

Máster en Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales:

Estudio de caso: Trastorno
obsesivo-compulsivo y fobia
específica

07/06/2013

AUTORA: SILVIA LORENZO ENCINAS

DIRECCIÓN DEL TRABAJO: ERNESTO QUIROGA ROMERO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

2.10.2. Tratamiento de las obsesiones sin conducta compulsiva	
Manifiesta	39
2.10.2.1. Entrenamiento en habituación	39
2.10.2.2. Detención o parada del pensamiento	40
2.10.3. Terapia cognitiva	41
2.10.3.1. Intervención en disfunciones cognitivas	
Específicas	41
2.10.4. Tratamiento farmacológico	47
2.10.5. Terapias de tercera generación	47
2.10.5.1. Terapia de Aceptación y Compromiso	48
2.10.5.2. Mindfulness o Atención Plena	50
3. FOBIA ESPECÍFICA	51
3.1. Introducción	51
3.2. Desarrollo y curso evolutivo	55
3.3. Criterios diagnósticos	56
3.4. Comorbilidad	58
3.5. Diagnóstico diferencial	58
3.6. Origen y mantenimiento	60
3.7. Tratamiento	62

TERCERA PARTE: CASO CLÍNICO

1. RESUMEN	64
2. MÉTODO	66
2.1. Datos personales, motivo de consulta y breve historia personal	66
2.2. Procedimiento	67
2.2.1. Evaluación	67
2.2.2. Análisis funcional del problema	69
2.2.3. Diagnóstico	71
2.2.4. Procedimiento de las sesiones clínicas de evaluación	74
2.3. Tratamiento	83
2.3.1. Objetivos de la intervención psicológica	84
2.3.2. Procedimiento de las sesiones clínicas de tratamiento	85

3. RESULTADOS	97
4. DISCUSIÓN	98
5. BIBLIOGRAFÍA	100
6. ANEXOS	102

PRIMERA PARTE: MEMORIA DE ACTIVIDADES

1. MEMORIA DE ACTIVIDADES

A continuación, paso a enumerar las funciones y actividades realizadas por mí durante el periodo de prácticas profesionales, en el Centro de Psicología Avenida de la Estación. Dichas prácticas han tenido lugar durante el primer cuatrimestre del curso académico actual (2012-2013), siendo tutorizada a nivel académico por D. Ernesto Quiroga Romero, y a nivel profesional por D^a Luisa Pardo González, a quienes agradezco el apoyo y el tiempo prestado con el objetivo de ayudarme a mejorar a nivel profesional.

Las principales funciones llevadas a cabo durante el periodo de prácticas han sido las siguientes:

1. Participación en la evaluación, diagnóstico e intervención de diferentes casos clínicos.
2. Intervención supervisada en algunos casos clínicos.
3. Formulación de hipótesis explicativas sobre el origen y mantenimiento del problema, y realización del análisis funcional.
4. Aportación y aplicación de técnicas de intervención individualizada (contrato conductual, economía de fichas, técnicas para aumentar la autoestima, técnicas de acercamiento a la pareja).
5. Desarrollo y participación en actividades lúdicas para menores.
6. Desarrollo y explicación, a los progenitores, de las principales técnicas de modificación de conducta.
7. Proporcionar orientación para mejorar la relación paterno-filial.

Gracias a las funciones desarrolladas en el Centro y el poder ver a D^a Luisa Pardo durante todo el proceso de intervención en diferentes casos clínicos, estas prácticas profesionales también me han permitido adquirir una serie de conocimientos, así como

desarrollar y fortalecer mis competencias como profesional. Los conocimientos adquiridos son los que nombro a continuación:

1. Conocer el desarrollo de un gabinete privado.
2. Formalizar un diagnóstico clínico.
3. Identificar los factores que intervienen en el origen y mantenimiento de los problemas.
4. Realizar el análisis funcional, y posteriormente realizar la devolución de información al paciente.
5. Conocer más específicamente aspectos de la evaluación, diagnóstico e intervención en una amplia gama de casos clínicos.
6. Instruir a los padres como co-terapeutas en la aplicación de técnicas de modificación de conducta.
7. Conocer más concretamente la manera de intervenir con niños y adolescentes.
8. Profundizar sobre la redacción de informes terapéuticos y judiciales.

SEGUNDA PARTE: TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y FOBIA ESPECÍFICA

1. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

En el presente trabajo fin de máster, se describe la intervención psicológica realizada en un caso de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) acompañado de una fobia específica originada por un trauma infantil.

La exposición del caso de forma más amplia, el plan terapéutico de evaluación, el diagnóstico, la intervención así como el procedimiento utilizado a lo largo de las sesiones para ambos trastornos, se describe más adelante en el presente trabajo.

A continuación se hace una breve exposición tanto del TOC como de la fobia específica, para posteriormente pasar a explicar el caso clínico con mayor detalle.

2. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

2.1. Introducción

El TOC es uno de los problemas de ansiedad más común, concretamente es el cuarto trastorno psicopatológico más frecuente tras las fobias, el abuso de sustancias y la depresión mayor. La recurrencia de pensamientos percibidos como ajenos y las compulsiones ligadas al alivio del malestar, han contribuido a caracterizarlo como el trastorno de ansiedad más grave. Esta gravedad obedece, principalmente, a su complejidad, ya que a menudo se presenta asociado a otros cuadros clínicos, como por ejemplo la depresión, y a la tradicional dificultad que su tratamiento ha tenido (Pareja, 2011), lo cual, veremos más adelante.

El TOC se caracteriza por la presencia de ideación obsesiva que suele aparecer acompañada de comportamientos en forma de ritual con el objetivo de aliviar el

malestar y la ansiedad provocada por las obsesiones. Cuando aparece la obsesión, ésta provoca una urgencia incontrolable para realizar ciertos comportamientos.

Desde la perspectiva conductual los rituales tienen la función de reducir la ansiedad. No obstante, Walter y Beech (1969) demostraron que en ocasiones se da un incremento de la ansiedad y el malestar tras el comportamiento ritualista. Este hecho se podría interpretar si se admite la posibilidad de que en algunos sujetos, el hecho de la falta de control sobre la conducta compulsiva sea el generador de la ansiedad. Así, inmediatamente después de realizar el ritual el individuo tiene un autoconcepto negativo.

En este sentido, las personas con TOC suelen padecer ansiedad crónica desadaptativa y ciertos niveles de depresión. La ansiedad pueden manifestarla como nerviosismo, aprensión, irritabilidad, quejas somáticas o dudas que pueden manifestarse como ambivalencia o indecisión. También es frecuente que las personas con TOC tengan ataques de pánico, además, suelen tener una preocupación persistente. Comparados con los demás sujetos con trastornos de ansiedad, los obsesivos presentan mayor ansiedad y un patrón de miedo más persistente. No obstante, la comorbilidad y el diagnóstico diferencial del TOC serán tratados más adelante en el presente trabajo.

2.2. Obsesiones

Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos. Esta cualidad intrusa e inapropiada que caracteriza las obsesiones se denomina “egodistónica”, y hace referencia a la sensación que tiene la persona de que el contenido de la obsesión está fuera de su control. Sin embargo, la persona es capaz de reconocer que estas obsesiones son el producto de su mente y no vienen impuestas desde fuera, tal y como sucede en la inserción de pensamiento, es decir, aún reconociéndolas como propias, se ve incapaz de controlarlas (DSM-IV-TR, 2010).

Las obsesiones en forma de pensamientos son más frecuentes que las obsesiones en forma de impulsos o imágenes. En las imágenes, la persona puede verse a sí misma

realizando un acto despreciable o ver cómo le está pasando algo terrible a alguna persona cercana.

La mayoría de las obsesiones implican la anticipación de consecuencias negativas si uno se expone a las situaciones que desencadenan aquellas y/o no lleva a cabo alguna acción protectora, es decir, la compulsión (p. ej., contraer una enfermedad, provocar una explosión o un incendio, atropellar a un niño).

Una obsesión no siempre implica miedo a un daño específico, es decir, algunas personas informan de pensamientos muy específicos, como puede ser “voy a matar a mi mujer”, mientras que otros experimentan una vaga sensación de terror o aprensión de que algún hecho terrible va a ocurrir, por ejemplo “algo malo le sucederá a mi hijo”, o dicen experimentar simplemente un malestar que no pueden tolerar si no llevan a cabo el ritual. En este sentido, una persona puede experimentar un intenso malestar ante cosas desordenadas o asimétricas sin anticipar consecuencias nocivas por el estado de desorden, mientras que otras personas pueden pensar que si no ordenan o ponen bien las cosas, él o su familia sufrirán un accidente.

Las obsesiones no son simplemente preocupaciones excesivas sobre problemas cotidianos o de la vida real (p. ej., dificultades del momento: laborales, académicos, sociales, económicos) y, de hecho, no suelen estar relacionados con problemas de este tipo. A diferencia de las obsesiones, las preocupaciones tienen que ver con problemas de la vida cotidiana y son egosintónicas, es decir, que se perciben como coherentes por la propia persona.

La persona con obsesiones intenta con frecuencia ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos o bien neutralizarlos mediante otras ideas o actividades, es decir, con alguna compulsión. Por ejemplo, una persona llena de dudas sobre si ha desconectado el horno, intenta neutralizarlas comprobando una y otra vez que efectivamente se encuentra apagado (DSM-IV-TR, 2010).

Los contenidos más frecuentes de las obsesiones tienen que ver con la contaminación (p. ej., contraer una enfermedad al estrechar la mano a los demás), dudas repetidas (p. ej., preguntarse a uno mismo si se ha realizado un acto en concreto, como si se ha cerrado la puerta o el gas), necesidad de disponer las cosas según un orden

determinado (p. ej., intenso malestar ante objetos desordenados o asimétricos), impulsos de carácter agresivo u horroroso (p. ej., hacer daño o matar a un niño o proferir obscenidades en una iglesia), de contenido religioso (p. ej., pensamientos blasfemos), fantasías sexuales (p. ej., una imagen pornográfica recurrente) y de acumulación (p. ej., acumulan una extraña colección de periódicos, latas). Las obsesiones más frecuentes en niños y adolescentes son las relacionadas con la contaminación/suciedad, con la muerte o enfermedad de uno mismo o de algún familiar querido y sobre la simetría/orden.

En ocasiones, estas obsesiones se presentan de forma continua mientras que otras veces pueden aparecer por episodios y en relación a diversos estímulos ambientales o internos. El problema principal de algunas personas son las rumiaciones obsesivas, es decir, pasar largos periodos de tiempo pensando de forma improductiva sobre cualquier asunto. Hay que tener en cuenta que el factor crítico de las obsesiones no es su contenido, sino la naturaleza intrusiva de los fenómenos cognitivos, el reconocimiento de que no tiene ningún sentido, la generación de angustia y malestar en el individuo y el nivel de creencia atribuido a ese fenómeno.

2.3. Compulsiones

Las compulsiones se definen como comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter recurrente, cuyo propósito es aliviar o prevenir la ansiedad o el malestar que lleva consigo una obsesión determinada, pero no proporcionar placer o gratificación, es decir, que con la compulsión la persona lo que consigue es refuerzo negativo. Por ejemplo, las personas que están obsesionadas por la posibilidad de contraer una enfermedad pueden aliviar este malestar lavándose las manos hasta que se les arruga la piel, las personas obsesionadas por la idea de haber olvidado cerrar la puerta con llave pueden sentirse impulsadas a comprobar la cerradura cada cinco minutos. Por definición, las compulsiones resultan claramente excesivas o no están conectadas de forma racional con las ideas que deben neutralizar o prevenir.

Las compulsiones pueden no sólo ser conductas motoras, sino también acciones encubiertas tales como repetirse internamente cosas (p. ej., una persona que le asaltan

pensamientos obscenos, puede tener la conducta de recitar una oración o la expresión “no lo haré”), repasar mentalmente lo que uno ha hecho para asegurarse de que no se ha cometido errores o acciones inmorales, contar en silencio o formar contraimágenes (p. ej., imaginarse a la familia sana y salva). Estas acciones mentales neutralizadoras pueden ser idénticas a la obsesión, aunque con una finalidad diferente, en este caso neutralizar el malestar o acontecimientos temidos. En este sentido, una persona con la obsesión de que alguien le atacará, puede neutralizarla repitiendo este mismo pensamiento un número determinado de veces. Así, se produce una larga secuencia de intrusión-neutralización–intrusión-neutralización, una cadena de pensamientos que difieren en función pero no en contenido.

Hasta el 50-60% de los casos con TOC en estudios epidemiológicos presentan obsesiones sin compulsiones manifiestas, denominadas obsesiones puras. Las compulsiones mentales parecen más frecuentes en pacientes que presentan obsesiones de contenido religioso, agresivo o sexual (Abramowitz y cols, 2003). Este hecho es muy importante debido a que los rituales cognitivos implican diferentes técnicas de intervención que la de los rituales manifiestos y su tratamiento es más complicado.

Los rituales más comunes son excesivo aseo y lavado de manos, limpieza, comprobación de elementos domésticos, puertas y ventanas, exigencias de certeza, actos de carácter repetitivo y puesta en orden de objetos. Los rituales de aseo y limpieza suelen estar relacionados con miedos referidos a la contaminación. Las comprobaciones reflejan dudas sobre las ejecuciones personales o miedo de ser considerado responsable de acontecimientos catastróficos temidos. Las comprobaciones y las conductas de aseo y lavado suelen ser graves pudiendo ocupar la totalidad del periodo de vigilia. En casos extremos el individuo puede permanecer todo el tiempo que puede despierto para continuar con sus rituales.

En niños y adolescentes los rituales más frecuentes son lavarse, repetir acciones, comprobar, tocar, contar y ordenar. Estos no suelen ser egodistónicos, por lo que los niños no suelen solicitar ayuda por sí mismos. Los problemas para concentrarse debido al trastorno pueden conducir a una disminución del rendimiento escolar.

En el TOC se da una evitación de las situaciones que facilitan el surgimiento de las obsesiones. En las obsesiones de contaminación pueden evitarse los aseos públicos o

estrechar la mano; en las de hacer daño a los hijos, quedarse solo con ellos o tener cuchillos de cocina en casa, en las de atropellar a alguien, conducir. En ocasiones, la evitación es más sutil, como conducir sólo cuando hay poca gente por la calle, limitar el tiempo que se permanece fuera de casa para no tener que usar váteres públicos, abrir las puertas con el codo, etc.

2.4. Obsesiones, compulsiones y conductas de evitación más comunes

Algunas de las obsesiones, compulsiones y conductas de evitación más frecuentes se comentan a continuación (Bados, 2005):

- **Contaminación:** Obsesiones de sufrir daños o contagiar a otros por contacto con sustancias que pueden ser peligrosas, como por ejemplo suciedad, gérmenes, orina, heces, semen, secreciones vaginales, sangre, animales, personas enfermas, etc. En este caso, la compulsión más usual consiste en lavarse y ducharse muchas veces, o bien se puede observar el lavado durante horas de los platos o ropa. Por otro lado, pueden adoptar la forma de reaseguración, como consultar a un médico o alguien que le diga que no tiene mala cara, o comprobarlo por sí mismo, como podría ser el caso de una persona que piensa que ha podido contraer la tuberculosis y debe escupir para comprobar que no tiene sangre en la saliva. En estos casos la persona, suele desarrollar conductas de evitación, de manera que no entra en contacto con objetos contaminados o que puedan transmitir la contaminación (p. ej., bolsas de basura, personas con ciertas enfermedades, hospitales, lavabos públicos, pomos de puertas) y aparecen conductas defensivas como coger las cosas con guantes, abrir las puertas con los codos o pedir a otros que manipulen los objetos considerados contaminados.

- **Daño accidental no debido a contaminación o violencia física:** Obsesiones sobre dejarse la llave del gas o la puerta de casa abierta, un fuego encendido o aparatos eléctricos conectados; haber atropellado a alguien; hacerse daño con un objeto afilado; escribir cosas comprometedoras; pensar que a un familiar le ocurrirá algo grave; pensar que se pondrá veneno o

cristales en la comida. En este caso las compulsiones suelen ser de comprobación, es decir, comprobar repetidamente la llave del gas, puerta, quemadores o aparatos; en ocasiones la comprobación puede ser mental; telefonar a hospitales o policía, rehacer la ruta, comprobar marcas o golpes en el coche, observarse detenidamente para ver si se está herido, leer los periódicos al día siguiente. Los pacientes creen que si no realizan las comprobaciones, se producirá una catástrofe de la que serán responsables.

- **Violencia física hacia sí mismo u otros, por parte de uno mismo u otros:** Obsesiones sobre tirarse al tren, matar a un hijo con un cuchillo, ahogarse con una bolsa de plástico, tirar a alguien por una ventana o al tren, imágenes de asesinatos. En este caso, las conductas compulsivas pueden consistir en no acercarse a las vías del tren hasta que el tren esté parado, buscar reaseguración, comprobar que no ha producido ningún daño. Las conductas de evitación pueden implicar evitar estar solo con las personas a quien puede herir, no tener cuchillos de metal, sino de plástico.
- **Conducta socialmente inaceptable:** Obsesiones sobre proferir o escribir obscenidades o insultos, decir algo poco respetuoso sobre una persona fallecida, robar, engañar, mentir. Las compulsiones consisten en intentar mantener el control de la conducta, preguntar a otros si uno se comportó adecuadamente en una situación dada. La conducta de evitación consiste en no acudir a situaciones sociales.
- **Sexo:** Obsesiones sobre órganos sexuales, actos sexuales indeseados como cometer una violación, exhibirse, abusar de niños, dudas sobre la propia orientación sexual. Las compulsiones suelen consistir en concentrarse en pensamientos alternativos, recordar experiencias heterosexuales cuando asalta la obsesión de homosexualidad, realizar un ritual mental (p. ej., contar de 1 a 10 y de 10 a 1 cien veces). Como conducta de evitación estaría no quedarse solo con personas del sexo preferido.

