que los pacientes con TOC suelen agruparse según el tipo de compulsión que predomina en ellos como:

Lavadores y Limpiadores: Son personas en las que predominan los temores de contaminación y que en consecuencia desarrollan rituales de lavado o limpieza.



Verificadores: Son personas que padecen "duda patológica" y necesitan chequear de manera excesiva (por ejemplo las cerraduras o las llaves de gas) con el fin de evitar que ocurra una determinada catástrofe.





Ordenadores: Son personas que necesitan disponer de las cosas de acuerdo a determinados patrones rígidos, incluyendo distribuciones simétricas.

Acumuladores: Coleccionan objetos sin valor emocional o utilidad alguna (por ejemplo: basura, ropa vieja, partes de artefactos eléctricos rotos), de los que sin embargo no pueden desprenderse.



Repetidores: Son aquellos individuos que tienden a repetir actos en forma compulsiva.

Ritualizadores mentales u obsesivos puros : Muchos pacientes con TOC padecen pensamientos negativos que intentan neutralizar con invalidantes pensamientos o imágenes repetitivas, objeto de contrarrestar la ansiedad que obsesivas.



rituales que consisten en apelar a llamadas compulsiones mentales, con el les provocan las ideas o imágenes

Imágenes tomadas de: <http://es.123rf.com/>

Tabla 3: Tipos de Compulsiones del TOC.

4.3 ¿Cuáles son las Causas?

- Se desconoce la causa exacta de este trastorno.



Imagen tomada de: <http://es.123rf.com/>

- Se han hallado pruebas de su carácter familiar y de que podría tener un componente genético (hereditario).

- Podría estar implicado un desequilibrio de la **serotonina**, un mensajero químico (neurotransmisor) del cerebro.

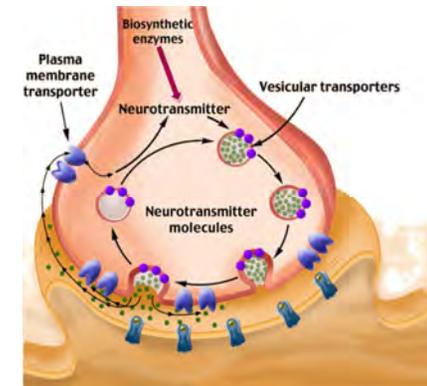


Imagen tomada de: <http://4.bp.blogspot.com>

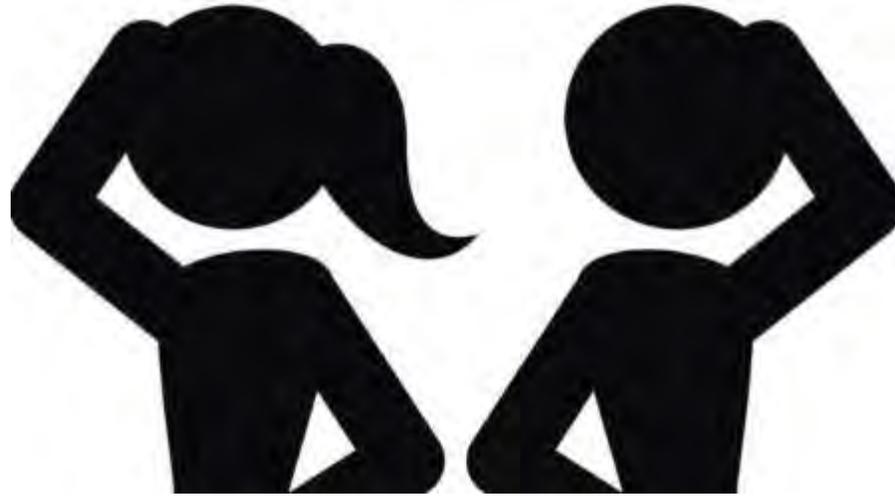


Imagen tomada de: <http://es.123rf.com/>

¿Siente la necesidad de organizar, arreglar, rehacer o emparejar cosas, palabras, o pensamientos, hasta que siente que quedo perfecto?

¿Acumula una cantidad excesiva de objetos inútiles como periódicos o revistas viejas, chatarra o recipientes?

¿Teme contaminar a otras personas?

¿Hace preguntas reiterativas o busca aprobación de aquellos que lo rodean una y otra vez?

¿Lleva a cabo prácticas o rituales excesivos e irracionales a causa de miedos religiosos?

¿Tiene imágenes mentales no deseadas, que resultan perturbadoras o inapropiadas?

4.4 ¿Cómo se puede identificar?

¿Pasa demasiado tiempo lavando y limpiando?

¿Comprueba una y otra vez los seguros de las puertas, las llaves de la estufa, los electrodomésticos y los interruptores muchas veces?



Imagen tomada de: <http://es.123rf.com/>



¿Lleva a cabo actividades que no tienen sentido como contar para reducir la ansiedad o miedos temporalmente?

Si su respuesta a cualquiera de estas preguntas es sí, usted puede tener el Trastorno Obsesivo Compulsivo. La buena noticia es que existe un tratamiento efectivo que puede ayudar a controlar sus síntomas y a comenzar una vida más feliz y productiva.

4.5 Lo que el TOC no es...

Imagen tomada de <http://es.123rf.com/>

Las personas con Trastorno Obsesivo Compulsivo tienen miedos irrazonables que provocan comportamientos, pensamientos, imágenes o rituales mentales repetitivos. Muchas personas utilizan los términos obsesivo, compulsivo y TOC incorrectamente, lo que lleva a fomentar mitos sobre el trastorno. A continuación, algunos mitos comunes:

Mito	Realidad
Las personas con TOC son simplemente estafalarias y podrían dejar de comportarse de esa manera si quisieran.	El TOC no es cuestión de personalidad ni de fuerza de voluntad.
El comportamiento de TOC se debe a problemas en la dinámica familiar, de autoestima o a un trauma de la niñez.	Si bien no se conoce la causa precisa del TOC, las investigaciones sugieren que se trata de una condición médica que involucra algunos productos químicos cerebrales que no funcionan adecuadamente y si puede relacionarse con la dinámica familiar pero no es la causa en concreto.
El TOC es propio de mujeres	El Trastorno Obsesivo Compulsivo puede presentarse en hombres y mujeres.
El estrés es la causa del TOC y las personas con este trastorno simplemente tienen que aprender a relajarse.	Un suceso estresante puede provocar el comienzo de obsesiones y compulsiones pero no es la causa del trastorno. Es verdad que el estrés puede empeorar muchas enfermedades, y el TOC no es una excepción.
Todas las personas preocupadas por el orden y limpieza presentan TOC.	La preocupación por el orden y limpieza son propias de muchas personas, no solo de que presentan TOC, sobre todo no se presentan en niveles exagerados.
Presentar TOC es sinónimo de disfunción de la personalidad	TOC es una enfermedad que puede controlarse muy bien y que no tiene que ver necesariamente con el tipo de personalidad de una persona.

Tabla 4: Mitos y Realidades sobre el TOC.

4.6 Condiciones Relacionadas

Algunas personas con TOC también tienen otros problemas de salud mental como, por ejemplo, depresión, trastorno por déficit de atención TDH u otro trastorno de ansiedad, esto es conocido como comorbilidad, es decir presencia de dos trastornos o más en una sola persona.

Los siguientes trastornos pueden estar relacionados con el TOC:



Imagen tomada de <http://es.123rf.com/>

- **DEPRESIÓN:** Los síntomas pueden incluir tristeza persistente, estado de ánimo vacío, desesperación, pérdida de interés en actividades placenteras, energía disminuida, problemas de concentración, insomnio u horas de sueño excesivas, aumento o pérdida de peso, pensamientos sobre la muerte o suicidas e irritabilidad.

- **SÍNDROME DE TOURETTE O TICS NERVIOSOS:** Los tics motores o vocales son movimientos, expresiones faciales o vocalizaciones involuntarias que incluyen hacer guiños, encoger los hombros, tararear, o hacer exclamaciones.



Imagen tomada de <http://es.123rf.com/>



Imagen tomada de: <http://www.unoinews.com.mx/ril-mes-del-asperger-en-unoi/>

- **TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN:** El Trastorno por Déficit de Atención y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad pueden ocurrir en niños y adultos. Los síntomas incluyen falta de atención, hiperactividad e impulsividad.

- **SÍNDROME DE ASPERGER:** Este trastorno se encuentra dentro del espectro del autismo y se caracteriza por problemas con la comunicación, la interacción social y los patrones de

pensamiento. Muchas personas con Asperger tienen intereses obsesivos en ciertos temas, pero el centrarse en estos intereses les brinda placer, a diferencia del TOC, que produce ansiedad.



Imagen tomada de: <http://www.unoinews.com.mx/ril-mes-del-asperger-en-unoi/>

4.7 Diagnóstico

No hay pruebas de laboratorio que puedan identificar el TOC. Un profesional de salud mental calificado puede diagnosticar el trastorno realizando un tipo específico de entrevista y haciendo uso de algunas herramientas como la escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS), el

inventario de obsesiones de Leyton (LOI), el inventario de obsesiones y compulsiones de Maudsley (MOCI), entre otros.

4.8 Tratamiento

EL TOC es una condición médica común y tratable. Si no se trata, este trastorno puede interferir negativa y significativamente con la habilidad para desenvolverse y adaptarse con éxito a su entorno habitual de quien lo padece.

No hay razón para sentir temor o vergüenza de buscar tratamiento. El TOC es una enfermedad, semejante a cualquier otra como el asma o la diabetes. Aprender a controlar el trastorno puede mejorar drásticamente su calidad de vida.

Con frecuencia, las personas con TOC sufren en silencio, sin saber que este problema puede ser tratado exitosamente.