- **Religión:** Obsesiones, pensamientos o imágenes blasfemos (p. ej., verse haciendo el amor con Jesucristo), pensamientos de ser castigado, dudas religiosas. Las conductas compulsivas consisten en rezar, confesarse, hacer penitencias, pensar una frase que contrarreste la obsesión (p. ej., ofrecer otras cosas a Dios), formar una contraimagen de adoración a Jesucristo.

- **Acumulación:** Obsesiones sobre tirar cualquier cosa valiosa o cosas aparentemente poco importantes que puedan necesitarse en el futuro, sobre cometer un daño o cometer un error si se tiran ciertas cosas o sobre escrúpulos morales por malgastar. En este caso, las compulsiones son acumular gran cantidad de objetos tales como revistas, facturas, apuntes, ropa, comida, etc. De manera que en ocasiones no se pueden mover en su propia casa a causa del número de objetos almacenados.

- **Orden, simetría, exactitud:** Obsesiones sobre que las cosas deben estar en el sitio adecuado y/o simétricamente colocadas, la lectura perfectamente comprendida, la escritura perfectamente hecha, las palabras empleadas con precisión y las acciones realizadas del modo correcto de acuerdo con una secuencia o número particular, por ejemplo “tras aparcar el coche debo entrar en casa tras dar 74 pasos”. Las compulsiones son ordenar los objetos de una manera determinada, comprobar mirándose o midiendo que las partes del cuerpo son simétricas, leer con lentitud o volver a leer lo ya leído, repasar o reescribir lo escrito, seguir una secuencia estricta a la hora de hacer algo como cocinar o limpiar, repetir la acción hasta hacerlo en la secuencia o número correcto.

Esto último puede conducir a la lentitud compulsiva, trastorno especialmente problemático y difícil de tratar. Actividades rutinarias normales, tales como levantarse de la cama, cepillarse los dientes, vestirse o bañarse pueden llevar horas debido a la necesidad de seguir un orden programado, llevar a cabo comprobaciones mentales y repetir las acciones que no se han realizado correctamente según la persona. Esta lentitud no afecta a conductas automáticas tales como conducir, y pueden ejecutar inmediatamente órdenes de levantarse, sentarse o cruzar la habitación.

Afecta sobre todo a acciones auto-iniciadas, no inducidas por estímulos externos. Cuando se les da órdenes y se les somete a un ritmo no hay enlentecimiento, incluso con órdenes grabadas desaparece la lentitud, pero los efectos no se mantienen a largo plazo, lo que hace muy difícil el tratamiento.

- **Muerte:** La obsesión consiste en imágenes de seres queridos muertos. La compulsión realizada son imágenes de las mismas personas vivas. Así, las conductas de evitación son no hablar de temas de muerte, leer al respecto o no visitar sitios relacionados.
- **Tema somático:** Obsesiones sobre tener una enfermedad (cáncer, SIDA, problemas cardíacos) o algún defecto imaginario en alguna parte del cuerpo. Hay que establecer aquí el diagnóstico diferencial con hipocondría y trastorno dismórfico corporal. Las compulsiones más típicas en este caso son pedir a médicos y amigos que aseguren que no se tiene la enfermedad, autoobservarse (p. ej., tomarse el pulso o la temperatura), comprobar la apariencia en el espejo.
- **Sin sentido (frases, imágenes, melodías, palabras, series de números carentes de sentido):** Algunas obsesiones pueden implicar melodías musicales pegadizas, palabras, frases o imágenes de escenas que el sujeto no puede evitar pensar en ellas. Por ejemplo, una persona que oye internamente la melodía de un programa deportivo de televisión mientras lee, puede repetir la acción hasta conseguir leer el mismo trozo sin escuchar la melodía. También puede suceder que la persona se sienta obligada a contar cosas, por ejemplo, un sujeto se puede ver obligado a contar los libros de la biblioteca, las tablillas del parquet, las baldosas que va pisando por la calle o el número de veces que realiza una actividad como lavarse las manos. Los rituales de repetición, de un cierto número de veces son frecuentes en muchos casos de lavado o comprobación. Las secuencias de lavado deben repetirse 4, 5 o 8 veces o un múltiplo de ellos, y la secuencia debe reiniciarse si se ve interrumpida antes de terminar.
- **Temas diversos:** Necesidad de recordar cosas poco importantes, como matrículas de coches, números antiguos de teléfono; pensamientos de perder

cosas; obsesiones sobre sonidos o ruidos como relojes; compulsiones de tocar, como por ejemplo sentir el impulso de tocar superficies rugosas o calientes o de rozar a otras personas o tocarlas suavemente.

Las obsesiones y compulsiones que aparecen con mayor frecuencia son las ideas de contaminación o suciedad, con compulsiones de lavado y limpieza, ideas obsesivas sobre posibles accidentes, como dejarse el gas encendido o la puerta abierta, con compulsiones de comprobación, e ideas de daños físicos, como miedo a hacer daño a otros o a sí mismo, con compulsiones de reaseguración. La mayoría de los pacientes con TOC presentan más de un tipo de obsesión y compulsión.

Por definición, para que pueda diagnosticarse el TOC, los adultos que lo presentan reconocen en algún momento del curso del trastorno que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o irracionales. Este requisito no se exige en el caso de los niños debido a que, por su edad, puede que no dispongan todavía de la suficiente capacidad cognoscitiva para llegar a conclusiones de este tipo. Sin embargo, incluso en los propios adultos puede observarse un amplio espectro en el nivel de comprensión relativo a la racionalidad de las obsesiones o compulsiones.

Algunas personas se muestran dubitativos sobre la racionalidad de sus obsesiones o compulsiones, mientras que en otros esta conciencia puede depender del momento y la situación; así, un paciente puede reconocer como irrazonables sus comprobaciones de si ha atropellado a alguien cuando está en la consulta, pero no cuando está conduciendo. En el momento en que la persona reconoce la irracionalidad de sus obsesiones o compulsiones es cuando puede sentirse dispuesto a resistirlas e incluso puede llegar a intentarlo. Al hacerlo, le invade una sensación progresiva de ansiedad o malestar que se alivia llevando a cabo el acto compulsivo, por lo tanto, la persona consigue un alivio temporal de la ansiedad, por lo que la conducta se ve reforzada de forma negativa. En el curso del trastorno, y después de repetidos fracasos al intentar resistir las obsesiones o compulsiones, la persona puede rendirse ante ellas, no volver a desear combatir las nunca más e incorporar estas compulsiones a sus actividades diarias (Bados, 2005).

Por otra parte, cuando un paciente tiene poca conciencia de que sus obsesiones son excesivas o irracionales, puede decirse que está en el límite entre las obsesiones y los delirios. Las obsesiones serían entonces ideas sobrevaloradas, es decir, ideas

persistentes e irracionales que son mantenidas con menos intensidad que las ideas delirantes, ya que se acepta la posibilidad de que puedan no ser ciertas. La presencia de ideas sobrevaloradas está asociada a un peor pronóstico cuando se encuentran cerca del extremo delirante, pero en los demás casos hay que tener en cuenta que la conciencia sobre la irracionalidad de las obsesiones es menor cuando se está ansioso y mejora cuando la ansiedad se reduce.

Las obsesiones o compulsiones pueden reemplazar comportamientos productivos y gratificantes y desestructurar enormemente la actividad global de la persona. Dado el potencial perturbador que las caracteriza, estas obsesiones suelen ocasionar una disminución del rendimiento personal en las actividades cognoscitivas que requieren concentración, como son la lectura o el cálculo mental. Además, como ya dijimos anteriormente, muchos individuos acaban evitando objetos o situaciones que suelen provocar tales obsesiones o compulsiones. Este comportamiento de evitación puede generalizarse y limitar seriamente la actividad global de la persona.

Fenómenos similares a las obsesiones y compulsiones son relativamente frecuentes en la población general. Piense, por ejemplo, en los pensamientos desagradables que a veces nos asaltan, en las supersticiones (p. ej., tocar madera, cruzar los dedos, llevar un amuleto en situaciones difíciles como los exámenes), en los pensamientos utilizados para neutralizar otros pensamientos, en las conductas repetitivas de comprobación, lavado y orden y en los rituales deportivos (p. ej., saltar al campo con determinado pie, santiguarse). Muchas de las cogniciones intrusas en población general tienen que ver con temas de salud personal, experiencias embarazosas o dolorosas, conducta sexual personalmente inaceptable, agresión y daño, amigos o familiares sufriendo un accidente o una enfermedad.

Las manifestaciones obsesivas y compulsivas en la población normal son similares en forma y contenido a las obsesiones y compulsiones observadas en población clínica; las diferencias estriban en que son menos frecuentes, intensas, duraderas, vívidas y molestas, son más manejables y fáciles de rechazar, generan menos resistencia e interfieren menos en la vida. Así, para poder hablar de TOC, las obsesiones o compulsiones deben causar fuerte malestar, consumir tiempo o interferir

significativamente con la rutina normal de la persona, con su funcionamiento laboral (o académico) o con sus actividades o relaciones sociales.

Los rituales son bastante habituales en distintas etapas evolutivas. Rituales típicos a los 5-6 años son caminar a la pata coja, andar sin pisar las líneas de las baldosas, contar números que dan suerte o cruzar los dedos para anular un pensamiento. Entre los 6 y 11 años los niños coleccionan ciertos objetos y se implican en juegos muy formalizados con reglas muy específicas y prohibiciones de ciertas acciones. De todos modos, estos rituales evolutivos no guardan una relación de continuidad con los síntomas obsesivos compulsivos.

2.5. Desarrollo y curso evolutivo

El TOC suele comenzar en los primeros años de la etapa adulta, encontrándose la mayor frecuencia de inicio entre los 18 y 25 años. La proporción de hombres y mujeres es casi igual, con un comienzo más temprano para los varones (13-15 años) que para las mujeres (20-24 años). No obstante, también se conocen casos de TOC en niños. Según Turner y Beidel (1988) mucho antes de manifestarse el trastorno ya existen síntomas leves del TOC. Estos síntomas ocurren de forma esporádica, son de baja intensidad y suelen ser tan insignificantes que el sujeto no les presta atención. El tiempo medio entre el inicio de la enfermedad y la primera consulta clínica se estima que es de 7 años.

El TOC suele afectar de forma variable a las áreas familiar, interpersonal, social y laboral de los pacientes. Aunque todos los pacientes obsesivos no van a sufrir el trastorno en sus formas más graves, hay que tener en cuenta que el efecto sobre las áreas significativas de estas personas va a ocurrir en algún grado y que los síntomas suelen empeorar con el curso del trastorno. La evolución más frecuente de este trastorno es la progresiva cronificación, con exacerbaciones de los síntomas que podrían estar relacionadas con acontecimientos estresantes. Son poco frecuentes las remisiones espontáneas.

La mayor parte de las veces la aparición del trastorno es de carácter gradual, si bien se han observado casos de inicio agudo. Una minoría de los casos sigue un curso de carácter episódico. Este curso discontinuo puede interpretarse como un período de

síntomas residuales seguido de una exacerbación de los síntomas, lo que constituiría un episodio. Por otro lado, una vez que el trastorno se ha implementado es improbable que los sujetos puedan liberarse por completo de todos los síntomas, ya que por ejemplo tras el tratamiento se observa en estos pacientes una ansiedad residual, por lo que es probable que el trastorno pueda reaparecer en situaciones futuras de estrés.

Respecto al pronóstico, el TOC se considera uno de los trastornos de más difícil tratamiento. De entre las causas destaca la frecuente comorbilidad asociada al trastorno, así como algunas características que suelen presentar los sujetos como rabia, hostilidad y rigidez.

Los datos iniciales sobre efectividad de los tratamientos eran francamente pesimistas. No obstante, la introducción de los tratamientos conductuales ha mejorado mucho la efectividad de la intervención con estos pacientes.

2.6. Criterios diagnósticos

El DSM-IV-TR clasifica al TOC dentro de los trastornos de ansiedad, en el Eje 1, y aparece con el código F42.8 (300.3). Los criterios diagnósticos del TOC según el DSM-IV-TR son los que se presentan a continuación:

A. Se cumple para las obsesiones y compulsiones:

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

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

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

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

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

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

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

D. Si hay otro trastorno del Eje 1, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de pelos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una enfermedad grave en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en una trastorno depresivo mayor).

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

Especificar si:

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

2.7. Comorbilidad

Una de las principales dificultades en el tratamiento del TOC es su frecuente asociación con otros trastornos psicopatológicos. Fundamentalmente se da una fuerte asociación con depresión. La disforia puede situarse entre un ligero malestar debido a la imposibilidad de controlar los síntomas del TOC hasta una depresión grave con ideación e intentos de suicidio. Suelen padecer de insomnio, cansancio e incapacidad para la concentración. La depresión puede aparecer antes del trastorno obsesivo, puede instaurarse posteriormente a su aparición, así como surgir tras la eliminación de los síntomas obsesivos. Asimismo, existe alguna evidencia de posibles mecanismos biológicos comunes para ambos trastornos.

El TOC también puede asociarse a otros trastornos de ansiedad, como pueden ser la fobia específica, la fobia social, el trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada y los ataques de pánico.

Otros trastornos asociados son los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia), trastornos de la personalidad (trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, trastorno de la personalidad por evitación, trastorno de la personalidad por dependencia), tricotilomanía y tics nerviosos. Existe una alta incidencia de TOC en individuos con el síndrome de la Tourette. En niños puede también asociarse a trastornos del aprendizaje y a trastornos del comportamiento perturbador.

Por otro lado, las preocupaciones hipocondríacas son frecuentes, traducándose en visitas repetidas al médico para que éste descarte cualquier enfermedad. Cabe observar asimismo, si existe un consumo excesivo de alcohol o de fármacos sedantes, de hipnóticos o ansiolíticos.

En la esquizofrenia es bastante frecuente la aparición de obsesiones y compulsiones, que en este caso aparecen dentro de un marco delirante atribuidos a una fuente externa y pueden tener un alto grado de convicción. Un importante aspecto a tener en cuenta es la existencia o no de ideas sobrevaloradas. El DSM-IV-TR incluye un subtipo de TOC con pobre conciencia de enfermedad. Así, existe un porcentaje de pacientes que están completamente o muy seguros de que sus obsesiones incluyen consecuencias desastrosas que realmente sucederán. Sin embargo, la mayor parte de los pacientes obsesivos consideran que los pensamientos que les asaltan son absurdos y sin sentido, a pesar de creer en ellos en cierta medida. Conviene evaluar el nivel de certidumbre en estas ideas, ya que es importante a efectos de pronóstico y tratamiento.

Los pacientes con TOC también suelen presentar problemas interpersonales, conyugales y familiares, además de problemas académicos y/o laborales. En muchos casos va a ser difícil determinar si estos problemas asociados son consecuencia del trastorno o si contribuyen a él. Puede ser que las dos cosas sean ciertas y que se refuercen mutuamente en forma de círculo vicioso. Con frecuencia existe evitación de situaciones que se relacionan con el contenido de las obsesiones. Esos comportamientos permanentes de evitación pueden conducir a un confinamiento total del individuo en su propio hogar.

Suele ser frecuente encontrar que la persona con TOC ya tenía peculiaridades antes de que se desencadenara el trastorno. Por lo general, estas características no suelen interferir significativamente y no suelen producir malestar personal. Estos elementos precursores pueden detectarse en la adolescencia o incluso en la primera infancia.

2.8. Diagnóstico diferencial

Podría suponerse, por lo que he explicado hasta ahora, que el TOC es un síndrome fácil de detectar y de diagnosticar. Es cierto que algunos casos se pueden reconocer

fácilmente, pero también es cierto que otros pueden poner en duda a cualquier clínico. Eso se debe a la similitud y el solapamiento entre el TOC y otros trastornos. Además, los pacientes obsesivos suelen ocultar información, no son capaces de exponer toda la sintomatología o restan importancia a los síntomas.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se diferencia del TOC porque las obsesiones o compulsiones se consideran etiológicamente relacionadas con esta sustancia (p. ej., drogas). Asimismo, el TOC debe diferenciarse del trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. Debe diagnosticarse esta última cuando las obsesiones o compulsiones se consideran una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad subyacente.

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por preocupaciones exageradas, y se diferencian de las obsesiones por el hecho de que la persona las experimenta como una inquietud excesiva sobre aspectos relacionados con la vida real, por ejemplo, una inquietud excesiva por la posibilidad de perder el trabajo. En cambio, el contenido de las obsesiones no suelen versar sobre estos temas cotidianos, son menos cambiantes y son egodistónicas.

El diagnóstico de TOC no debe efectuarse si el contenido de las ideas o rituales se relacionan exclusivamente con otro trastorno mental, por ejemplo preocupación por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, inquietud por un objeto o situación temidos en la fobia específica o social, estiramiento del cabello en la tricotilomanía. El diagnóstico adicional de TOC puede seguir estando indicado si el contenido de las obsesiones o compulsiones no mantiene relación alguna con el trastorno mental concomitante.

Varios tipos de fobias tienen gran prevalencia en los pacientes obsesivo-compulsivos. Ahora bien, las diferencias entre las fobias y el TOC son las siguientes: 1) Las obsesiones se caracterizan por una preocupación continua por los pensamientos repetitivos y perturbadores, 2) El TOC se caracteriza por elevada ansiedad general y estado de ánimo disfórico y 3) Los rituales en los pacientes de TOC son necesarios aunque no se encuentren en presencia del estímulo fóbico.

Como dijimos anteriormente, la depresión es el trastorno asociado con más frecuencia al TOC. Ambos trastornos suelen agravarse mutuamente por lo que se produce un círculo vicioso. No obstante, pese a su solapamiento existen características diferenciadoras entre ambos trastornos. En la depresión, la constante cavilación sobre acontecimientos potencialmente desagradables o sobre posibles acciones alternativas es una característica frecuente y se considera un aspecto de la propia depresión, congruente con el estado de ánimo más que un síntoma de TOC. Por ejemplo, una persona deprimida que dedica todo el tiempo a pensar en lo inútil e insignificante que resulta su existencia no debe considerarse que tiene obsesiones, ya que estas ideas no revisten carácter egodistónico.

Si estas ideas perturbadoras de carácter recurrente se relacionan exclusivamente con el miedo a padecer o estar padeciendo una enfermedad importante y este miedo deriva de la incorrecta interpretación de síntomas físicos, debe diagnosticarse hipocondría. Sin embargo, si la preocupación por tener una enfermedad se acompaña de rituales como lavado o comprobaciones excesivas por el miedo a empeorar o bien a contagiar una enfermedad a los demás, está indicado el diagnóstico de TOC. Por otro lado, si existe una preocupación prominente por contraer la enfermedad, más que por padecerla, y no hay comportamiento ritual, el diagnóstico más apropiado es fobia específica a la enfermedad.

Como se ha comentado anteriormente, la capacidad de estas personas para reconocer que las obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales se manifiesta a lo largo de un continuum, siendo las ideas sobrevaloradas muy importantes de cara al tratamiento. Mientras que la mayoría de pacientes con TOC reconocen que sus pensamientos son irracionales o desproporcionados, los sujetos con ideas sobrevaloradas no consideran sus conductas sin sentido o irracionales, sino que creen que sus preocupaciones están suficientemente justificadas y que sus rituales les protegerán de consecuencias desastrosas, por lo tanto, en ocasiones el sentido de la realidad puede haberse perdido y la obsesión adquiere dimensiones delirantes (p. ej., la creencia de que uno es el responsable de la muerte de otro individuo por el simple hecho de haberla deseado en algún momento).

Hay que tener en cuenta que el elemento clave en la ideación sobrevalorada no se centra en las diferencias en el contenido de las obsesiones, sino en la validez que el sujeto otorga a esos pensamientos. En la forma más severa, las ideas sobrevaloradas constituyen un delirio monosintomático. En estos casos, la presencia de síntomas psicóticos puede hacerse constar mediante el diagnóstico adicional de trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado. La especificación con poca conciencia de enfermedad presente en el DSM-IV-TR, puede ser útil en las situaciones que se encuentran a medio camino entre la obsesión y el delirio.

Aunque los delirios esquizofrénicos pueden asemejarse a las obsesiones y los esquizofrénicos pueden manifestar también conductas ritualistas, resulta fácil diferenciar ambos trastornos. Para realizar el diagnóstico diferencial entre el TOC y la esquizofrenia hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Los sujetos con TOC no manifiestan síntomas positivos como alucinaciones y trastornos del pensamiento.
2. La mayoría de las obsesiones, excepto aquellos con ideas sobrevaloradas, reconocen la irracionalidad de su comportamiento. En cambio, las obsesiones y compulsiones en la esquizofrenia no se experimentan como egodistónicas.
3. Los rituales en la esquizofrenia no parecen tener un objetivo u obedecer a alguna instrucción externa. Por el contrario, los rituales de los sujetos con TOC sirven claramente para alguna función específica.
4. Los obsesivos no experimentan la sensación de ser controlados o dirigidos por fuerzas externas y sus dificultades no se deben a la suspicacia y desconfianza características de la esquizofrenia.

No obstante, algunos individuos presentan síntomas de TOC y esquizofrenia a la vez, lo que justifica el diagnóstico simultáneo de ambos trastornos.

Los tics (en el trastorno de tics) y los movimientos estereotipados (en el trastorno de movimientos estereotipados) deben diferenciarse de las obsesiones. El tic se define como un movimiento o una vocalización brusca, rápida, recurrente, no rítmica y estereotipada, por ejemplo parpadeo, aclaramiento de la garganta. Un movimiento

estereotipado se define como un comportamiento motor repetitivo, no funcional y aparentemente impulsivo, como por ejemplo darse golpes en la cabeza, tambalearse, morderse a uno mismo. A diferencia de los actos compulsivos, los tics y los movimientos estereotipados son típicamente menos complejos y no tienen como objetivo neutralizar una obsesión. Algunas personas presentan síntomas de TOC y trastorno de tics a la vez, lo que puede justificar el diagnóstico simultáneo de ambos trastornos.

Algunas actividades como comer (p. ej., trastornos alimentarios), el comportamiento sexual (p. ej., parafilias), el juego (p. ej., juego patológico) o el consumo de sustancias (p.ej., dependencia o abuso de alcohol), han recibido la calificación de compulsivas cuando se llevan a cabo de forma excesiva. Sin embargo, y según la definición recogida en el DSM-IV-TR, no pueden considerarse compulsiones, ya que la persona suele obtener placer a través de dichas actividades, por lo tanto, estamos ante un refuerzo positivo y no negativo tal y como ocurre en el TOC.

Cerca de la mitad de pacientes con TOC presentan rasgos de personalidad obsesiva compulsiva. Aunque el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad y el TOC comparten semejanzas nominales, las manifestaciones clínicas de estos trastornos son bastante diferentes. El trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad no se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones y en cambio implica un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro o más de los siguientes ítems (DSM-IV-TR, 2010):

1. Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objetivo principal de la actividad.
2. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de la tareas (p.ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).

3. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).
4. Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).
5. Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.
6. Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
8. Muestra rigidez y obstinación.

Si el individuo presenta síntomas de ambos trastornos, puede estar indicado el diagnóstico simultáneo de trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad y TOC. Respecto al estilo cognitivo de muchos pacientes obsesivos, se ha señalado que centran su atención rígidamente en áreas de interés muy focalizadas, y que tienen poca capacidad para pensar de forma flexible y creativa. El trabajo es su área favorita y no saben muy bien qué hacer en actividades de ocio poco estructuradas. Son características la duda y la indecisión y el temor a cometer errores, lo que les lleva a centrarse y sobrevalorar detalles innecesarios y a transferir a otros la responsabilidad de la toma de decisiones (Cruzado, 1993).

Las supersticiones y los comportamientos repetidos de comprobación son frecuentes en la vida cotidiana. En estos casos sólo debe considerarse el diagnóstico de TOC si aquéllos suponen una pérdida diaria de tiempo significativa o dan lugar a un acusado deterioro de la actividad global de la persona o a un malestar significativo.

2.9. Origen y mantenimiento

Un modelo explicativo general sobre el TOC puede verse en la figura 1 del Anexo. Este modelo es cognitivo conductual y vale para la mayoría de subtipos del TOC.

2.9.1. Modelo conductual

Los modelos conductuales del TOC han fundamentado los tratamientos de EPR, los cuales han alcanzado resultados altamente positivos. Un modelo puramente conductual considera que las obsesiones incrementan la ansiedad o el malestar, lo cual da lugar a conductas compulsivas y de evitación que si bien reducen la ansiedad a corto plazo, contribuyen a mantener las obsesiones. Más concretamente, los aspectos básicos que explican el TOC desde esta perspectiva son los siguientes (Cruzado, 2004):

1. Las obsesiones son pensamientos que están asociados a altos niveles de ansiedad, son estímulos condicionados. La ansiedad se habitúa si el sujeto se expone a ellos durante un tiempo suficientemente largo, pero las compulsiones impiden esta exposición prolongada.
2. Las compulsiones son conductas voluntarias, que permiten escapar o evitar la exposición a estos pensamientos, que son reforzados negativamente por el alivio de la ansiedad que proporcionan a corto plazo y por ello se mantienen, e impiden la revalorización y extinción de la ansiedad ante esos pensamientos.
3. Los pacientes aprenden conductas de evitación ante los estímulos o situaciones que pueden provocar las obsesiones, lo que disminuye la frecuencia de exposición a los pensamientos obsesivos.

Los rituales y la evitación hacen que la exposición a los pensamientos obsesivos sea corta y siempre coincidente con elevaciones del nivel de ansiedad, por lo que no es posible la habituación o extinción de la ansiedad a estos pensamientos, sino que la asociación entre estos pensamientos y las respuestas de ansiedad se hace mayor a medida que se producen las evitaciones.

2.9.2. Modelo cognitivo

Se han propuesto modelos teóricos cognitivos del TOC, para incorporar aspectos de creencias, valoraciones y procesos mentales, así como mejorar las técnicas de intervención y aplicar nuevos métodos que pudieran ser más efectivos.

Existen una serie de experiencias tempranas que predisponen al TOC. Entre estas se encuentran estilos educativos familiares con excesivo énfasis en la responsabilidad y el perfeccionismo, haber tenido modelos en la infancia con características obsesivo-compulsivas, formación moral rígida con una diferenciación inflexible entre lo que está bien y está mal, y la asociación causal entre el pensamiento de algo negativo y la ocurrencia de dicho evento.

Estas experiencias tempranas predisponen al TOC al favorecer una serie de creencias sobre el daño y la responsabilidad y sobre la naturaleza e implicaciones de los pensamientos intrusivos, de modo que contribuyen a la valoración negativa de estos pensamientos. Estas creencias pueden agruparse en distintas categorías:

- **Responsabilidad exagerada:** “si pienso que algo negativo puede ocurrir, debo actuar para prevenirlo”, “si no hago nada al respecto, será mi culpa si algo malo ocurre”.
- **Control absoluto sobre los pensamientos:** “si no controlo mis pensamientos, soy una persona débil”, “si no controlo los malos pensamientos, algo malo sucederá”. Se considera fundamental controlar los pensamientos indeseados para prevenir consecuencias indeseables para sí mismo u otros.
- **Sobrestimación de la importancia de los pensamientos:** “si tengo ciertos pensamientos es porque debo querer que sucedan”, “tener un pensamiento inaceptable hace más probable que suceda lo que se piensa” (fusión pensamiento-acción tipo probabilidad), “pensar en algo malo es tan inmoral como hacerlo” (fusión pensamiento-acción tipo moral).

- **Sobrestimación de la probabilidad y gravedad de consecuencias negativas, consideración de que la ansiedad causada por los pensamientos es inaceptable y/o peligrosa, intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo:** la certeza es necesaria para maximizar la predictibilidad y el control, y reducir así la amenaza. Respecto al perfeccionismo, tienen la creencia de que siempre hay una respuesta perfecta y de que incluso los pequeños errores no pueden ser tolerados porque pueden producir consecuencias terribles.

La teoría cognitiva del TOC parte del punto de vista de que las obsesiones tienen su origen en pensamientos intrusivos normales, que ocurren en casi el 90% de las personas de la población general, por lo tanto, la aparición de pensamientos intrusos de carácter más o menos desagradable es común en la mayor parte de la gente. La diferencia entre los pensamientos intrusivos normales y las obsesiones clínicas no reside tanto en su grado de control o en el contenido de los mismos, sino en el significado que la persona les otorga, significado que viene mediado por las creencias anteriormente señaladas. Los pacientes obsesivos interpretan que esos pensamientos les responsabilizan de ocasionar graves daños o perjuicios a otros o a ellos mismos, o bien, existe una fusión pensamiento-acción. En este sentido, cuando se valoran simplemente como pensamientos raros que no significan nada, su impacto es mínimo, pero cuando se sobrevalora su importancia se da una percepción de amenaza, percepción hacia la que existe un sesgo de atención y razonamiento.

La exageración de la responsabilidad, tiene importantes efectos en los pacientes:

- a) Aumenta el malestar, la ansiedad y la depresión,
- b) Hace más accesibles los pensamientos obsesivos y otras ideas relacionadas,
- c) Aumenta las respuestas neutralizadoras para intentar escapar o evitar la responsabilidad.

Estos efectos contribuyen no sólo a impedir la extinción de la ansiedad, sino al empeoramiento de los pensamientos intrusivos, además, la persona tiende a considerar aceptables las compulsiones, ya que estas reducen a corto plazo la ansiedad, el sentido exagerado de responsabilidad y previenen la autoculpabilización, por lo que tales conductas quedan fortalecidas por reforzamiento negativo.

Con relación al intento de suprimir o dejar de pensar en los pensamientos intrusivos, señalar que tal actividad tiene un efecto paradójico o rebote, de manera que cuanto más se intenta no pensar o suprimir una obsesión, con más frecuencia, intensidad y duración aparece, y más malestar provoca, especialmente cuando la persona se siente ansiosa, culpable o deprimida, por lo que se llega a un círculo vicioso de pensamiento negativo-neutralización.

2.9.3. Modelo biológico

Se reconoce una importante base biológica como explicación del TOC. Parece haber una contribución hereditaria, aunque se desconocen los genes implicados y el modelo de transmisión. La tasa de concordancia es superior en los gemelos homocigotos que en los dicigotos, además, un 10-12% de los familiares de primer grado de los pacientes con TOC presentan también este trastorno, y un 17% informa de rasgos obsesivos. Lo heredado parece ser la naturaleza del TOC, no los síntomas específicos. Así, un niño puede tener rituales de comprobación, mientras su madre se lava compulsivamente.

Los estudios de neuroimagen cerebral permiten proponer la existencia de una disfunción; el núcleo caudado (una parte de los ganglios basales) y ciertas partes de los lóbulos frontales funcionan anormalmente en los pacientes con TOC. Por otro lado, el metabolismo de la serotonina está alterado, ya que los fármacos tales como la clomipramina son altamente eficaces, aunque los datos no son del todo concluyentes.

Todos los factores mencionados anteriormente; contribución hereditaria, variables biológicas, experiencias tempranas, determinadas creencias; predisponen o hacen más vulnerable a la persona de cara al desarrollo del TOC, el cual, puede verse precipitado por la ocurrencia de eventos estresantes y estado de ánimo deprimido. En este sentido, el desarrollo del trastorno supone una cierta predisposición o vulnerabilidad tanto biológica como psicológica.

Una vez establecido el TOC, las obsesiones pueden ser disparadas por una serie de factores, como situaciones externas (p.ej., tener que dar la mano a una persona), recuerdos de algo que se ha hecho (p.ej., surgen dudas obsesivas sobre el contenido de una carta que se envió hace dos horas), sensaciones corporales (p.ej., mareo que hace

surgir la obsesión de si se tendrá cáncer). Otros factores que favorecen las obsesiones son los estados disfóricos, los acontecimientos estresantes, la lucha para no tener obsesiones y la autoobservación para ver si se está teniendo algún pensamiento obsesivo. La mayoría de personas con TOC tienden a evitar tanto como les son posibles los estímulos disparadores de sus obsesiones.

Los estados de ánimo negativos y acontecimientos estresantes no sólo están asociados a la aparición del TOC o del episodio actual, sino también al empeoramiento de los síntomas. Asimismo, se ha visto que aumentan la frecuencia y duración de las obsesiones, aumentan la probabilidad de valorar negativamente los pensamientos intrusivos, disminuyen la eficacia de la neutralización, aumentan la hipervigilancia hacia los estímulos desencadenantes y disminuyen la motivación o la capacidad para aplicar las estrategias aprendidas durante la terapia (Freeston y Ladouceur, 1997). Según estos autores, entre los acontecimientos estresantes que más frecuentemente afectan a pacientes con TOC se encuentran pequeños problemas cotidianos tales como ser criticado, estar enfermo, dormir poco, situaciones de posible rechazo, problemas de toma de decisiones, incapacidad de relajarse, demasiada responsabilidad, obligaciones sociales, visitas inesperadas, ruidos, demasiadas cosas que hacer, no tener tiempo suficiente, perder cosas.

No es raro que los familiares de pacientes con TOC lleven a cabo conductas de acomodación del trastorno que ayudan a mantenerlo. Posibles ejemplos son proporcionar tranquilización, esperar a que acabe los rituales, facilitar la evitación, facilitar las compulsiones, participar en las compulsiones, modificar la rutina familiar y asumir responsabilidades familiares del paciente.

2.10. Tratamiento

El abordaje del TOC ha sido tradicionalmente problemático, ya que los tratamientos del pasado sólo lograban mínimas y transitorias mejorías. El tratamiento del TOC tuvo un impulso significativo mediada la década de los 60 con la aplicación de los procedimientos de EPR. A partir de entonces, la aplicación de estas técnicas junto con la aplicación de fármacos efectivos, y más recientemente de las técnicas cognitivas han

logrado grandes éxitos terapéuticos. Todo ello ha permitido dejar de considerar al TOC una enfermedad crónica e incurable.

2.10.1. Tratamiento de exposición más prevención de respuesta

En la actualidad, EPR se considera el tratamiento de primera elección para el TOC. El programa de intervención consiste en la exposición repetida y prolongada en vivo y/o en imaginación a los estímulos externos e internos temidos y que producen malestar, incluidas las obsesiones y catástrofes anticipadas, al mismo tiempo que se bloquean las compulsiones manifiestas y/o encubiertas hasta que la ansiedad disminuye significativamente. De este modo, la exposición proporciona una información que desconfirma las asociaciones y creencias erróneas del paciente (p. ej., que sin rituales la ansiedad permanecerá y ocurrirán las consecuencias temidas) y promueve la habituación del malestar y la ansiedad; en consecuencia se reducen de modo estable las obsesiones y compulsiones.

El primer paso en la aplicación del tratamiento es proporcionar al cliente una explicación de su problema, los mecanismos causales que lo mantienen, el proceso de aprendizaje por el que se ha adquirido, así como una justificación y descripción detallada de la EPR. Al explicar el tratamiento se ha de enfatizar la dedicación, el esfuerzo y el autocontrol que debe asumir el paciente.

El terapeuta debe diseñar de conformidad con el paciente, el contenido de las escenas de exposición en vivo e imaginarias, la jerarquía de situaciones, objetos y pensamientos que producen ansiedad, así como los rituales que se deben impedir.

Los ítems para la exposición, es decir, objetos, situaciones o pensamientos evocadores de malestar y urgencias para ritualizar, se seleccionan según la ansiedad que producen y se ordenan jerárquicamente en orden ascendente, lo cual, se comentará con mayor detalle más adelante.