El procedimiento preferido para el tratamiento del TOC es una clase especial de terapia llamada terapia cognitivo conductual (TCC). Esta terapia está recomendada por instituciones reconocidas a nivel mundial y algunos estudios

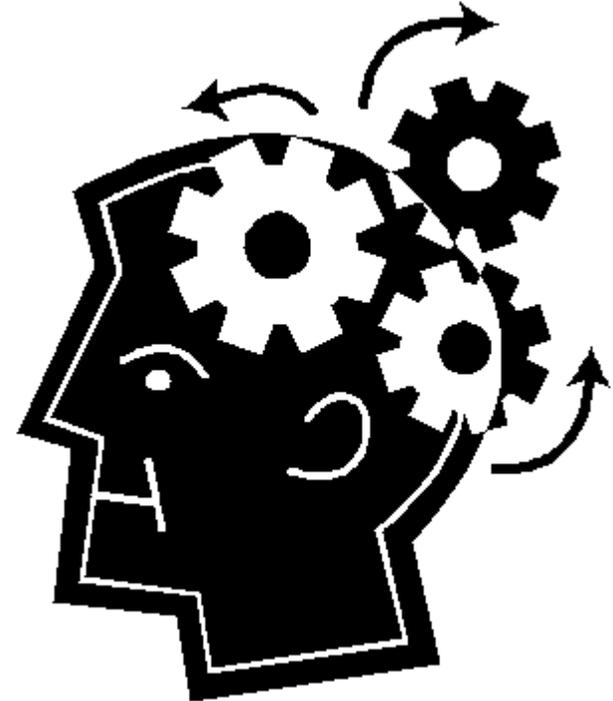


Imagen tomada de: <http://ipsicologos.es/psicologia/>

muestran que más del 85% de las personas que completan un tratamiento basado en Terapia Cognitivo Conductual experimentan una reducción significativa de los síntomas del TOC.

✓ Terapia Cognitivo Conductual TCC



Imagen tomada de <http://es.123rf.com/>

La TCC es la única forma de terapia suficientemente respaldada por las investigaciones en el tratamiento del TOC.

Los objetivos específicos de la terapia son los siguientes:

g) Mostrar a los pacientes con TOC que padecen un trastorno específico de ansiedad, proporcionando una explicación adecuada de las obsesiones y compulsiones.

h) Mostrar a las personas con TOC que pueden reducir sus aflicciones si

realizan un trabajo sistemático, persistente e intenso.

- i) Permitir que los pacientes examinen y comprueben para ver qué síntomas tienen y la gravedad de los mismos.
- j) Hacer que el paciente entienda el papel de la neutralización (ritual que se efectúa para contrarrestar un pensamiento,) en el



Imagen tomada de: <http://4.bp.blogspot.com>

mantenimiento de los pensamientos obsesivos.

- k) Animarles a elaborar un listado de situaciones que frecuente e intensamente les conducen a experimentar ansiedad, angustia o el impulso a actuar impulsivamente y ejecutar rituales repetitivos.
- l) Exponer al paciente a los pensamientos y poner en práctica la prevención de respuesta.

✓ Técnicas utilizadas por la TCC para el tratamiento del TOC

Existe una amplia gama de técnicas cognitivo-conductuales factibles de aplicación a los Trastornos de Ansiedad, pero todos tienen el denominador común de exponer a la persona a los estímulos temidos durante el tratamiento. La más utilizada es la Exposición con Prevención de Respuesta (E+PR):

Consiste en exponer a los pacientes a los estímulos desencadenantes de sus obsesiones e impedirles estrictamente llevar a cabo las compulsiones. Buscando así que el paciente entre en contacto con los estímulos temidos que le generan ansiedad, ya sean objetos, situaciones o personas.



Imagen tomada de <http://es.123rf.com/>

El propósito es debilitar la asociación entre la obsesión y la ansiedad. La persona debe comprender que si se permite a sí mismo enfrentar la obsesión, sin intentar evitarla o neutralizarla a través de compulsiones, su ansiedad va a disminuir.

El proceso de exposición involucra, en primer lugar, la activación de la ansiedad obsesiva y luego, una disminución gradual de la ansiedad, es decir ocurre lo que se llama “habitación”, lo que quiere decir que las personas aprenden que nada malo les sucede cuando dejan de practicar sus rituales compulsivos.



Imagen tomada de <http://es.123rf.com/>

✓ Medicación

En muchos casos, la terapia sola es altamente efectiva en el tratamiento del TOC, pero para algunas personas, es más efectiva la combinación de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y medicación. Puede que la medicación reduzca la ansiedad lo suficiente como para que comience su terapia y eventualmente la complete en forma exitosa. A menudo, la medicación se utiliza de forma temporal hasta que el individuo aprenda a manejar los síntomas a través de sus sesiones de terapia.

Los medicamentos más adecuados son:

Los antidepresivos conocidos como inhibidores selectivos de la re-captación de la serotonina (ISRS) pueden disminuir los niveles de obsesiones y ansiedad y ayudan a las personas a tener éxito en su terapia. Pueden ser recetados por un psiquiatra para el TOC moderado a severo, a menudo de forma temporal hasta que la persona pueda manejar el trastorno solo con la terapia.