No sólo la terapia cognitiva tiene el objetivo de intentar modificar las cogniciones erróneas, sino también la EPR; lo que varía es el método utilizado. Antes y/o tras la exposición es habitual que terapeuta y paciente discutan de manera informal aspectos

como los riesgos implicados, la sobrestimación de su probabilidad y otros errores cognitivos (p. ej., igualar pensamiento con acción, responsabilidad exagerada). En cambio, en la terapia cognitiva se emplea el método socrático y/o la reestructuración cognitiva con los mismos fines. Hay que destacar que durante la exposición las discusiones informales no suelen llevarse a cabo o se limitan a un mínimo para evitar que tengan una función distractora e impidan que el paciente se concentre en lo que está haciendo. Cuando se intenten corregir las cogniciones erróneas, si el paciente pregunta si es totalmente seguro hacer algo, no se le debe dar seguridad absoluta, sino que se le comenta que la probabilidad de que suceda lo que teme es muy baja; el terapeuta también puede añadir que él haría la actividad, y puede de hecho modelarla.

Según varios estudios, la exposición sola o la prevención de respuesta funcionan peor que su combinación tanto a corto como a medio plazo; la exposición actúa principalmente sobre el malestar obsesivo y la prevención de respuesta sobre las compulsiones. La EPR es más eficaz, al menos en algunos estudios, cuando la atención se centra en los estímulos temidos que cuando se utiliza distracción.

2.10.1.1. Variaciones de la exposición más prevención de respuesta

Existen múltiples variaciones en la forma de llevar a cabo la EPR; exposición asistida por el terapeuta o autodirigida, prevención de respuesta total o parcial, exposición en vivo sola o combinada con exposición en imaginación, exposición más o menos graduada, etc. Los datos del metaanálisis de Abramowitz (1996) indican que en medidas de síntomas obsesivo-compulsivos y de ansiedad en general, la exposición asistida por el terapeuta funciona mejor que la autoexposición. Hay algún estudio que indica que la combinación de ambas es más eficaz para mantener las mejoras conseguidas. Además, la autoexposición permite la generalización de los resultados al medio del paciente sin la compañía del terapeuta y mejora el mantenimiento de los logros conseguidos.

La prevención de respuesta total es superior a la prevención parcial o ausente. Por otro lado, que la exposición sea gradual o de tipo inundación no parece afectar a los resultados, de todas formas, los pacientes prefieren el primer enfoque.

La combinación de exposición en vivo y en imaginación es mejor que la exposición en vivo sola en medidas de ansiedad y de síntomas obsesivo-compulsivos. La combinación de ambos métodos es particularmente útil para mantener los resultados en pacientes que temen no sólo experimentar una gran ansiedad, sino sufrir consecuencias catastróficas en caso de no llevar a cabo la compulsión. En estos casos, se les expone también en imaginación a las consecuencias temidas que disparan sus miedos y no sólo a las situaciones externas.

La exposición prolongada en imaginación o mediante cinta con bucle continuo a las obsesiones y consecuencias temidas más la prevención de las posibles compulsiones internas, se ha mostrado eficaz en pacientes que presentaban obsesiones sin compulsiones manifiestas. La exposición a las obsesiones también puede hacerse escribiendo aquellas y leyéndolas en voz alta.

La EPR aplicada en grupo funciona igual de bien que la individual, tanto a corto como a medio plazo, aunque esto sólo puede afirmarse por el momento para casos no muy graves y que no presentan comorbilidad. Además, la eficacia de la EPR en grupo no se ve afectada por el hecho de que los pacientes presenten obsesiones y compulsiones similares o no a la de otros pacientes del grupo.

La EPR prolongada a los estímulos temidos (p.ej., 80 minutos) es más eficaz que varias breves de la misma duración total (p. ej., 8 sesiones de 10 minutos). La pauta es prolongar la EPR hasta que la ansiedad y el deseo de llevar a cabo los rituales se reduzcan notablemente, lo cual suele requerir 60-90 minutos o incluso más.

Los clientes cuya pareja o familiares participan en el tratamiento mejoran más que lo tratados solos, además, esta mejora crece durante el seguimiento. La colaboración de la familia y el empleo del reforzamiento positivo es especialmente importante en el caso de los niños. Cuando los familiares participan reciben información sobre el trastorno y sobre cómo ayudar al paciente en la aplicación de la EPR. Se busca que los familiares sepan evitar un estilo acomodatorio ante el trastorno y que sepan manejar sus emociones de culpa y enfado. La participación de la pareja reduce el malestar marital preexistente.

Suele requerirse un promedio de 20 sesiones. El aumento de sesiones más allá de las 20 no supone una mejora significativa. Por otro lado, la duración de las sesiones se sitúa

entre 1 y 2 horas. En general, las sesiones con un tiempo inferior a 1 hora no son aconsejables porque no es suficiente para que se produzca la habituación de la ansiedad, por lo que se prefieren sesiones largas a cortas. Hay que tener en cuenta que la duración del tratamiento es mayor en los casos que presentan comorbilidad con otros problemas.

En cuanto a la periodicidad de las sesiones, se considera que en los casos graves es preferible que sean diarias (práctica masiva). En casos clínicos de gravedad media o ligera con pocos rituales, las sesiones podrían ser de 2 o 3 por semana. Si el paciente manifiesta varios rituales y varias fuentes de ansiedad, el tratamiento debe dirigirse a la obsesión principal, y trabajar en ella el tiempo necesario para conseguir una disminución notable, posteriormente, se puede abordar la segunda en importancia y alternar el tratamiento de ambas obsesiones.

2.10.1.2. Exposición en vivo

El programa de exposición en vivo consiste en presentar al paciente una jerarquía de las situaciones y estímulos que le producen miedo y ansiedad. Más que el número de situaciones, lo importante es que estas representen las principales dificultades del paciente y que se incluyan las situaciones particularmente perturbadoras. Identificadas las situaciones, estas se ordenan gradualmente según su nivel (0-100) de unidades subjetivas de ansiedad (USAs), es decir, el paciente valora cada situación de 0 a 100 en función del nivel de ansiedad que le produce cada una de ellas. Las situaciones son ordenadas jerárquicamente y aquellas que producen el mismo nivel de perturbación se agrupan juntas.

La primera situación a trabajar es una moderadamente difícil (40-50 USAs); luego se va procediendo gradualmente hasta el ítem final (100 USAs). Comenzar por situaciones de sólo 10-20 USAs tiene el inconveniente de que al paciente le resulta difícil observar el proceso de habituación, aunque puede ser necesario con clientes que toleran mal la ansiedad. El ítem más perturbador debe ser planteado y afrontado cuando hayan transcurrido un tercio de las sesiones.

Cada ítem se trabaja dentro de una sesión hasta que la ansiedad se reduce considerablemente (40-50%); comprobándose cada 5-10 minutos el nivel de USAs

experimentado. Es importante durante la primera sesión de exposición y siguientes, registrar los niveles de ansiedad del cliente cada 5 minutos, y después mostrárselos, para que pueda observar que lo normal es que la ansiedad suba en principio hasta un cierto nivel, se estabilice y después descienda. Un ítem se da por superado cuando sólo produce un malestar bajo durante dos días seguidos.

Es útil repetir al inicio de cada sesión, el último ítem trabajado en la sesión anterior, para determinar en qué grado persiste la reducción del malestar. Lo usual es que el nivel de ansiedad haya aumentado algo respecto al fin de la exposición previa, pero que no sea tan elevada como al comienzo de la exposición anterior. Cuando se alcanza un nivel de 20.25 USAs, se introduce el siguiente ítem de la jerarquía.

Algunos miedos obsesivos (p. ej., a contaminarse) pueden trabajarse fácilmente en consulta porque los elementos temidos están presentes en esta o pueden traerse a la misma. Sin embargo, en la mayoría de los casos la exposición tendrá lugar en el entorno natural. Es importante que el terapeuta o una persona entrenada estén presentes durante las primeras exposiciones para prevenir las conductas defensivas del paciente y asegurar que la EPR se lleva a cabo correctamente.

A la hora de llevar a cabo las exposiciones, conviene estar al tanto de las conductas sutiles de evitación, como por ejemplo, un paciente que toca con la mano un objeto temido, evita hacerlo con ciertos dedos.

En las primeras sesiones o en los ítems más difíciles, es normal que el terapeuta modele la actividad de exposición antes de que la lleva a cabo el cliente. Durante la exposición, la conversación se centra en las reacciones del cliente (sentimientos, sensaciones, preocupaciones, interpretaciones, creencias, imágenes, posibles compulsiones) para facilitar el procesamiento emocional de aquellos elementos que provocan malestar; sin embargo, no se intentan reestructurar las cogniciones negativas.

Para facilitar la generalización, el paciente debe practicar por su cuenta entre sesiones, actividades que generen un nivel similar de ansiedad a las practicadas en la sesión.

2.10.1.3. Exposición en imaginación

En la exposición imaginaria el paciente imagina contenidos que provocan obsesiones y malestar, y no intenta reducir este malestar retirándose de la situación (p. ej., dejando de imaginar o cambiando el contenido) o empleando rituales.

Este tipo de exposición se ha de incluir en tres condiciones: 1) cuando el miedo obsesivo se compone de imágenes mentales más que de sucesos externos, 2) el paciente informa de un gran miedo de consecuencias desastrosas si no lleva a cabo la ritualización y 3) la sola exposición en vivo no permite un acceso completo a las obsesiones.

El material utilizado para provocar las imágenes correspondientes puede presentarse a través de distintos medios: descripción verbal o escrita por parte del terapeuta, grabaciones hechas por el cliente, fotos o diapositivas, cintas de video. Lo importante no es el medio, sino que el material esté bien seleccionado y sea presentado de tal manera que provoque el malestar obsesivo. Ahora bien, el medio más recomendado es la descripción verbal por parte del terapeuta.

Se instruye a los pacientes a que imaginen el contenido de las descripciones verbales tan vívidamente como sea posible y a que las sientan como si realmente estuvieran en esa situación concreta. El contenido de la escena debe incluir los siguientes elementos: 1) una descripción detallada de la situación contextual (elementos del ambiente, lo que el paciente dice o hace). Lo importante no es incluir detalles per se, sino aquellos que activen el malestar obsesivo, 2) las consecuencias temidas, 3) las reacciones físicas y las clases de pensamiento que el paciente suele experimentar al tener sus obsesiones ante esa situación.

La exposición en imaginación procede de la misma manera que la exposición en vivo, es decir, identificadas las situaciones ansiógenas, éstas se ordenan jerárquicamente en función del nivel de ansiedad o malestar que provocan en el paciente (USAs). La escena ha de continuar hasta que la ansiedad llegue a estar por debajo de 25 USAs o por debajo de la mitad del nivel inicial, lo cual, requiere un mínimo de 45 minutos. Durante la exposición se pregunta al paciente cada 5 minutos por su nivel de USAs de 0 a 100 y cada 15 minutos por el nivel de viveza de la imagen de 0 a 100 también. Si el paciente

no experimenta malestar o no imagina vívidamente la escena, hay que interrumpir el procedimiento y examinar qué pasa. En este caso también conviene representar gráficamente la evolución de los niveles USAs a lo largo de la sesión y entre sesiones para que el paciente pueda ver el progreso.

Cada una de las escenas se presenta dentro de una sesión. La sesión se graba en una cinta de audio para que el paciente pueda utilizarla en sus exposiciones imaginales en casa. Es importante remarcar que se trata de imaginar tan vívidamente como sea posible, no de escuchar la cinta.

2.10.1.4. Prevención de respuesta

La prevención de respuesta es un procedimiento empleado para bloquear los rituales. No obstante, esta prevención no debe conseguirse mediante imposición o restricción física por parte de otros, sino que el terapeuta debe convencer al paciente de la necesidad de abstenerse de las compulsiones explicándole las razones de esto y discutiendo actividades alternativas que puede llevar a cabo cuando el deseo de realizar los rituales sea muy fuerte. Estas actividades deben ser incompatibles con el ritual y pueden incluir pasear, hacer ejercicio, hacer trabajos manuales, escuchar música.

Cuando se trata de prevenir compulsiones internas, se ha de identificar alguna actividad atrayente que la persona pueda llevar a cabo para no realizar el ritual mental, como por ejemplo resolver problemas matemáticos, hacer crucigramas. La actividad debe seguir hasta que el impulso para realizar el ritual se haya reducido notablemente.

Conviene que el paciente lleve un autoregistro donde anote tanto los deseos de realizar las compulsiones como las faltas a la reglas de prevención; en este último caso debe describir el ritual y la duración del mismo. Inicialmente, se le pide que deje de hacer cosas que la gente hace normalmente (p. ej., no lavarse cuando se está sucio o no comprobar cosas que normalmente se comprueban), ya que la finalidad inicial es reducir los síntomas del TOC, no comportarse de entrada como el resto de la gente.

No es infrecuente que al eliminar los rituales aparezcan otros rituales o conductas sutiles de evitación, como por ejemplo, se pasa a utilizar alcohol o colonia en vez de lejía para esterilizar las cosas.

Con el objeto de ayudar a cumplir a los pacientes con la prevención de respuesta se ha de contar con los miembros de la familia o amigos. Muchas veces, estas personas acaban acomodándose a las conductas de evitación y rituales del paciente; por ejemplo, pueden lavarse más de lo necesario o evitar tocar ciertos objetos ante la petición de la persona con miedo a contaminarse. Estas conductas de acomodación deben ir siendo eliminadas.

2.10.2. Tratamiento de las obsesiones sin conducta compulsiva manifiesta

El caso más complejo de tratar es el que la evitación y la actividad compulsiva se dan de forma encubierta, por lo que se confunden las obsesiones y las compulsiones. Este patrón puede coexistir junto con otros rituales manifiestos. Las principales dificultades para el tratamiento consisten en lo siguiente: a) los rituales cognitivos y la evitación son difíciles de identificar, acceder y controlar, b) el contenido de las obsesiones y la neutralización algunas veces son idénticos (p. ej., el mismo pensamiento obsesivo debe repetirse un número de veces para neutralizarlo), c) las conductas encubiertas son portátiles, pueden suceder en cualquier situación, y las situaciones sociales no las obstaculizan tanto como a las conductas manifiestas y se dan con alta frecuencia, d) la supervisión externa de la exposición es mucho más difícil.

Para llevar a cabo el tratamiento adecuado de este problema, existen dos principales métodos de tratamiento: a) habituación, mediante exposición y b) detención del pensamiento.

2.10.2.1. Entrenamiento en habituación

Este método es una adaptación de la EPR al tratamiento de las obsesiones puras. En las obsesiones sin compulsiones manifiestas, la exposición es a los pensamientos,

siendo estos más difíciles de predecir que los estímulos externos que se usan con las obsesiones y compulsiones manifiestas.

Para presentar estos pensamientos repetidamente de una forma predecible, son posibles varias estrategias: 1) evocación deliberada; donde el paciente forma el pensamiento negativo y lo mantiene hasta que el terapeuta se lo dice, repitiéndoselo varias veces, 2) poner por escrito el pensamiento repetidamente, 3) oír una cinta de casete conteniendo estos pensamientos, grabada con la misma voz del paciente. La cinta puede tener de 10 segundos a 6 minutos de duración, y en ningún caso debe contener pensamientos neutralizantes, por lo tanto, la intervención consiste en la exposición en cinta a los pensamientos negativos sin neutralizar. En cada presentación, se tasa el malestar y la urgencia de neutralización en una escala del 0 al 10. Después de oír la cinta, se discute cualquier urgencia de evitar o neutralizar, y se aportan estrategias si alguna vez ocurre esta neutralización; igual que se hace en la EPR en las obsesiones y compulsiones manifiestas.

En los casos en que el bloqueo de la neutralización encubierta es un problema, se puede poner la cinta de modo que los pensamientos ocurran con una frecuencia o de forma que sea imposible la neutralización, por ejemplo, usando intervalos cortos entre los pensamientos, diferentes pensamientos en cada canal de audio. La persona debe practicar por sí misma con la cinta en casa. Cuando el paciente puede oír la cinta sin neutralizar y con sólo un nivel de ansiedad mínimo, se repite el proceso con un nuevo pensamiento. Después de que el paciente se ha habituado a uno o dos pensamientos, se suele producir una generalización a otros pensamientos.

2.10.2.2. Detención o parada del pensamiento

El objetivo de la técnica es reducir la frecuencia y duración de los pensamientos intrusivos sin usar la neutralización, haciéndolos así más normales.

La técnica consiste en entrenar a la persona a que cuando aparezca el pensamiento obsesivo se aplique un estímulo que detenga el pensamiento perturbador y sirva para iniciar un comportamiento alternativo. Los experimentos controlados no han permitido avalar esta técnica como un procedimiento eficaz, si bien es útil tras haber aplicado los

tratamientos de exposición o farmacológicos, una vez que las obsesiones son más débiles y en este caso sirve para aumentar la generalización y el mantenimiento de las ganancias terapéuticas.

2.10.3. Terapia cognitiva

La adición de la terapia cognitiva a la EPR no ha aumentado la eficacia de esta ni a corto ni a medio plazo, aunque el empleo de la reestructuración cognitiva reduce el número de abandonos.

En este sentido, las técnicas cognitivas y cognitivas-conductuales en el TOC se utilizan de tres formas: 1) como medio para facilitar la exposición modificando creencias relacionadas con el poder de los pensamientos para causar acciones, la responsabilidad exagerada y las consecuencias de la ansiedad, 2) como suplemento de la exposición para integrar la información aportada por la exposición, estimular la generalización y crear las condiciones que minimicen las posibilidades de recaída, 3) está indicada para los pacientes que rechazan o abandonan la EPR o no responden a la misma y para aquellos que sólo presentan obsesiones puras sin compulsiones manifiestas, aunque en este último caso también es útil la EPR, y 4) la terapia cognitiva permite abordar la depresión que frecuentemente presentan los pacientes con TOC.

La EPR es vista no sólo como un medio para facilitar la habituación de la ansiedad, sino principalmente como un experimento conductual que permite someter a prueba las valoraciones e interpretaciones de los pensamientos intrusivos y las predicciones realizadas (p. ej., “si pienso en esto, sucederá”, “la ansiedad no se reducirá nunca”). La reestructuración cognitiva es especialmente útil cuando la exposición no permite comprobar si lo que se teme es cierto o no, como por ejemplo, obsesiones blasfemas que llevan a la persona a temer que se le condenará si nos las neutraliza

2.10.3.1. *Intervención en disfunciones cognitivas específicas*

A continuación se comenta las creencias y valoraciones fundamentales en el TOC, y sus respectivas intervenciones cognitivas:

➤ **Sobrestimación de los pensamientos**

Comprende el pensamiento cartesiano distorsionado, dos formas de fusión pensamiento-acción (fusión pensamiento-acción moral y probabilística), y el pensamiento mágico o supersticioso.