Algunas personas con TOC responden favorablemente a la primera medicación recetada; otras, deben probar más de una para experimentar una disminución de los síntomas. Algunas veces, un ISRS combinado con otra medicación da los mejores resultados. Esta clase de medicación puede que tarde entre 10 a 12 semanas para ser totalmente efectiva. La TCC puede comenzar en cualquier momento durante este período, dependiendo del nivel de tolerancia del individuo.

Es importante trabajar con un psiquiatra que tenga experiencia en recetar y evaluar las distintas medicinas para el TOC y que pueda evaluar su efectividad, aconsejar sobre posibles efectos secundarios, y que pueda proporcionar instrucciones

para ir reduciendo la dosis si fuera necesario dejar de tomarla. Los ISRS nunca deben discontinuarse de forma abrupta.



Imagen tomada de: <http://sano-y-salvo.blogspot.mx/>



Imagen tomada de <http://es.123rf.com/>

✓ Resistencia al Tratamiento

La mayoría de las personas que participan en la terapia cognitiva conductual para su TOC tienen una reducción significativa de sus síntomas. A los que no les va bien en el tratamiento deberían considerar los siguientes posibles obstáculos para el éxito:

- Trastornos comórbidos. Un trastorno del estado de ánimo como la depresión mayor o el trastorno bipolar, alcoholismo o abuso de sustancias, u otro trastorno comórbido puede interferir con el éxito en la terapia y puede requerir un tratamiento aparte.
- Falta de comunicación con el terapeuta. Es obligatoria una comunicación abierta y honesta sobre la naturaleza exacta y la frecuencia de las obsesiones y compulsiones para que el terapeuta pueda diseñar exposiciones efectivas. Las personas a menudo temen dar a conocer todas sus obsesiones, ya sea porque sientan vergüenza de sus pensamientos o porque crean que la terapia no podría ayudar con obsesiones y compulsiones que parecen más difíciles. El mantener secretos algunos aspectos de su TOC puede obstruir la habilidad de su terapeuta para ayudarlo a superar su TOC.
- Exposiciones insuficientes. Las exposiciones deben ser lo suficientemente desafiantes y se deben completar las “tareas” diarias de exposición entre las sesiones de.
- Sesiones infrecuentes. Las sesiones de terapia generalmente se realizan semanalmente, pero en algunos casos puede que sea



Imagen tomada de <http://es.123rf.com/>

necesario una mayor frecuencia, incluso diaria, o puede ser necesario que se lleven a cabo en un centro de atención residencial.

- Lugar inapropiado para las sesiones. Las sesiones de terapia pueden ser más efectivas si se llevan a cabo en lugares que disparan las obsesiones y compulsiones como, por ejemplo, la casa de la persona, el carro, al aire libre. Algunos terapeutas ofrecen sesiones fuera de su consultorio o por teléfono.
- Interferencia de la Familia. Los miembros de la familia que participan en los rituales compulsivos de un individuo, apoyan, o facilitan el comportamiento de evitación pueden sabotear el éxito de la terapia. Algunas veces, se puede capacitar a un miembro de la familia para que actúe como “entrenador” y lleve el registro de las exposiciones y desaliente los comportamientos de otras personas que perpetúan los rituales.
- Falta de apoyo. Hablar con otras personas que han aprendido a dominar sus síntomas puede animar a una persona con TOC a emprender el desafío de la terapia y mejorar las probabilidades de éxito.

4.9 Cómo Elegir un Terapeuta

Muchos terapeutas no tienen el entrenamiento adecuado para diagnosticar y tratar el TOC; solo un Terapeuta puede proveer tratamiento efectivo y apropiado. Hacerle preguntas al terapeuta puede ayudar a determinar si es competente o no para tratar este trastorno.

La relación con su terapeuta es muy importante va a tener que hablar con él sobre miedos y comportamientos incómodos y también va a tener



Imagen tomada de <http://es.123rf.com/>

que estar dispuesto a llevar a cabo los ejercicios de EPR que determine el terapeuta.

La fundación del Trastorno Obsesivo en Chicago recomienda realizar las siguientes preguntas al terapeuta además de las siguientes consideraciones:

- ¿Usted está formado para usar la terapia cognitivo conductual para tratar el TOC?
- ¿Dónde recibió su formación?
- ¿Cuántos pacientes con TOC ha tratado con éxito?
- ¿Está dispuesto a tener sesiones fuera de su consultorio?
- ¿De ser necesario, llevaría a cabo sesiones por teléfono?
- ¿Tiene licencia para ejercer en este estado?
- ¿Qué técnicas emplea usted para tratar este tipo específico de TOC?

Evite todo proveedor de tratamiento que:



Imagen tomada de <http://es.123rf.com/>

Sostenga que la técnica principal para manejar el TOC es la relajación y la terapia de conversación

- ✓ Crea que la causa del TOC es un trauma de la niñez, del proceso de enseñar a un niño a usar el baño solo, problemas de autoestima o la dinámica familiar.
- ✓ Culpa a los padres o a la crianza del paciente por su TOC.
- ✓ Parece resguardarse o enojado cuando se le hacen preguntas sobre técnicas del tratamiento. Dice que la medicación por sí sola es un tratamiento para el TOC.