- ✚ **Razonamiento cartesiano distorsionado.** Este error está basado en la idea simple de que la mera presencia de un pensamiento, le otorga una gran importancia (p. ej., debe ser importante porque pienso acerca de ello y pienso acerca de ello porque es importante). Otras variantes incluyen “si pienso en ello, significa que secretamente lo quiero” o “pensar esto refleja mi verdadera naturaleza”, como por ejemplo “si me vienen pensamientos de matar a mi hijo, es porque realmente lo deseo, mi verdadera naturaleza es la de un asesino”.

Se ha de explicar al paciente que intentar suprimir un pensamiento indeseado hace que se dé con más frecuencia. Se pueden planificar experimentos conductuales para comprobar los efectos de rebote o aumento en los días siguientes, usando un autoregistro del pensamiento indeseado. Así, se elige un pensamiento poco importante y se le somete a la tarea de supresión (durante los siguientes 5 minutos no pensar en ello) y se registran sus efectos en la frecuencia a continuación.

Para desafiar la creencia “es importante porque pienso en ello”, se pueden utilizar métodos de registro de pensamientos para mostrar que suceden muchos pensamientos sin importancia. Por último, se han usado experimentos atencionales para comprobar que decidir arbitrariamente que algo es importante hace que aumente su notabilidad y el grado de preocupación.

- ✚ **Fusión pensamiento-acción probabilística.** El supuesto disfuncional es el de que los pensamientos pueden aumentar la probabilidad de un suceso o incluso llegar a causarlos. Esta creencia se puede desafiar mediante experimentos conductuales. Por ejemplo, el paciente puede comprar un

billete de lotería y pensar repetidamente durante media hora diaria a lo largo de la semana que le tocará. O bien, se puede fijar en un electrodoméstico en buen estado y pensar 100 veces diarias en que la próxima semana se romperá, y comparar el resultado con la predicción.

- ✚ ***Fusión pensamiento-acción moral.*** Se basa en la idea de que pensar algo es tan malo como hacerlo. El supuesto disfuncional es que algunos pensamientos son inaceptables y son moralmente equivalentes a realizar la acción. Este tipo de creencias se puede modificar proporcionando nueva información relacionada con el pensamiento negativo, y distinguiendo entre pensamiento y acción, de manera que la ocurrencia de pensamientos no se relacionan con la moralidad, pero elegir actuar de una manera u otra sí.

Una forma particularmente eficaz de normalizar los pensamientos es pedir a la gente que hable con personas en quien confía sobre los pensamientos extraños que tiene. La técnica del continuo puede emplearse también para desafiar la creencia de que pensar algo es tan malo como hacerlo. Se pide al paciente que dibuje una escala de 0 (la persona más moral) a 100 (la persona más inmoral) y que califique cuán inmoral es por tener su pensamiento obsesivo. Luego, se le pide que califique la moralidad de otras acciones (p. ej., violar a una mujer, tirar a un niño a la basura, matar a un familiar) y que vuelva a juzgar la inmoralidad de su pensamiento obsesivo en comparación a estas acciones

- ✚ ***Pensamiento mágico o supersticioso.*** En este caso se da una fuerte fusión entre pensamiento y acción, por ejemplo, ciertos números pueden asociarse con seguridad o peligro. Esto conduce a la repetición de las acciones de neutralización un número seguro de veces o a la evitación de objetos, acciones o situaciones que contienen un número peligroso. Lo mismo sucede con letras y colores. Una posible solución es centrarse en la naturaleza arbitraria de las asociaciones entre el número o letra y la seguridad o el peligro.

➤ **Responsabilidad**

Cuando los pacientes presentan una responsabilidad excesiva, se puede realizar un contrato de responsabilidad temporal al terapeuta, el cual, se responsabiliza de cualquier daño que ocurra durante un periodo especificado. Se registran los pensamientos, conductas y reacciones del paciente y se comparan con las de un período similar en que la responsabilidad se vuelve a transferir al paciente. Se pueden abordar dos aspectos de la responsabilidad: 1) la sobrestimación de la cantidad de responsabilidad, y 2) la sobrestimación de las consecuencias percibidas de haber sido responsable de algo.

La técnica del gráfico es una de las técnicas más útiles para trabajar la sobrestimación de la cantidad de responsabilidad. En términos generales, el paciente enumera todos aquellos factores que pueden afectar a la ocurrencia del evento temido, posteriormente, la persona valora su grado de responsabilidad en tal ocurrencia, y estima el peso de cada factor. El resultado es que el paciente califica su grado de responsabilidad mucho más baja que el resto de factores.

Para cuestionar la sobrestimación de las consecuencias percibidas de haber sido responsable de algo, se puede emplear la técnica del doble criterio. El terapeuta pide al paciente si consideraría a otra persona culpable si el suceso le ocurriese a ésta y que compare esto con lo que piensa cuando le ocurre a él. Por ejemplo, se le puede preguntar qué haría si una amiga tuviera un hijo con cáncer, ¿le culparía por ello? Normalmente, el paciente es más benigno con la otra persona que con él mismo, por lo que se le debe hacer explícito el doble criterio e investigar las razones para mantenerlo.

Otra estrategia que puede utilizarse para cuestionar la responsabilidad excesiva es simular un juicio, en el que el paciente actúa como un abogado de la acusación y/o de la defensa. Es más difícil para el paciente ser el abogado de la acusación porque los únicos datos de culpa que tiene son subjetivos (sus propios sentimientos), mientras que lo que se le solicita es probar la culpabilidad mediante argumentos sólidos (p. ej., ¿dónde están los hechos?). Cuando el paciente interpreta los dos papeles, considera y compara dos puntos de vista opuestos, por eso le es más fácil modificar su valoración. El papel del terapeuta es hacer de juez y cortar toda aportación de datos inadmisibles, como rumores o argumentos irracionales.

➤ **Perfeccionismo**

Las valoraciones perfeccionistas se basan en la idea de que puede existir un estado perfecto. Las obsesiones de simetría, completar y buen arreglo o colocación son modos muy bien conocidos de perfeccionismo en el TOC. Otras formas observadas incluyen la necesidad de certidumbre o la necesidad de saber y de control.

Los experimentos conductuales son útiles para cuestionar las actitudes perfeccionistas. La persona puede cometer deliberadamente un pequeño error, cambiar un hábito rígido o provocar situaciones ambiguas, y luego comparar los resultados reales con las consecuencias negativas predichas.

Cuando se trabaja con pacientes que tienen actitudes perfeccionistas, es importante ser flexible en las actividades entre sesiones. Es difícil que el paciente vea que buscar la perfección es contraproducente si al mismo tiempo el terapeuta exige normas de cumplimiento elevadas. Para evitar la autocrítica, la desmoralización y el abandono de las actividades, el éxito debe definirse en términos de esfuerzo. Algunos pacientes se fijan metas excesivas (p. ej., dejar de tener obsesiones), por lo que es necesario remarcar la imposibilidad de dichas metas y situar las expectativas excesivas dentro del contexto de un perfeccionismo contraproducente.

➤ **Interpretación exagerada de las amenazas**

La exageración de la probabilidad y gravedad de los resultados negativos es una característica general de los trastornos de ansiedad. Aunque no es una característica específica del TOC, es útil cuestionar la interpretación exagerada de la amenaza y predecir consecuencias más realistas para facilitar la exposición y los experimentos conductuales.

El paciente sobrestima las probabilidades de peligro, por ejemplo, “si toco a un vagabundo, cogeré una enfermedad”. Una técnica que puede utilizarse es calcular la probabilidad de la catástrofe. En este procedimiento, la estimación de la probabilidad original del paciente se compara con la estimación basada en un análisis de la secuencia de sucesos que conducen a la catástrofe. Se estima la probabilidad de cada suceso por

separado y posteriormente se calcula la probabilidad acumulada de que suceda la catástrofe temida. El resultado es que la estimación del paciente es mucho más elevada que la probabilidad real de que suceda.

Por otro lado, el paciente sobrestima las consecuencias de peligro. Para obtener datos empíricos de la estimación de las consecuencias, el paciente puede pedir información a un experto. Es importante obtener información de lo que es esperable que suceda, no de lo que podría llegar a suceder.

➤ **Consecuencias de la ansiedad**

Las personas que tienen TOC suelen tener creencias acerca de que la ansiedad provocada por los pensamientos es inaceptable o peligrosa, y que les impide funcionar correctamente. La preocupación puede ser acerca de las consecuencias inmediatas de la ansiedad o centrarse en algún momento futuro. Estas creencias sobre las consecuencias de la ansiedad son importantes en el mantenimiento del TOC, ya que conducen a conductas de neutralización y evitación, y por lo tanto, impiden el éxito de la terapia de exposición.

En este sentido, al paciente se le debe proporcionar información sobre la ansiedad y sus consecuencias. Asimismo, se pueden analizar todas las ocasiones anteriores en las que la persona estuvo ansiosa y no siguió funcionando correctamente sin perder el control. Pueden aplicarse técnicas de inducción a la ansiedad, como un experimento conductual para demostrar, que síntomas tales como la despersonalización, percepciones visuales distorsionadas, etc., son síntomas típicos de ansiedad aguda. Una vez que está ansioso, se le pide que “pierda el control”, lo que le conduce a la conclusión de que no puede hacerlo. Estas intervenciones centradas en el papel de la ansiedad, más que en los pensamientos como tales, permiten luego la exposición al pensamiento y a sus consecuencias dramáticas.

2.10.4. Tratamiento farmacológico

Los fármacos utilizados con mayor frecuencia en el tratamiento del TOC son los inhibidores de la recaptación de serotonina, que actúan haciendo más disponible este neurotransmisor a las células receptoras y prolongando sus efectos. Hay cinco fármacos que se han mostrado útiles: la clomipramina (anafranil), fluvoxamina (luvox), fluoxetina (prozac), sertralina (zoloft) y paroxetina (paxil). La clomipramina posee la mayor garantía de eficacia, es el fármaco más aplicado para el TOC y el más estudiado a lo largo del tiempo en distintos países.

Estos fármacos funcionan como antidepresivos, y cada uno de ellos tiene efectos colaterales, entre los que se incluyen efectos sexuales negativos que pueden ir desde disminuir el deseo sexual a un retraso o una completa incapacidad para la erección o el orgasmo, náuseas, problemas del sueño, problema de memoria, etc.

La medicación puede ser muy beneficiosa en casos en los que están presentes altos niveles de depresión o ideas sobrevaloradas; así como en casos graves de TOC donde la importancia del alivio de síntomas de forma rápida es importante. La medicación puede controlar los síntomas de forma inmediata, proporcionando al paciente una primera sensación de control y permitiéndole que centre su atención en el tratamiento psicológico. Posteriormente, a medida que progresa el tratamiento psicológico se puede ir reduciendo la medicación según aconseje el Psiquiatra. Ahora bien, hay que tener en cuenta que la retirada del fármaco tras la fase aguda del tratamiento (10-12 semanas) lleva a la reaparición de los síntomas en la inmensa mayoría de los casos, cuando la discontinuación del fármaco se hace de forma rápida. En este mismo sentido, las recaídas parecen ser frecuentes cuando después de varios años de medicación en dosis bajas, la persona deja definitivamente el fármaco. A pesar de esto, es frecuente la combinación de fármacos con el tratamiento psicológico.

2.10.5. Terapias de conducta de tercera generación

Durante décadas los psicólogos clínicos han desarrollado procedimientos para extinguir, disminuir y/o cambiar los pensamientos intrusivos, como por ejemplo, la detención de pensamiento, la distracción o la reestructuración cognitiva. Sin embargo,

hoy en día estas técnicas han sido cuestionadas tanto desde la investigación básica, con experimentos sobre supresión de pensamiento, como desde el campo clínico aplicado. Como alternativa, las terapias de conducta de tercera generación proponen recurrir a los métodos de aceptación y Mindfulness ante la aparición de este tipo de pensamientos, las cuales, están consiguiendo resultados muy prometedores.

Dentro de las terapias de tercera generación, además de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia con base en la Atención Plena o Mindfulness (MBCT), también se encuentra la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP), la Terapia de Activación Conductual (BA), la Terapia Integral de Pareja (IBCT) y la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT).

La necesidad de control mental es un motivo común de malestar y la motivación que conduce a muchas personas a las consultas psicológicas. Como ya se comentó anteriormente, no es tanto la frecuencia de los pensamientos negativos lo que tiene que ver con la aparición o el mantenimiento del TOC, sino su relación con emociones displacenteras lo que llevaría a un esfuerzo crónico por librarse de ellos y a una mayor sensación de fracaso al no alcanzar este objetivo. Justamente, focalizarse sobre esos esfuerzos y verlos como el problema es una de las claves de las terapias de conducta de tercera generación.

Las estrategias encaminadas a librarse de los pensamientos incómodos llevan a resultados paradójicos, que consisten en un incremento en la tasa e intensidad de esos pensamientos que tratan de evitarse, ya que el esfuerzo por no estar en contacto con ellos genera un círculo vicioso de expectativas frustradas y mayor estrés ante su reaparición. Por este motivo, las terapias de aceptación y Mindfulness se presentan como un enfoque alternativo para el manejo de los pensamientos y recuerdos indeseados. A continuación, se explica brevemente en qué consiste cada una de estas terapias.

2.10.5.1. Terapia de Aceptación y Compromiso

La ACT se encuadra dentro del conductismo radical, que considera las cogniciones como conductas y, como tales, sujetas a las mismas leyes que cualquier otro

comportamiento. De manera que lo importante para ella no es el contenido de los pensamientos, sino la función que tienen en el contexto en el que se dan. Por eso, apenas emplea la reestructuración cognitiva, porque su intención principal no se dirige a eliminar, reducir o cambiar el contenido de los pensamientos, sino que modifica la función que tienen e intenta conseguir un distanciamiento de la persona respecto a ellos de modo que ésta pueda orientarse a sus valores.

Dentro de las figuras psicopatológicas consideradas por la ACT, destaca el trastorno de evitación experiencial (TEE), que consiste en evitar los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones que resultan desagradables (experiencias internas) e intentar cambiar la forma o la frecuencia de esos contenidos y el contexto que los ocasionan, sin tener en cuenta las consecuencias a largo plazo de las evitaciones. Esta dimensión podría integrar una gran variedad de diagnósticos, entre los que se incluye el TOC y los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos, la anorexia, la bulimia, el trastorno por estrés postraumático, entre otros.

Desde este modelo, la alternativa ante los pensamientos intrusivos o ante cualquier otra experiencia interna desagradable, es la aceptación incondicional de los mismos, sean como sean de frecuentes o intensos y sea cual sea su contenido. Ahora bien, no se trata de una aceptación pasiva, de una resignación ante el síntoma, sino del abandono de aquellos intentos de cambiar los pensamientos que llevan a bloquear la vida. Para ello, el terapeuta utiliza algunos procedimientos básicos como la aceptación, la defusión cognitiva, el estar presente, el descubrimiento del yo como contexto, el trabajo con los valores y la acción comprometida. A su vez estos procesos se facilitan por medio de ejercicios vivenciales, metáforas y paradojas.

La defusión cognitiva es un componente de la ACT especialmente relacionado con el manejo de los pensamientos intrusos. Una de sus metas consiste en lograr la desliteralización de las palabras-conceptos, es decir, hacer ver que los pensamientos son sólo pensamientos o sólo recuerdos, y que no deben confundirse con sus referentes, es decir, sucesos reales presentes que imposibilitan actuar de acuerdo con los valores de la persona. Este proceso de desliteralización se puede lograr por varios métodos, como por ejemplo pensar de la siguiente manera, “estoy pensando que soy un idiota”, en vez de creer taxativamente “soy un idiota”. Tales actitudes conducirán a una actitud más

objetiva y distanciada respecto a los pensamientos, como si fuera un mero espectador de sus propios pensamientos. Así, la defusión conduce a disminuir la credibilidad o el apego a los pensamientos, aunque no necesariamente altera su frecuencia.

En términos generales, la ACT intenta disminuir los comportamientos de evitación de manera que la persona se dirija hacia sus valores a través de acciones concretas, independientemente de los síntomas; ya que lo importante no es el síntoma en sí mismo, sino lo que la persona hace con él.

2.10.5.2. *Mindfulness o Atención Plena*

Se trata de un procedimiento que tiene sus raíces en la meditación de tradición budista Zen, por lo tanto, no sería tanto una técnica que se lleva a cabo en un momento particular, sino una actitud que abarcaría todo el tiempo y que se correspondería con una forma de estar y de contemplar el mundo.

Las características del Mindfulness como técnica poseería las siguientes características: a) centrarse en el momento presente, b) apertura a la experiencia y a los hechos, sin interpretaciones o mediaciones del lenguaje, c) aceptación incondicional y no valorativa de la experiencia, d) elección de las experiencias en que centrarse, mirar o actuar, y e) renuncia al control directo de las experiencias internas (emociones, sentimientos, pensamientos) para permitirles ser tal cual son, sin pretender cambiarlas.

En este sentido, el Mindfulness o atención plena, es una conciencia centrada en el presente, no interpretativa ni enjuiciadora, en la que cada pensamiento, sentimiento o emoción que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado como tal.

Para mantener la conciencia en lo que ocurre “aquí y ahora”, la persona debe tomar cierta distancia sobre sus contenidos mentales, contemplándolos como un testigo imparcial. Esta observación de la mente, como función meta-cognitiva, permite reconocer pensamientos o sentimientos propios como acontecimientos mentales, en vez de como parte del yo.