4.10 TOC y la Familia

El TOC afecta a toda la familia. Cuando no se trata, puede ser frustrante y agotador para los esposos, hermanos e hijos, y puede interferir con las relaciones y el funcionamiento diario. El TOC pone a prueba a los matrimonios y la vida familiar creando cargas emocionales, financieras y la vida social se deteriora.

Los miembros de la familia a menudo piensan que están ayudando cuando participan en comportamientos compulsivos. Por ejemplo, un esposo puede consentir en desinfectar la casa, preparar alimentos especiales, o comprobar los cerrojos una y otra vez. A veces, un ser querido con TOC le puede pedir a un familiar aprobación constantemente, o que lo ayuden a evitar cosas que le provocan ansiedad.

Pero participar en comportamientos del TOC fortalece el trastorno reforzando miedos obsesivos. Y proteger al familiar de las consecuencias negativas de las obsesiones y compulsiones puede disminuir la motivación para buscar tratamiento.

Por ejemplo, una esposa que ayuda a su marido con sus compulsiones de comprobación matinales para que no llegue tarde al trabajo hace menos probable que él busque tratamiento. Las reacciones negativas también causan daño, la crítica, las respuestas hostiles e insistentes ante el comportamiento del TOC pueden crear estrés que refuerza el trastorno.



Imagen tomada de <http://es.123rf.com/>

A veces los familiares intentan convencer a un ser querido de que no busque tratamiento por miedo a que los culpen por el TOC. Este miedo implica un malentendido sobre este tratamiento. Nadie causa el TOC, se trata de una condición médica.



Imagen tomada de <http://es.123rf.com/>

Para lograr la recuperación de un ser querido es necesario contar con la participación de la familia en el tratamiento. Un terapeuta cognitivo conductual puede ayudar a los miembros de la familia a cambiar gradualmente la forma en la que responden a los síntomas del TOC.

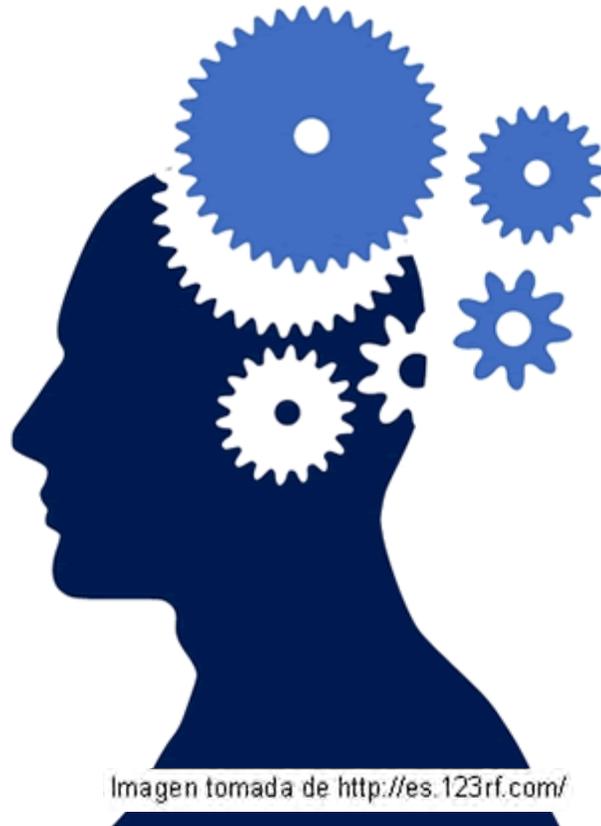
Es importante aplicar cambios graduales con el entendimiento de la persona que tiene el trastorno debido a que los cambios repentinos en las respuestas pueden causar enojo y estrés que empeoran los síntomas. Un terapeuta también puede ayudar a la familia a aprender a cómo apoyar a la persona que está tratando de superar el TOC y a celebrar los pequeños y grandes éxitos que se presenten en el camino.

4.11 TOC en el Trabajo y la Escuela

El TOC que no es tratado puede interferir de forma significativa con la habilidad de la persona para funcionar en el ámbito de trabajo o el aula. Obsesiones que distraen, compulsiones que llevan mucho tiempo,



Imagen tomada de <http://es.123rf.com/>



comportamientos de evitación, y la necesidad de buscar aprobación pueden impedir que un empleado o estudiante preste atención y termine su trabajo a tiempo. Los empleados corren el riesgo de recibir evaluaciones de trabajo no favorables, que no los tomen en cuenta en el momento de subirles de puesto, o incluso de perder su trabajo. En el caso de los estudiantes, el TOC no tratado puede llevar a notas bajas y a problemas sociales.

Un terapeuta cognitivo conductual puede identificar conductas y ayudar a los individuos a decidir si hablan de su trastorno con sus supervisores, compañeros de trabajo o maestros.