El Mindfulness favorecería un distanciamiento del contenido del pensamiento, y por lo tanto, una menor credibilidad del mismo, lo que conduciría a verse menos afectado

por su presencia. Es importante señalar, que al igual que sucede con la ACT, el Mindfulness no predice que los pensamientos intrusos serán menores, sino que la vivencia y el apego a éstos será distinto.

En este sentido, ante la aparición de pensamientos negativos intrusos se invita al paciente a atender a la experiencia presente y percatarse de lo que se está haciendo y de lo que se tiene alrededor, focalizándose en lo que llega de los sentidos. La práctica de la atención plena requiere entrenamiento, y como cualquier otra habilidad psicológica mejora con la práctica.

A través de numerosos estudios se ha comprobado que el desarrollo de esta conciencia disminuye el malestar psicológico, y que esa reducción se debe principalmente a reducciones en las escalas de depresión, hostilidad, ansiedad y somatización. Mantener la conciencia en el momento presente puede prevenir actitudes de tipo rumiativo, en las que se reflexiona de forma obsesiva sobre hechos negativos del pasado, evitando así cuadros de ansiedad y depresión.

Por otro lado, el componente de apertura y aceptación hacia la realidad permite una mayor conciencia de las sensaciones y emociones negativas, lo que facilitaría la autorregulación, resultando en un mayor bienestar. En este sentido, la aceptación del componente negativo de algunas experiencias, sin la necesidad de querer cambiarlas, favorecería la flexibilidad psicológica, la capacidad de conectar con el momento presente y orientar el comportamiento para alcanzar el fin deseado. La combinación de conciencia plena y flexibilidad psicológica favorecería un cambio de actitud que incorporaría estrategias más adaptativas de afrontamiento al malestar psicológico.

3. FOBIA ESPECÍFICA

3.1. Introducción

El miedo es uno de los fenómenos más universales, es una experiencia muy común presente no sólo en los seres humanos, sino también en cualquier animal. Asimismo, el miedo tiene un importante valor adaptativo y funcional para la supervivencia de la especie. Cuando hablamos de miedo adaptativo nos referimos a un conjunto de

sensaciones que se ponen en marcha como respuesta normal ante peligros reales, como por ejemplo el miedo que experimenta una persona cuando le roban con un arma blanca. En este mismo sentido, los niños experimentan numerosos y diversos miedos a lo largo del desarrollo, la mayoría de ellos suelen tener carácter transitorio y de aparición específica a una determinada edad, remitiendo con el mero paso del tiempo, por lo tanto, se trata de miedos innatos, no aprendidos y dependientes de la etapa de desarrollo (p. ej., miedo a los extraños), estos son los denominados miedos evolutivos o normales.

Sin embargo, en ocasiones, algunos de estos miedos se mantienen, aumentan su intensidad y no remiten con el paso del tiempo, necesitando así una intervención psicológica para hacerlos desaparecer. Además, estas sensaciones se experimentan en situaciones que no suponen una amenaza real (p. ej., cuando la persona ve un gato), por lo tanto, el miedo en estas situaciones pierde su valor adaptativo y funcional. En estos casos se habla de miedos clínicos o fobias, las cuales, son respuestas aprendidas.

Dado que una fobia es una forma especial de miedo, una de las dificultades diagnósticas más evidentes tiene que ver con el establecimiento de los límites entre el miedo adaptativo y el miedo fóbico. En este sentido, las características indicativas de una reacción de miedo fóbico son las siguientes:

1. Es desproporcionada con respecto a las exigencias de la situación. Se considera que la reacción no se corresponde con la existencia de una situación particularmente peligrosa o amenazante para la persona.
2. No puede ser explicada o razonada por parte del individuo, es decir, son irracionales. Los argumentos lógicos suelen ser irrelevantes; el hecho de explicar a la persona el carácter inocuo de la situación no suele ser efectivo para reducir el miedo.
3. Las respuestas de miedo no pueden ser controladas; los esfuerzos de la persona para vencer el miedo suelen ser infructuosos.
4. El miedo conduce a la evitación de la situación temida. La persona evita la situación amenazante o escapa si inesperadamente se encuentra ante ella. En ocasiones, se tolera la situación pero experimentando un elevado nivel de miedo y malestar.
5. Persiste a lo largo del tiempo.

6. Es desadaptativa.
7. No es específica a una fase o edad determinada.

De todas las características señaladas, son especialmente relevantes para la diferenciación entre miedo fóbico y miedo adaptativo, la persistencia, la magnitud y el carácter desadaptativo del primero frente al segundo.

Las fobias pueden clasificarse de muy diversas maneras; no obstante, una de las clasificaciones más ampliamente aceptadas es la que distingue entre tres grupos: fobias específicas, simples o focales; fobias sociales, y agorafobia. El presente trabajo tratará con las primeras, es decir, con las fobias específicas.

En el DSM-IV, la categoría de fobia específica se presenta como una categoría residual de trastorno fóbico, ya que en ellas se incluyen todos los miedos fóbicos provocados por objetos o situaciones concretas como pueden ser los perros, las alturas o los espacios cerrados; siempre que no sean las situaciones sociales (fobia social), el miedo a un ataque de angustia o las situaciones de miedo características de la agorafobia. Pueden especificarse los siguientes subtipos para indicar el objeto del miedo o evitación en la fobia específica:

- **Tipo animal.** El miedo hace referencia a animales o insectos. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.
- **Tipo ambiental.** El miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.
- **Tipo sangre-inyecciones-daño.** El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.
- **Tipo situacional.** El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche o recintos

cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida.

- **Otros tipos.** El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad, fobia a los espacios, es decir, miedo de caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción, y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

Las fobias específicas son uno de los trastornos más comunes en la infancia. Como ya se ha comentado anteriormente, en ocasiones se confunden las fobias específicas con los miedos infantiles, pasajeros y que desempeñan una función adaptadora. El miedo es una emoción que cumple su papel en el desarrollo infantil, sin embargo, cuando el miedo se convierte en temor desproporcionado y desadaptativo, generando intenso malestar e interfiriendo de forma significativa el desarrollo personal y social del niño, se conceptualiza como fobia específica.

En la fobia específica el individuo experimenta un temor marcado, persistente y excesivo o irracional cuando se encuentra en presencia de objetos o situaciones específicos o bien cuando anticipa su aparición. El objeto del miedo puede ser la propia anticipación del peligro (p. ej., la persona puede temer viajar en avión debido al miedo a estrellarse, puede temer a los perros por miedo a ser mordido o puede temer conducir un coche por miedo a tener un accidente). Debido a la aparición de ansiedad anticipatoria cuando la persona se ve en la necesidad de entrar en situaciones fóbicas para él, éstas suelen acabar siendo evitadas.

Las fobias específicas también pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse, sufrir manifestaciones somáticas de ansiedad y miedo y desmayarse al exponerse al objeto temido. Por ejemplo, los individuos temerosos de la sangre y las heridas pueden estar preocupados por la posibilidad de desmayarse.

En presencia del estímulo fóbico aparece de forma inmediata y casi invariablemente una respuesta de ansiedad. El nivel de ansiedad o temor suele variar en función del grado de proximidad al estímulo fóbico y del grado en que la huida se ve limitada.

3.2. Desarrollo y curso evolutivo

Aunque son frecuentes en la población general, las fobias raramente provocan un malestar o un deterioro general suficiente como para permitir realizar el diagnóstico de fobia específica.

Los primeros síntomas de una fobia específica aparecen habitualmente en la niñez y en la primera etapa de la adolescencia. La media de edad de inicio varía en cada tipo de fobia específica. Para la fobia situacional, la edad de inicio tiende a seguir una distribución bimodal, con un primer pico de incidencia en la segunda infancia y un segundo pico en la mitad de la tercera década de la vida. Para la fobia ambiental, el inicio suele situarse en la segunda infancia, si bien muchos casos nuevos de fobia a las alturas aparecen al principio de la edad adulta. La segunda infancia también suele constituir la edad de inicio en la fobia animal y en la fobia a la sangre-inyecciones-daño. El miedo a un estímulo se halla habitualmente presente por algún tiempo antes de convertirse en lo suficientemente molesto y deteriorante como para ser considerado fobia específica.

Entre los factores que predisponen a la aparición de la fobia específica cabe citar los acontecimientos traumáticos (p. ej., ser atacado por un animal o quedar atrapado en un lugar pequeño y cerrado), crisis de angustia inesperadas en la situación que se convertirá en temida, observación de otros individuos que sufren traumas o muestran temor (p. ej., presenciar caídas desde grandes alturas o personas que se asustan en presencia de ciertos animales) y transmisión de informaciones (p. ej., repetidas advertencias sobre los peligros de ciertos animales o reportajes sobre catástrofes aéreas). No obstante, el origen y el mantenimiento de las fobias serán tratados con más detalle más adelante. Las fobias generadas por acontecimientos traumáticos o por crisis de angustia inesperadas acostumbran a aparecer de forma particularmente aguda. Además, las fobias de origen

traumático no presentan una edad de inicio característica, sino que pueden aparecer prácticamente a cualquier edad.

Las fobias específicas de la adolescencia aumentan la probabilidad de persistencia de la misma o del desarrollo de fobias específicas adicionales en las primeras etapas de la edad adulta, pero no predicen la aparición de otros trastornos. Las fobias que persisten durante la etapa adulta rara vez suelen remitir.

3.3. Criterios diagnósticos

El DSM-IV-TR clasifica la fobia específica dentro de los trastornos de ansiedad, en el Eje 1, al igual que el TOC, y aparece con el código F40.2 (300.29). Los criterios diagnósticos para la fobia específica según el DSM-IV-TR son los que se presentan a continuación:

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p.ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: en los niños este reconocimiento puede faltar.
- D. La (s) situación (es) fóbica (s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la (s) situación (es) temida (s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. La ansiedad, la crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p.ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

Tipo animal

Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)

Tipo sangre-inyecciones-daño

Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)

Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas)

3.4. Comorbilidad

Las fobias específicas, dependiendo del subtipo, pueden dar lugar a un estilo de vida limitado o interferir con ciertas actividades. Por ejemplo, la evitación de los viajes en avión puede poner en peligro un ascenso en el trabajo. Las fobias específicas suelen coexistir con otros trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados con sustancias.

3.5. Diagnóstico diferencial

Las fobias específicas se diferencian de gran parte del resto de trastornos de ansiedad en los niveles de ansiedad intercurrente.

En la fobia específica, a diferencia del trastorno de angustia con agorafobia, la persona no presenta una ansiedad permanente, sino que el miedo se limita a objetos y situaciones específicos. El diagnóstico diferencial entre la fobia específica de tipo situacional y el trastorno de angustia con agorafobia puede resultar difícil, ya que en ambos casos pueden aparecer crisis de angustia y comportamientos de evitación de situaciones similares (p. ej., coches, aviones, transportes públicos, recintos cerrados). El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia de aparición inesperada que dan lugar a comportamientos de evitación de múltiples situaciones que se consideran posibles desencadenantes. Por otra parte, la fobia específica de tipo situacional se caracteriza por la evitación de situaciones en ausencia de crisis de angustia inesperadas recidivantes. Se han descrito cuatro factores que son útiles para establecer este diagnóstico: el objeto del temor, el tipo y el número de crisis de angustia, el número de situaciones evitadas y el nivel de ansiedad intercurrente.

Por ejemplo, un individuo que nunca ha sentido miedo a los ascensores ni ha evitado entrar en ellos presenta una crisis de angustia en uno de ellos y empieza a tener miedo de acudir al trabajo por la necesidad de utilizarlo para llegar a su oficina. Si a consecuencia de este hecho el individuo empieza a tener varias crisis de angustia, pero sólo a los ascensores (aunque él sólo manifiesta temor a padecer crisis de angustia), el diagnóstico de fobia específica sería el más adecuado. Si por el contrario, el individuo sufre crisis de angustia inesperadas en otros lugares y empieza a evitar o a resistir una

amplia gama de situaciones por miedo a padecer más crisis de angustia, se puede afirmar que el diagnóstico correcto es de trastorno de angustia con agorafobia. Además, la presencia de aprensión permanente ante nuevas crisis de angustia, incluso no estando expuesto o no anticipando situaciones potencialmente fóbicas es suficiente para establecer el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia. Si el individuo presenta crisis de angustia en otras situaciones, pero no comportamientos de evitación o de resistencia con intensa ansiedad, el diagnóstico más apropiado es trastorno de angustia sin agorafobia.

La fobia específica y la fobia social pueden diferenciarse en virtud del objeto o la situación fóbicos. Por ejemplo, la evitación de comer en un restaurante puede basarse en el miedo a ser evaluado por los demás (fobia social) o deberse al temor a atragantarse (fobia específica).

A diferencia de lo que sucede en la fobia específica, el comportamiento de evitación característico del trastorno por estrés postraumático aparece con posterioridad a un acontecimiento estresante y peligroso para la vida y se acompaña de síntomas adicionales (p. ej., reexperiencias del trauma y empobrecimiento de la vida afectiva).

En el trastorno obsesivo-compulsivo el comportamiento de evitación se relaciona con el contenido de las ideas obsesivas. En los casos de trastorno de ansiedad por separación no debe efectuarse el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita exclusivamente al temor de separarse de personas a las que el individuo se siente ligado.

El diagnóstico diferencial entre hipocondría y la fobia específica de otros tipos (p. ej., evitación de situaciones que pueden dar lugar a contraer una enfermedad) depende de la presencia o ausencia de la convicción de estar enfermo. En la hipocondría existe una constante preocupación motivada por el miedo a estar sufriendo una enfermedad, mientras que en la fobia específica sólo se teme la posibilidad de adquirirla, pero sin creer que ya se tiene.

Los individuos con anorexia y bulimia nerviosa no deben ser diagnosticados de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita exclusivamente a la comida y a los estímulos relacionados con él. En la esquizofrenia o en otros trastornos

psicóticos la persona puede evitar ciertas actividades como respuesta a sus propios delirios, pero nunca reconoce que estos temores son excesivos o irracionales.

3.6. Origen y mantenimiento

Son varios los procesos que permiten explicar el aprendizaje de las conductas fóbicas. A grandes rasgos podemos diferenciar entre experiencias directas y experiencias indirectas con el estímulo fóbico. Dentro de las indirectas se incluyen las experiencias vicarias y la transmisión de información y/o instrucción.

Por otro lado, también destacan los factores cognitivos en la instauración y mantenimiento de las fobias, enfatizando la posibilidad de que el miedo se desarrolle en ausencia de una experiencia traumática directa o indirecta con el estímulo temido.

A continuación se explican con más detalle los procesos que permiten explicar la adquisición de los miedos clínicos o fobias:

- **Condicionamiento clásico (CC) o pavloviano:** Se trata de un proceso de aprendizaje asociativo entre dos estímulos o eventos, y tiene lugar de la siguiente forma : si un objeto o situación inicialmente neutro como puede ser un avión (estímulo neutro, En) se presenta de forma repetida con un estímulo que suscita de forma automática temor, como por ejemplo un vuelo con turbulencias (estímulo incondicionado, EI), el estímulo neutro se convierte en un estímulo condicionado (EC), llegando a generar una respuesta similar a la que provoca el EI (respuesta incondicionada, RI), llamada respuesta condicionada (RC).

Si el EC se presenta sucesivamente sólo, sin la aparición del EI, la RC no será reforzada, y por lo tanto, se extinguirá. La extinción tiene lugar tanto en el CC, cuando se presenta el EC sólo sin la posterior presentación del EI, como en el condicionamiento instrumental, en el momento en que se retira el reforzador que sigue a la respuesta instrumental. La extinción no es un proceso inmediato, sino lento y progresivo, con recuperaciones espontáneas de la respuesta que cada vez tendrán una magnitud inferior. La recuperación

espontánea es un fenómeno frecuente que suele tener lugar tras la extinción de una conducta, y que consiste en la reaparición de una RC extinguida previamente. Asimismo, puede desarrollarse una generalización de respuestas, que consiste en una tendencia natural de la persona a dar una respuesta similar a la RC a aquellos estímulos y situaciones nuevas que son similares al EC.

- **Condicionamiento instrumental u operante:** Se trata también de un aprendizaje asociativo, pero en este caso la asociación no se da entre dos estímulos como sucede en el CC, sino entre una respuesta y sus consecuencias. Este tipo de aprendizaje tiene como objetivo instaurar y/o fomentar conductas deseables mediante el refuerzo inmediato tras su ejecución, así como disminuir o eliminar aquellas otras conductas que se consideran indeseables mediante el castigo y otros procedimientos de modificación de conducta, los cuales, se pueden consultar en el anexo.

El condicionamiento instrumental es el principal responsable a la hora de mantener e intensificar una respuesta fóbica, ya que la fobia se mantiene básicamente por los dos siguientes mecanismos:

1. Cuando la persona escapa o evita el estímulo fóbico, su nivel de ansiedad disminuye, por lo tanto, la respuesta de evitación queda reforzada de forma negativa y como consecuencia la probabilidad de que se mantenga y se repita en el tiempo aumenta. Asimismo, la conducta de evitación impide que se produzca la habituación a la ansiedad, y por lo tanto, la extinción de la conducta fóbica.
2. La conducta fóbica también puede ser reforzada de forma positiva por las personas del entorno, por ejemplo mediante la atención prestada, la tranquilización, la compañía, etc.

- **Aprendizaje observacional, vicario o por modelado:** Se trata de un aprendizaje que tiene lugar mediante la observación de otras personas, es

decir, se presta atención a las consecuencias que reciben esas personas por su conducta. Este tipo de aprendizaje es importante en la adquisición de las fobias, ya que a través de la observación de modelos (p. ej., padres, hermanos) que presentan fobias, el observador puede acabar por adquirir esas mismas conductas fóbicas.

Además de estos tres procesos básicos de aprendizaje, existen otros mecanismos que explican la etiología de las fobias:

- Experiencia directa o vicaria a acontecimientos traumáticos.
- A través de instrucción y/o información (p. ej., en la adquisición de la fobia a las serpientes destaca el papel de la información recibida).
- Disposiciones personales que favorecen el desarrollo de la respuesta fóbica y de ansiedad: características de personalidad, como por ejemplo personalidades introvertidas e inestables emocionalmente.