I4.12 Consideraciones finales

Hasta aquí el lector puede apreciar qué es el Trastorno Obsesivo Compulsivo y la importancia de conocer este complejo trastorno.

Es importante recordar que a pesar de ser un trastorno discapacitante, si se es tratado de manera adecuada la persona que lo padece puede tener una vida plena.

Por último es importante recalcar que este manual es de carácter informativo, por lo que si el lector presenta dudas es conveniente que acuda con un especialista en la materia.

5. CONCLUSIONES

Como se pudo observar a lo largo de la presente investigación el crecimiento a nivel mundial de personas que padece algún trastorno mental o conductual en algún momento de su vida ha aumentado considerablemente, hoy en día se estima que el 25% de la población se ve afectada por uno de estos problemas.

En lo que refiere al Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), padecimiento derivado de los Trastornos de Ansiedad, encontramos que se ha colocado como una de las principales afecciones discapacitantes de hoy en día, por lo que la OMS lo incluye entre las 20 primeras, afectando alrededor del 2% al 3% de la población mundial.

Así mismo, Lochener (2000), señala al TOC como el único trastorno de ansiedad que no presenta diferencias sexuales en su incidencia, a pesar de la creencia general de que el trastorno es más frecuente en los hombres, sin embargo, autores como Boggetto (1999), Yonkers y Kidler (2002), Torresa (2009), sostienen que las diferencias de sexo radican en la expresión y en la edad de inicio de los síntomas del trastorno, en el curso y en la respuesta al tratamiento del mismo, siendo el comienzo de los primeros síntomas más precoz en los hombres, mientras que en la mujer no suele manifestarse antes de los 20 años, con respecto a los síntomas, las mujeres muestran más compulsiones dañinas sobre limpieza y comprobaciones, mientras que los hombres presentan más tics.

Por lo anterior, es importante subrayar que la prevalencia del TOC en la población varía pero la distribución por sexos es equitativa.

Aún con lo discapacitante de esta enfermedad, es habitual que los pacientes suelen tardar varios años antes de solicitar ayuda, por la vergüenza que le despiertan sus "ridículos" comportamientos o por considerarlos parte de su forma de ser y por la falta de información que hay sobre este trastorno.

Uno de los aspectos relevantes de este trastorno es que difícilmente se presenta de manera aislada, frecuentemente lo encontramos asociado a otras entidades, entre estas se encuentran otros trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad o desordenes por abusos de sustancias por citar algunos de ellos.

Investigadores como Vidal, Fernández, Turón y Vallejo (1996), señalan que el TOC se asocia de un 10% a un 45% a personas con antecedentes de anorexia nerviosa y de un 3% a un 6.5% a personas con un historial de bulimia, así mismo Hantouche indica una relación del 55% al 75% de ocurrencia en pacientes con el síndrome de Gilles de la Tourette y recientemente un estudio realizado por Masi, Millepedi y Mucci (2005) de seguimiento en niños con TOC, encontraron una alta comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y afectivos, de los niños evaluados 46.8% presentó trastorno de ansiedad generalizada; 17% trastorno de pánico; 36.2% fobia social; 19.1% fobias específicas, 29.8% presentó trastorno depresivo mayor y 24.5% trastorno bipolar.

Así mismo, el grado de afectación del TOC para la persona que lo padece es realmente sorprendente ya que además de interferir negativa y significativamente con la habilidad de un individuo para desenvolverse y adaptarse con éxito a su entorno habitual, incluidos aquí aspectos sociales, familiares y laborales, envuelve un curso crónico y recurrente que no presenta diferencias sexuales ni sociales en su incidencia, es un fenómeno complejo, que ha estado presente a lo largo de la historia, cobrando fuerza a nivel mundial en los últimos años.

En cuanto al origen del TOC se pudo apreciar que existen una serie de teorizaciones biológicas las cuales apoyadas a través de estudios genéticos, bioquímicos, anatómicos y neuropsicológicos, han tratado de demostrar que podría existir un factor hereditario, un neurotransmisor o una estructura cerebral responsable de su origen, pero por desgracia siempre se llega a la conclusión que dicho padecimiento tan complejo no puede deberse a un solo aspecto, aunque no por ello se demeritan los avances que se

han logrado con este abordaje, lo que si deja claro es que aún faltan realizar más investigaciones que apoyen y enriquezcan estas hipótesis.

Aunado a lo anterior, las explicaciones psicológicas sobre la génesis y mantenimiento del TOC han sido igualmente variadas, ya que por un lado encontramos las teorías psicoanalíticas las cuales básicamente postulan que el origen del síntoma obsesivo-compulsivo, es resultado de la necesidad de descarga de las catexias desiderativas, en función de disminuir la angustia.

La postura conductual por su parte explica el TOC con el modelo bifactorial de Mowrer adaptado por Dollard y Miller, este enuncia que un estímulo neutro adquiere propiedades ansiógenas, a través de distintos condicionamientos, originados por situaciones estresantes, por lo que las obsesiones pasan a ser estímulos condicionados, pero como no se pueden evitar las obsesiones, se desarrollan conductas reductoras de la ansiedad, asociadas a los estímulos condicionados, que dan lugar a las compulsiones.

Para aminorar las insuficiencias que planteaba el enfoque conductual, surge la explicación cognitiva; ya que el modelo anterior solo explicaba cómo se mantenía y extinguían las conductas obsesivas, pero no explicaba de forma satisfactoria, cómo se inicia o cuál es la raíz de dicho fenómeno.

Básicamente el modelo cognitivo enfatiza el rol que desempeñan los factores cognitivos (sistema de creencias, valoraciones, expectativas) en dicho trastorno, destacándose el modelo de Salkovskis, el cual plantea que lo que diferencia a los sujetos con TOC de las personas sin el trastorno, no es la presencia de intrusiones obsesivas sino la valoración o interpretación que el sujeto les da.

En relación, a los tratamientos dirigidos desde la perspectiva cognitiva, tomando en cuenta que lo que busca la terapia es modificar las construcciones que hace un

paciente sobre sus experiencias, se persigue una transformación de todos los sistemas de funcionamiento del paciente, por lo que las técnicas cognitivas producen cambios en los pensamientos y creencias de los pacientes. El sujeto identifica sus pensamientos disfuncionales y aprende a sustituirlos por otras formas de pensamiento.

En este punto es válido mencionar que existen diferentes formas de entender los problemas psicológicos y que por lo tanto existen también diferentes formas de tratarlos. Hay tratamientos de tipo psicoanalítico, cognitivo, conductual, entre otros, y cada uno de estos tratamientos puede ser más o menos beneficioso según el tipo de problema psicológico.

En el caso del TOC, se puede concluir que el tratamiento Cognitivo Conductual es el que mayor éxito ha tenido, lo cual se debe a la unión de enfoques ya que permitió cubrir las deficiencias que cada uno de estos tenía por separado.

Básicamente se entiende a la terapia Cognitivo-Conductual como una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en los trastornos psicológicos, donde el terapeuta y el paciente colaboran en identificar cogniciones distorsionadas que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas.

Se basa en el principio de aprendizaje; esto es, que un aprendizaje anterior ha llevado a una conducta determinada, siendo ésta desadaptativa para el momento y la cuestión que se vive o para el contexto en el cual se encuentra la persona.

El objetivo de la terapia cognitiva-conductual es poder delimitar y poner a prueba las creencias falsas y los supuestos desadaptativos. El método consiste en experiencias de aprendizaje específico dirigido a enseñar a los pacientes el control de los pensamientos automáticos negativos, la identificación de la relación entre cognición, afecto y

conducta, a examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, la sustitución de cogniciones desviadas por interpretaciones realistas y aprender a identificar las creencias falsas.

En cuanto al abordaje del TOC desde esta perspectiva encontramos, que el éxito en este radica en que se busca cambiar el conocimiento del paciente sobre las obsesiones y permitir así, que los individuos con TOC se habitúen con los pensamientos obsesivos, la frecuencia y la duración de los pensamientos y el malestar causado por ellos disminuirá consecuentemente, además de que las variadas técnicas que emplea el enfoque Cognitivo Conductual tienen como común denominador una rapidez y efectividad en el control por parte del paciente y la instauración de conductas adaptativas.

Así pues, la Terapia Cognitiva-Conductual tal como lo postula Yapko (2006), es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico y tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos. Es por esta razón que la Terapia Cognitivo-Conductual es, quizás, el tipo de intervención psicológica que más aplicaciones tiene hoy en día.

A manera de cierre se puede decir, que el TOC es un fenómeno muy complejo, que requiere de mucha atención, lo que se buscó en el presente trabajo fue dar a conocer algunos aspectos relevantes de este trastorno además de proponer un manual donde básicamente el lector pueda encontrar la información necesaria para comprender este complejo fenómeno.

A través de preguntas sencillas cómo que es el TOC, cuáles son las causas, cómo se puede identificar, cómo se diagnostica y cómo se trata, descubrirá los mitos y realidades que giran en torno a este y que a pesar de ser un padecimiento complejo es tratable como cualquier otra enfermedad, es un padecimiento tratable con éxito siempre

y cuando se reciba la atención adecuada, es por ello que se hace necesaria la difusión de este tema, ya que la falta de conocimiento sobre este genera discriminación hacia el afectado.

El manual está dirigido a informar y orientar, es decir puede ser consultado por personas que quieran conocer del tema, para personas que tienen algún familiar o conocido con este trastorno y para personas que lo padecen, básicamente este manual busca educar a la población. Y con esto lograr, que la difusión sobre el TOC sea más clara y precisa.

Socialmente el impacto de este manual radica ampliar la visión que se tiene sobre este padecimiento, ya que en la actualidad se ha reportado un incremento de este trastorno y la información con la que se cuenta es escasa o suele ser un poco confusa y al ser este manual de corte informativo se pretendió abarcar a cualquier persona que desee saber sobre este tema.