3.7. Tratamiento

Existe una variedad de tratamientos psicológicos para aplicar en las fobias específicas. No obstante, la terapia de conducta es pionera en el tratamiento de las fobias, y en este sentido, la mayor parte de los tratamientos para este tipo de trastorno implican algún tipo de exposición a los estímulos temidos, ya que de las teorías explicativas conductuales se desprende que dicha exposición en ausencia de las consecuencias temidas tendrá como resultado la extinción de las reacciones fóbicas. Asimismo, existe una variedad de procedimientos conductuales para tratar las fobias específicas derivados de las cuatro corrientes fundamentales de terapia de conducta:

- **Neoconductismo mediacional:** Desde este enfoque la conducta de evitación fóbica se explica por la intensa ansiedad que experimenta la persona ante los estímulos fóbicos, y destaca el papel del CC como forma de adquisición de las fobias. Asimismo, el objeto de la terapia se centra en el contracondicionamiento, es decir, para la eliminación de la RC de miedo, se condicionan nuevas respuestas al EC hasta quedar extinguida aquélla. En este mismo sentido, la técnica a destacar es la exposición a los estímulos

fóbicos en vivo y/o en imaginación, ya sea de forma gradual (DS) o menos gradual (inundación).

La técnica de exposición ha sido explicada pormenorizadamente anteriormente para el tratamiento del TOC, por lo tanto, no nos reiteraremos, ya que en el caso de la fobia específica se aplica de la misma manera.

- **Análisis aplicado de la conducta:** Se centra en la conducta motora de escape y/o evitación, y en sus relaciones funcionales con los estímulos fóbicos ambientales, postulando que es posible describir y explicar con precisión tanto el desarrollo y mantenimiento, como la eliminación de las fobias mediante el análisis funcional. El control de estímulos y el manejo de contingencias son los métodos terapéuticos utilizados para modificar la conducta fóbica. El control de estímulos consiste en introducir estímulos discriminativos de la conducta de aproximación, y a su vez, eliminar la conducta de escape y/o evitación. El manejo de contingencias se realiza mediante el reforzamiento positivo de la conducta de aproximación y la extinción de la conducta de escape y/o evitación. El condicionamiento operante utilizado con las fobias es la práctica reforzada, que consiste en la repetición de conductas graduadas de aproximación a los estímulos fóbicos, facilitadas por instrucciones terapéuticas y fortalecidas por retroalimentación y reforzamiento positivo.

- **Teoría del aprendizaje social:** Pretende integrar las posiciones conductistas con las cognitivas. Destaca el papel de la observación e imitación y ha desarrollado una amplia gama de procedimientos de modelado para conseguir la extinción vicaria de las fobias. El modelado consiste en la observación de un modelo que interactúa con los estímulos fóbicos sin recibir posteriormente consecuencias negativas, o bien, obteniendo consecuencias positivas. El modelado seguido de la participación de la persona es más potente, ya que el aprendizaje no se limita a la mera observación.

- **Terapia de conducta cognitiva:** Resalta la importancia de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Destaca la importancia del afrontamiento de las situaciones temidas y propone métodos como las autoinstrucciones, bien para reducir el carácter aversivo de los estímulos atemorizantes, bien para infundir valentía y coraje.

En resumen, el procedimiento terapéutico va a recibir distintos nombres según el enfoque desde el que se efectúa, así se hablará de exposición (neoconductismo mediacional), aproximación (análisis aplicado de la conducta), imitación (teoría del aprendizaje social), o afrontamiento (terapia de conducta cognitiva).

No obstante, la conducta de exposición, aproximación, imitación o afrontamiento, posee un denominador común, que constituye el auténtico principio activo para el tratamiento de las fobias específicas, la interacción con los estímulos fóbicos.

TERCERA PARTE: CASO CLÍNICO

1. RESUMEN

La información de que dispongo sobre el caso clínico para realizar el presente trabajo, es de las primeras diez sesiones semanales que se realizaron, ya que posteriormente la profesional derivó el caso a otro especialista del mismo gabinete debido a su embarazo. En este sentido, desconozco la evolución del caso más allá de la evidencia de la que dispongo durante mi periodo de prácticas.

El caso clínico presentado a continuación es una intervención psicológica de un trastorno obsesivo compulsivo acompañado de una fobia específica debido a un trauma infantil. Las obsesiones y compulsiones del TOC están relacionadas con la limpieza y el orden del domicilio, además, con relativa frecuencia presenta rumiaciones obsesivas, sobretodo, cuando ocurren cosas que la persona considera negativas o cuando las cosas no suceden como él espera. Debido a las rumiaciones obsesivas, el sujeto pasa largos

periodos de tiempo pensando de forma improductiva sobre cualquier asunto. El TOC provoca en el paciente un malestar clínicamente significativo, representa una pérdida de tiempo a lo largo del día e interfiere en sus relaciones de pareja, laborales y sociales.

Por otro lado, la fobia específica se dirige al pene, concretamente al glande, el cual, no se puede tocar porque afirma sentir dolor y malestar. La fobia hacia el glande es consecuencia de un trauma infantil que tuvo lugar alrededor de los ocho años, en el que se pilló el pene con la cremallera, teniendo que ir al hospital para que le quitaran poco a poco la dermis de la cremallera.

Tanto los trastornos fóbicos como los obsesivo-compulsivos son síndromes de evitación ansiosa y, se les clasifica en el DSM- IV-TR (APA, 2010) como trastornos de ansiedad. Asimismo, la mayor parte de tratamientos conductuales que reducen la ansiedad comparten un procedimiento común, la exposición repetida al estímulo que evoca ansiedad hasta que ésta remite, consiguiendo de esta forma la extinción de la conducta de escape y/o evitación. La exposición a los estímulos inductores de ansiedad y de miedo se puede hacer de forma gradual, empezando por estímulos que producen poca ansiedad y avanzando paulatinamente en la jerarquía de miedos y/o ansiedad hacia los más ansiógenos para la persona, aplicando de esta forma la desensibilización sistemática (DS), o bien, se puede iniciar el proceso por los estímulos más ansiógenos, aplicando en este caso la técnica de la inundación.

En el presente caso clínico, se aplicaron durante la intervención técnicas cognitivo-conductuales, como la exposición más prevención de respuesta (EPR), la DS o la parada de pensamiento, así como técnicas procedentes de las terapias de tercera generación, concretamente de la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y del Mindfulness, como el uso de metáforas o la meditación.

Los resultados muestran una reducción significativa de la sintomatología obsesiva compulsiva al cabo de pocas sesiones en el caso del TOC, así como una mayor aproximación/exposición y una menor ansiedad ante el estímulo fóbico en el caso de la fobia específica.

2. MÉTODO

2.1. Datos personales, motivo de consulta y breve historia personal

José R. de cuarenta y dos años, profesor de autoescuela, casado desde hace diecinueve años y sin hijos. Es el mayor de cinco hermanos. Se define como un hombre excesivamente responsable, muy exigente consigo mismo y con los demás, controlador y obsesivo con la limpieza y el orden del domicilio.

Acude por primera vez a consulta porque afirma ser tan exigente y responsable que ello no le deja disfrutar de la vida. En este momento presenta malestar clínicamente significativo en diversas áreas de su vida. En primer lugar, tiene problemas de pareja por diversas razones; por un lado, suelen tener frecuentes discusiones como consecuencia de sus obsesiones y compulsiones de limpieza y orden en el domicilio; por otro lado, la fobia a tocarse el glande por miedo a sentir dolor, ha provocado eyaculación precoz en diversas ocasiones mientras mantenían relaciones sexuales. Actualmente, la pareja presenta falta de comunicación y déficit de afecto y cariño; están muy distanciados.

José afirma tener una autoestima muy baja, ya que su mujer le ha dicho que no le atrae física ni sexualmente, que quiere una relación sin sexo. Este hecho provocó en José una serie de rumiaciones obsesivas respecto al tema. La actitud de la mujer es ambivalente, ya que afirma no quererle como hombre, pero también afirma no querer separarse, por lo tanto, podemos suponer que su intención es que cambie. La mujer no quiere venir a consulta porque afirma que el problema lo tiene él.

Los problemas de pareja han podido actuar como desencadenantes del TOC, potenciando los rasgos obsesivo-compulsivos presentes previamente en José, o bien, pueden ser consecuencia de la sintomatología presentada.

Por otro lado, el paciente presenta malestar significativo en el trabajo, ya que exige mucho a los alumnos y le afecta de forma desmesurada sus suspensos en los exámenes de conducir debido a su elevada autoexigencia como profesor. Además, tal situación le lleva a una cadena de pensamientos negativos, como por ejemplo “mi jefe me va a despedir porque mis alumnos no aprueban”, que acaban generando un alto nivel de

ansiedad en él. Esta situación laboral le vuelve a llevar nuevamente al problema de las rumiaciones obsesivas.

No tiene muchas relaciones sociales, solamente tiene un amigo con el que sólo comparte lo positivo. No tiene intimidad con nadie ni siquiera con su madre, a la que define como una persona excesivamente responsable; todo lo contrario de su padre, al que define como una persona irresponsable, poco comunicativa y con problemas de alcoholismo. José afirma haber tenido desde la infancia una elevada responsabilidad en casa, debida en gran parte a la problemática de su padre, y que es el mayor de cinco hermanos y siempre ha tenido que ayudar a su madre.

2.2. Procedimiento

2.2.1. Evaluación

La evaluación inicial se llevó a cabo en las cuatro primeras sesiones. Con toda la información obtenida se realizó el análisis funcional del caso, con la posterior devolución de información al paciente sobre el origen y mantenimiento de los problemas presentados.

Para la evaluación del caso se emplearon las siguientes técnicas de intervención: la entrevista y los autoregistros.

➤ Entrevista

La entrevista ha sido empleada tanto como técnica y procedimiento de recogida de información, así como medio para establecer una adecuada relación terapéutica con el paciente, indispensable para conseguir el éxito de toda intervención psicológica.

La entrevista utilizada ha sido la semiestructurada, y con ella se pudo obtener la siguiente información:

✚ Datos personales del paciente y de los familiares directos (edad, estado civil, profesión, situación económica, profesional y familiar principalmente).

✚ Motivo de consulta.

- ✚ Información específica básica sobre cómo son los síntomas, su intensidad, frecuencia, duración, cronología y evolución.
- ✚ Información específica complementaria: presencia de patología orgánica (p. ej., descartar la posible fimosis para tratar el dolor al glande como fobia específica), factores desencadenantes (p.ej., problemas de pareja, problemas laborales), antecedentes personales (p. ej., depresiones previas), entorno sociofamiliar.
- ✚ Creencias y expectativas, contenido del pensamiento, afectividad, personalidad, relación con los iguales, actividades o intereses, ocio en el tiempo libre.

➤ **Autoregistros**

Al paciente se le pedía que escribiese un registro de todo aquello que le molestara a lo largo de la semana, describiendo sus comportamientos y pensamientos. Más adelante en el procedimiento de intervención, se le pidió que registrase también aquellos comportamientos positivos que había mostrado durante la semana. Estos registros se utilizaron con una doble finalidad; por un lado, su objetivo era que el paciente se diese cuenta de aquellas conductas positivas que mostraba y no veía (p.ej., ayudaba mucho a sus suegros), ya que sólo se fijaba en las conductas negativas tanto de él mismo como de los otros; y por otro lado, se querían reflejar los avances que estaba consiguiendo a partir de las instrucciones de la terapeuta, como por ejemplo, “fíjate en esas cosas positivas que estás consiguiendo, como en el hecho de que no te has fijado en lo sucia que estaba la terraza esta semana”.

En este sentido, con los autoregistros semanales se obtuvo información sobre la sintomatología obsesivo-compulsiva, las situaciones que desencadenaban tal sintomatología, las consecuencias, tanto negativas como positivas, que obtenía de su comportamiento, las habilidades de afrontamiento que utilizaba para enfrentarse a

determinadas situaciones, así como sus reacciones ante situaciones de frustración (p. ej., suspenso de todos sus alumnos en una semana).

2.2.2. Análisis funcional del problema

A continuación, se describen las principales causas que originaron y que mantienen actualmente la conducta obsesivo-compulsiva y la conducta fóbica en el paciente, con el objetivo de planificar la intervención psicológica más adecuada en función de las características del caso.

Respecto al TOC, el análisis funcional reveló los siguientes datos:

Los antecedentes evolutivos recabados a través de la entrevista nos desvelan que la madre de José es una persona muy autoexigente, con un elevado nivel de control y responsabilidad dentro del núcleo familiar, mientras que el padre es una persona seria, poco comunicativa y con problemas de alcoholismo.

Las personas aprendemos en gran parte a través del procedimiento de imitación o modelado, sobre todo en las primeras etapas de la vida. En este sentido, las características de personalidad y comportamiento presentes en los progenitores del paciente, hizo que éste formase esquemas mentales acerca de la elevada autoexigencia, la responsabilidad, el control, la limpieza y el orden, junto con el desarrollo de un carácter introvertido y serio. Estos rasgos de personalidad aprendidos y presentes en el caso clínico, predisponen y hacen más vulnerable a la persona de cara al desarrollo de un TOC, ya que los pensamientos obsesivos y los rituales compulsivos tienden a presentarse más en personas que siempre han tenido una personalidad meticulosa, exigente y perfeccionista, tal y como sucede en este caso.

Los esquemas mentales de José se observan a través de la conducta manifiesta en forma de excesiva autoexigencia consigo mismo y con los demás, de conductas excesivas de orden y limpieza en el domicilio, así como de gran control en general.

Teniendo como factores de predisposición los esquemas y conductas descritas anteriormente, se identifican como factores precipitantes del TOC, por un lado, una crisis matrimonial donde se plantea la separación, y por otro lado, la tensión laboral

debido al número de suspensos en el examen de conducir. La situación provoca en la persona un malestar clínicamente significativo, ya que afecta a distintas áreas de su vida, y por ese motivo decide solicitar ayuda a un profesional.

Los factores de mantenimiento del TOC extraídos a través de la entrevista son los rituales realizados con el objetivo de disminuir la ansiedad y el malestar provocado por las obsesiones, es decir, que la conducta compulsiva se ve reforzada de forma negativa al hacer desaparecer de forma inmediata la ansiedad provocada por la obsesión tras su realización. Otro factor de mantenimiento son las persistentes rumiaciones sobre un tema o un problema (p. ej., se puede tirar días pensando acerca de un comentario negativo recibido de su mujer). Estas rumiaciones hacen que la persona descuide las demás áreas de su vida, focalizando toda su atención en este tipo de pensamientos negativos.

Por otro lado, respecto a la problemática de la fobia específica se extrajeron las siguientes conclusiones del análisis funcional:

Se pudo comprobar a través de la consulta a un Urólogo que el problema de la hipersensibilidad al glande no era debido a una causa orgánica, y que requería intervención psicológica al cumplir los criterios de fobia específica.

El origen de la fobia fue un acontecimiento traumático ocurrido durante la infancia, en el que se pilló el pene con la cremallera teniendo que acudir a urgencias para que un médico le fuese quitando la dermis de la cremallera. Desde aquél suceso no ha conseguido tocarse de nuevo el glande, experimentando un gran malestar cuando lo tiene fuera. Prácticamente no se masturba, y si lo hace es sin tener el glande fuera o teniéndolo el menor tiempo posible. No puede andar desnudo por la casa porque tiene miedo de darse un golpe o rozarse con algo.

Durante las relaciones sexuales intenta no pensar en el malestar que siente, sin embargo, en las últimas ocasiones ha tenido eyaculación precoz debido a la focalización que presenta hacia el malestar del pene durante el sexo. Esta situación ha provocado una serie de críticas y reproches por parte de la mujer, generando entre ellos un gran distanciamiento en todos los niveles (comunicativo, afectivo, sexual). Este distanciamiento se ha visto acentuado por las disputas provocadas por la sintomatología

obsesivo-compulsiva. A su vez, esta situación ha provocado en José rumiaciones excesivas al respecto, por lo tanto, se trata de un círculo cerrado entre ambos problemas.

Los factores que mantienen la fobia son las conductas de evitación y escape que presenta el paciente en el momento que siente ansiedad o malestar, ya que tal comportamiento queda reforzado de forma negativa, aumentando las posibilidades de que la misma conducta se repita en un futuro.

Una vez realizada la evaluación, se le explicó al paciente cuáles eran las variables que explicaban la etiología y el mantenimiento tanto de la sintomatología obsesiva-compulsiva como de la conducta fóbica. Posteriormente, se pasó a recomendar la mejor intervención psicológica en función de la problemática y de las características del caso.

2.2.3. Diagnóstico

Tras la realización de la evaluación psicológica, se puede concluir que José presenta un trastorno obsesivo compulsivo y una fobia específica o simple, de otros tipos, debido a un trauma infantil, al cumplir con claridad todos los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-IV-TR, los cuales, se describen a continuación:

Los criterios diagnósticos del TOC según el DSM-IV-TR (300.3) son los que se presentan a continuación:

A. Se cumple para las obsesiones y compulsiones:

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

(1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

(2) Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

(3) La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

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

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

(1) Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabra en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

(2) El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

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

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

D. Si hay otro trastorno del Eje 1, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de pelos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una enfermedad grave en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales

en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en un trastorno depresivo mayor).

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

Especificar si:

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

Los criterios diagnósticos para la fobia específica según el DSM-IV-TR (300.29) son los siguientes:

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p.ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: en los niños este reconocimiento puede faltar.
- D. La (s) situación (es) fóbica (s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la (s) situación (es) temida (s) interfieren acusadamente

con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. La ansiedad, la crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p.ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

Tipo animal

Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)

Tipo sangre-inyecciones-daño

Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)

Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas)

2.2.4. Procedimiento de las sesiones clínicas de evaluación

Las sesiones tienen lugar semanalmente con una duración de una hora aproximadamente. A continuación, se realiza una descripción detallada acerca del

proceder a lo largo de las cuatro primeras sesiones, en las que predomina la evaluación del caso clínico. No obstante, a pesar de predominar durante estas sesiones la evaluación, también se lleva a cabo de forma paralela la intervención del caso a través de distintas técnicas y procedimientos.