En cuanto al alcance en la cuestión clínica, se buscó crear una herramienta de trabajo, es decir, que a través de esta propuesta el terapeuta encuentre una forma de explicar al paciente los aspectos más relevantes sobre el TOC y así este halle un alivio al descubrir que es una enfermedad más común de lo que se piensa y es tratable con éxito.

6. BIBLIOGRAFIA

Arnedo, M., Roldán, L. y Morell, J. (1999). Aproximación Psicobiologica al Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Revista Psicología Conductual*, 4(3).

Asociación Psiquiátrica Americana. (2013). DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Bados, A. (2005). Trastornos obsesivo-compulsivos. España: Desclée de Brouwer.

Beck, A. (2006). Terapia Cognitiva de la Depresión. España: Desclée de Brouwer.

Beck, J. (2001). Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización. España: Gedisa

Beck, A., Rusch, J., Shaw, B & Emery, G. (2005). Terapia Cognitiva de la Depresión. España: Desclée de Brouwer.

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2002) Manual de Psicopatología. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.

Camacho, J. (2003). El ABC de la Terapia Cognitiva. Buenos Aires.

Caro, I. (2002). Manual de Psicoterapias Cognitivas. España: Paidós.

Cía, A. (1995). Trastorno obsesivo compulsivo y síndromes relacionados. Buenos Aires: El Ateneo.

Correa, D. (2003). *Estudio Descriptivo de Narrativas para el Diagnóstico de Organización de Significado Personal Obsesivo Compulsiva, en Pacientes del Instituto*

Psiquiátrico Dr. José Horwitz B. Tesis de licenciatura, Universidad Central, Santiago, Chile.

Departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos, (2009). Instituto nacional de la salud. NIH: (9).

Ellis, A. (2000). *Terapia Conductual Racional-Emotiva. Casos ilustrativos.* En el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Barcelona: Desclée De Brower.

Freud, S. (1980). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.

Foa, E. (2001). Venza sus Obsesiones. Un revolucionario método para liberarse de su comportamiento obsesivo. Barcelona: Robin Book.

Foa, E. (2004) Terapia cognitivo-conductual en trastornos obsesivo-compulsivos. Barcelona, Bellvitge.

Gavino, A. (2007). Tratando...Trastorno obsesivo-compulsivo, técnicas, estrategias generales y habilidades terapéuticas. Madrid: Pirámide

Hernández, N & Sánchez, J. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. México: Libros en Red.

Laplanche, J. Pontalis, J. B. (1974). Diccionario de psicoanálisis. 263-264. Barcelona: Labor.

Lochner, C. (2004). Gender in obsessive-compulsive disorder: En Clinical and genetic findings. European: Neuropsychopharmacology.

Leahy R.L. Holland S.T. (2000). Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. New York: Guilford Press.

Meinchenbaum, D. (1988). Terapias Cognitivas Conductuales. En Psicoterapias contemporáneas: Modelos y Métodos. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Montgomery, S., Zohar, J. López, J., López, M. I. (1999). Trastorno obsesivo compulsivo. Londres: Martín Dunitz.

Nájera, J. (1991). Obsesiones y compulsiones. Guía práctica de Psicología. Madrid: Temas de Hoy

Navarro, J. y Puigcerver, A. (2000). Bases Biológicas del Trastorno Obsesivo – Compulsivo. *Revista Psicología Conductual*, 6 (1).

OMS (2011). Consultado el 19 de marzo del 2013 en www.who.int/es.

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

Piccinelli, M., Pini, S., Bellantuono, C. y Wilkinson, G. (1995). La eficacia del tratamiento farmacológico en el trastorno obsesivo compulsivo. Una revisión meta-analítica. *Revista British of Psychiatry*.

Posada, J., Buitrago, J., Medina, Y. y Rodríguez, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia: En Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

Puchol Esparza D. (2003, 29 de septiembre). Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI. *Revista Psicología Científica.com*, 5(12).

Rapoport, J.L. (1989). Biología de las obsesiones y las compulsiones. *Revista Investigación y Ciencia*.

Salkovskis, P. Richards, C. Forrester, E. (2000). Psychological Treatment of Refractory Obsessive Compulsive Disorder and Related Problems. En W. K. Goodman. M. V.

Rudorfer. J. D. Maser. Obsessive-Compulsive Disorder. Contemporary Issues in Treatment. Personality and Clinical Psychology Series. Mahwah, New Jersey: Lea.

Tallis, F. (1995). Desorden Obsesivo Compulsivo. En Perspectiva Neuropsicologica y cognitiva. España: Piramide.

Turner, S. y Beidel, D. (1994). Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. Barcelona: Martínez Roca.

Vallejo Ruiloba, J. (1998). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson.

Vallejo, M.A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces. En Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. México: Trillas.

Vargas, L. Palacios, L. González y De la Peña. (2008). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: una actualización. Primera parte. Salud Mental. 31: 173-179.

Vallejo, M.A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces. En Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. México: Trillas.

Voz Pro Salud Mental DF. (S/F). Recuperado el 3 Noviembre 2011 en:
<http://www.vozprosaludmental.org.mx/21.html>.