➤ **Primera sesión**

Durante la primera sesión tiene lugar el establecimiento de la relación terapéutica, la cual, debe ser buena a lo largo de todo el proceso terapéutico para garantizar el éxito del tratamiento. Durante esta primera sesión se procede a la exploración inicial, indagando sobre el motivo de consulta e identificando los problemas que presenta el paciente.

Además, se procede a la recogida de información acerca del desarrollo de cada uno de los problemas a lo largo del ciclo vital, recogiendo la interpretación que le ha dado el paciente así como los datos objetivos que se deriva de toda la narración.

Y por último, se identifican variables personales y contextuales que pueden estar afectando de forma positiva o negativa a los diversos problemas que presenta de forma relevante. En esta primera sesión se empiezan a establecer las primeras hipótesis diagnósticas.

Esta primera sesión nos hace pensar sobre los siguientes posibles problemas:

1. Problemas obsesivos. Se trata de una persona con problemas de rumiación contante, lo que le provoca niveles de ansiedad y malestar elevados.
2. Obsesivo con el orden y la limpieza del domicilio.
3. Trauma infantil. Se pilló el pene con la cremallera y ahora no se puede tocar el glande con la mano porque afirma que le duele. Lo primero que debe hacer es consultar con un Urólogo para descartar que lo del glande se deba a causa médica, para así tratar el problema como fobia específica aplicando técnicas psicológicas.
4. Problemas de pareja. Entre ellos no hay buena comunicación, no hay muestras de cariño de ningún tipo y tampoco relaciones sexuales. Estos problemas son consecuencia de la sintomatología obsesiva-compulsiva así como debido a los problemas sexuales que tienen, ya que el paciente ha tenido eyaculación precoz en diversas ocasiones, lo cual, creemos que ha

sido provocado por la sensación de dolor que afirma tener al tocarse el glande.

5. Autoestima muy baja, ya que la mujer le ha dicho que no le atrae física ni sexualmente, que quiere una relación sin sexo, pero no se quiere separar.
6. Problemas laborales. Muchos alumnos de la autoescuela han cambiado de profesor porque se han sentido muy presionados. Tal situación ha provocado en el paciente una rumiación contante; una cadena de pensamientos negativos; acompañada de ansiedad y malestar significativo. Es una persona muy exigente consigo misma, y por lo tanto, también lo es con los demás (alumnos, pareja, familia).
7. Problema económico debido a un préstamo de 5 años de 14.000 euros debido a un sobrino de su mujer, que les ha pedido grandes cantidades de dinero en diversas ocasiones.
8. Tiene escasas relaciones sociales.

Las tareas que se recomiendan para casa son las siguientes:

- ❖ Pedir cita para el Urólogo.
- ❖ Explicarle a tú mujer lo que sientes, sin recibir nada a cambio. Preguntarle si está de acuerdo en ponerle solución al problema por primera vez los dos juntos. Preguntarle si está dispuesta a acudir a consulta. Proponer cambio.
- ❖ Registro de todo aquello que te molesta al cabo del día. (comportamientos y pensamientos)
- ❖ Intentar ser un 20% más simpático con su mujer.

No podemos utilizar únicamente técnicas conductuales (p. ej., EPR) porque sino nos quedamos en la superficie. Debemos buscar siempre otros intereses o aficiones que le interese y así motivarle a que lo practique (p.ej. ir al gimnasio).

➤ **Segunda sesión**

En esta segunda sesión se continúa con la evaluación inicial, con la recogida de información descriptiva del caso. Asimismo, se realiza una revisión de los registros enviados como tarea para casa en la sesión anterior, y se mandan las siguientes tareas:

- ❖ Registro de todo lo que te molesta. Además, fíjate en cosas positivas de tú comportamiento, por ejemplo “no me he fijado en la terraza” “no me he fijado en los platos sucios del fregadero”
- ❖ Intentar fregar la terraza día sí y día no.
- ❖ Leer el libro “el poder del ahora” (libro de autoayuda).

➤ **Tercera sesión**

Se comenta cómo ha transcurrido la semana y los problemas que han surgido con las tareas encomendadas en la sesión anterior. José explica que al tercer día empieza de nuevo con las obsesiones, cae de nuevo en el hábito, y esto coincide con el día que sufre un rechazo por parte de su mujer. A partir de ese rechazo la visión de José se vuelve más negativa y vuelven de nuevo las obsesiones. En este sentido, se le explica la diferencia entre caída (desliz) y recaída, ya que la caída es normal dentro de cualquier proceso terapéutico. Esta explicación motiva al paciente.

Durante la semana intenta controlar las compulsiones de limpieza, de manera que intenta no fregar los platos cuando llega del trabajo. Afirma que al principio siente mucha ansiedad y malestar.

La exigencia hacia sus alumnos procede de la exigencia que tiene hacia sí mismo, es decir, se exige mucho como profesor.

A continuación, se reproduce un fragmento de la sesión tal y como tuvo lugar en consulta:

Terapeuta (T): El problema es cuando la mente se apodera de nosotros, ¿cuándo entras en ese proceso? ¿Cuándo entras en ese bucle?

Paciente (P): Cuando mi mujer me dijo que no le atraía ni física ni sexualmente

T: ¿Cuántas veces piensas en eso?

P: Siempre que estoy negativo

T: ¿Y te quedas igual de pillado cuando tu mujer te muestra aspectos positivos? ¿No dedicas horas a pensar en eso? (p.ej., Su mujer le dijo que no siguiera buscando pisos de alquiler porque no quería que se fuese)

P: No, no le doy importancia a esos aspectos

T: Quiero que te des cuenta del “yo soy”, como aspecto inmutable. En todo caso se debe decir “yo era” porque si te lo dices tantas veces al final te lo crees. Pasa igual que la madre cuando le dice tantas veces al hijo “es un niño muy rebelde”, que al final se comporta así porque se lo cree. Así que vamos a ser flexibles y vamos a utilizar el “yo he sido X, y ahora quiero ser X”.

Date cuenta que cuando intentas estar bien, tu nivel de bienestar y felicidad aumenta. La pareja no tiene que estar bien para así yo estar bien, sino todo lo contrario, tú tienes que estar bien para que la pareja esté bien. Tenemos que aprender a controlar la mente, para no entrar en bucle, y en todo caso darle la misma importancia a las cosas buenas y a las cosas malas.

¿Sabes qué significa meditar? No significa reflexionar o pensar, sino todo lo contrario, sentir tu cuerpo y no pensar (hacer caso al cuerpo sin pensar). Se trata de retener la mente, aprender a no pensar y a vivir el presente sintiendo tu propio cuerpo. ¿Cómo? La atención es un músculo que hay que ejercitar, ya que al meditar debemos centrarnos en la respiración, en como entra y sale el aire de nuestra cuerpo, pero lo más normal es que la mente empiece a funcionar, y en ese momento, lo más importante es que cuando te des cuenta que estás pensando, te vuelvas a traer la atención a la respiración.

En consulta se realiza un ejercicio de meditación o Mindfulness durante 3 minutos. Previamente le damos instrucciones sobre cómo respirar con el diafragma (hinchando la barriga), para liberar los órganos de la presión. Le enseñamos a observar y a darse cuenta de la basura mental.

T: ¿Cuántas veces se te ha ido la mente? Con este método aprendes a liberar tu cuerpo de pensamientos. Se trata de vivir el presente sin revivir el pasado ni anticipar el

futuro (p.ej., Reproches a tu mujer). Al principio te costará porque volverás al hábito de pensar, ya que todos tendemos a volver a nuestros hábitos (p.ej., abandono de una dieta, volver a fumar).

Las tareas para la siguiente sesión son las enumeradas a continuación:

- ❖ Ser un 20% más simpático
- ❖ Meditar 2 veces al día durante 10 minutos
- ❖ Registro de cosas positivas y negativas
- ❖ Intentar fregar una vez a la semana la terraza y no fregar los platos cuando venga del trabajo.

➤ **Cuarta sesión**

En esta sesión se realiza el análisis funcional del problema obsesivo-compulsivo, es decir, se intentan establecer las causas, los factores precipitantes y de mantenimiento del problema. La búsqueda de relaciones causales o funcionales entre la información descriptiva de un caso es una de las tareas más complejas y fundamentales dentro del proceso terapéutico, ya que requiere del conocimiento e integración de la psicología del desarrollo, de la teoría del aprendizaje, de psicopatología, de psicología social.

Además del análisis funcional, se recoge información sobre cómo ha ido la semana y los problemas encontrados. En este sentido, José sigue con sus obsesiones hacia aspectos y cosas negativas que le dice su mujer (p.ej., Le dijo que la daba pena y lástima porque no tenía amigos), pero intenta evitarlo, ya que ahora es más consciente cuando surgen las obsesiones, es más observador de su mente e intenta vivir el presente.

Con la limpieza mucho mejor, ha limpiado la terraza una vez a la semana, se ha sentido liberado. Además, ha llegado a casa y ha aguantado sin limpiar sin problemas. El gimnasio le sirve de distractor de sus obsesiones. La meditación le ha servido para relajarse, lo valora como algo muy positivo, ya que le evita pensar.

Durante la semana ha habido una mejor relación con su mujer, han tenido más muestras de cariño. Sin embargo, se muestra descontento porque afirma que un par de noches le ha salido la vena controladora, “todo el mundo tiene que hacer las cosas a mi

manera”. Muestra negativismo, ya que a pesar de que el balance de la semana ha sido bueno; de 7 noches sólo 2 ha estado mal; afirma haber tenido una semana mala con su mujer.

A continuación se muestra un pequeño fragmento de la sesión:

T: Cuéntame un episodio o situación donde se desencadene el enfado. Describe todo, detalle a detalle. El problema es que la gente no puede hacer lo que a uno le gusta porque entonces no serían ellas mismas.

¿Qué cambios notas en esos momentos a nivel físico (latidos, temperatura)? Deberías notarlo y ser consciente de ellos para así prevenir esos enfados.

¿Qué puede suponer en tu mujer cuando se repiten esas situaciones? ¿Qué puede sentir tu mujer cuando siempre te está preguntando “¿qué te pasa José”?

Cuando vas con ideas predispuestas y el plan falla, se desencadena el mal humor y las obsesiones en ti, por lo tanto, como tarea para casa tenemos el no ir con ideas predispuestas, porque en ese momento ¿quién manda, tú o tu cabeza?

¿Qué te viene a la cabeza ahora mismo con todo lo que estamos hablando? (el paciente afirma sentir sufrimiento). Tienes que vivir en tu casa como un espacio relajado que es, porque sino parece que estamos en el trabajo.

Ejercicio en sesión: Cambio de roles. La terapeuta es la mujer del paciente, pero con la actitud de él. Se representa la situación problema surgida durante la semana.

T: El 80% de nuestra comunicación es por medio de la expresión facial y corporal, por lo tanto, aunque no le digas lo que te pasa a tu mujer, ella te lo nota.

¿Cómo te sentiste cuando tu mujer te dijo que sentía lástima y pena por ti? (José afirma que empezó a ir todo mal durante la semana, empezaron las obsesiones, la poca comunicación)

¿Cómo te puedo ayudar a cruzar ese umbral? Yo te puedo ayudar, pero tú eres el que lo tienes que cruzar. Tu mente está como un coche a 70 km/h en primera, así que la meditación te libera.

Siempre tienes el “yo” por delante, y la pareja son dos, es un pack. Con el “yo” no funciona la pareja (p.ej., Yo hubiera hecho esto). Haces cosas que incluso le corresponden a tu mujer, ahora ella está acomodada.

Ahora mismo estás en un camino de rocas, de agujeros con agua, y para llegar al campo de amapolas tienes que pasar previamente por ahí.

Durante esta sesión tiene lugar gran parte del análisis funcional del problema obsesivo-compulsivo. El fragmento de la sesión se expone a continuación:

T: Cuéntame de tu infancia

P: Éramos una familia de pescadores muy humilde, pobre. Las necesidades las hacíamos en una cuadra. Pasábamos con el dinero que se ganaba en el mismo día.

T: ¿Qué recuerdas del colegio? ¿De tu infancia? ¿Quién te crió antes de ir al colegio? Su abuela (le decía que se enfadaba por nada, que no le podía gastar ninguna broma)

¿Qué recuerdas de tus padres?, sin juzgarlos

P: Han sido muy buenos padres. Poco comunicativos. Mi madre ha llevado los pantalones en casa, mi padre era alcohólico y se mantenía en un segundo plano. Recuerdo las discusiones que había entre ellos.

T: ¿Quién se ocupaba de vosotros? (La madre)

¿Cómo recuerdas la llegada de tus otros hermanos? José se sintió avergonzado cuando en un parque sintió que su madre estaba de nuevo embarazada. Se justifica siempre que tiene un pensamiento negativo de sus padres.

Tu madre siempre se ha ocupado de todo. Esa capacidad de organización anula a la persona que tiene a su lado (Observación: hiperresponsabilidad-irresponsabilidad). ¿Qué te dice de ti todo eso?

P: Que quizá he aprendido de mi madre, aunque ella es mucho más alegre.

T: Has aprendido que esa era la fórmula correcta. Has adquirido la organización de tu madre y el carácter de tu padre. ¿Te emociona hablar de tu madre? ¿Te emociona el darte cuenta de todo esto?

¿Cómo vivías aquellas discusiones cuando tu padre venía bebido? (Afirma que sentía que había sufrimiento en la familia. Ha escuchado muchas veces por parte de su madre que estaba amargada por el carácter de su padre). ¿Crees que tu mujer se puede sentir igual?

Es muy importante conocer tus raíces, conocer de dónde vienes (metáfora de la tabula rasa o tabla en blanco). Tú haces con tu mujer lo que tu madre hacía con tu padre.

¿Cómo eras con tus hermanos? (Afirma que había muy buena relación). ¿Qué carácter tienen? (Dice que hay uno que es un pasota, otra que es una despreocupada porque viaja y vive la vida; esa afirmación hace ver que es una persona con muchas responsabilidades y poco tiempo de ocio)

¿Tus padres viven? Sí. ¿Qué relación tienes con ellos? (Dice que no tienen confianza el uno con el otro para contarse cosas).

¿Eres consciente de todo lo que has visto esta tarde? ¿De dónde vienes? Siempre imitamos y reproducimos lo que hacen nuestros padres.

Con esta sesión se pueden sacar algunas reflexiones sobre el caso:

- ❖ Le duele y se siente mal siempre que piensa algo negativo acerca de su familia. Por eso siempre se justifica.
- ❖ No profundiza en sus sentimientos, se queda en la superficie.
- ❖ Persona con excesivas responsabilidades y poco tiempo de ocio. Afirma que tiene una hermana que es despreocupada porque viaja mucho y vive la vida, a pesar de que también trabaja.
- ❖ Persona muy exigente con sus responsabilidades.

En esta sesión, las tareas que se le mandan para casa son las siguientes:

- ❖ Meditación todos los días (fundamental).
- ❖ Parada del pensamiento. Utilizar la palabra “stop”, “para”, pellizcarse, ponerse un punto en la mano que le recuerde cada vez que aparecen las obsesiones.

2.3. Tratamiento

El tratamiento aplicado tanto en el TOC como en la fobia específica ha sido el cognitivo-conductual. En el caso de la fobia se ha llevado a cabo una exposición combinada en vivo y en imaginación de forma sistemática y gradual al estímulo fóbico, por lo tanto, estaríamos hablando de una DS, la cual, ha sido acompañada con técnicas de relajación y autoinstrucciones positivas con el objetivo de facilitar el afrontamiento.

Por otro lado, en el caso del TOC se ha aplicado la EPR junto con la técnica de la parada de pensamiento y procedimientos derivados de las terapias de tercera generación, concretamente, de la ACT y del Mindfulness, como la utilización de metáforas, los ejercicios experienciales y la meditación.

Asimismo, y de forma paralela a lo comentado anteriormente, se trabajó la baja autoestima y el acercamiento hacia la pareja. Para ello se elaboró una lista con posibles técnicas a aplicar; algunas de ellas aparecen en las sesiones que se describen más adelante, mientras que las otras se pueden consultar en el anexo del presente trabajo.

Por último, se intentaron buscar intereses o aficiones que le gustasen al paciente, para motivarle a practicar alguno de ellos, y así conseguir que tuviese algún tipo de actividad positiva y gratificante.

A continuación se enumeran los objetivos que persigue la intervención psicológica aplicada, tanto generales como específicos para cada uno de los trastornos que presenta el caso clínico.

2.3.1. Objetivos de la intervención psicológica

Los objetivos propuestos fueron los siguientes:

➤ **Objetivos generales:**

✚ TOC:

1. Eliminar las obsesiones y compulsiones de limpieza y orden.
2. Eliminar las rumiaciones sobre temas o situaciones negativas.

✚ Fobia específica:

1. Eliminar el miedo clínico o fobia que presenta al tocarse el pene, concretamente el glande.

➤ **Objetivos específicos:**

✚ TOC:

1. Identificar concretamente las situaciones que provocan las obsesiones y compulsiones.
2. Identificar el tipo de obsesión y compulsión que tiene lugar.
3. Conseguir la exposición a las obsesiones evitando realizar las compulsiones correspondientes.
4. Enseñar estrategias que faciliten la exposición a las obsesiones.
5. Motivar para la exposición a las obsesiones.
6. Ampliar las actividades gratificantes y positivas.

✚ Fobia específica:

1. Identificar específicamente las situaciones o estímulos temidos.
2. Modificar las cogniciones anticipatorias respecto a la situación o estímulo fóbico.
3. Conseguir la exposición a la situación o estímulo fóbico y eliminar los episodios de evitación o escape.
4. Proporcionar estrategias de control que faciliten el afrontamiento.

5. Motivar al paciente para el afrontamiento de las situaciones o estímulos temidos.
6. Mejorar la relación sexual con su pareja.

2.3.2. Procedimiento de las sesiones clínicas de tratamiento

Las sesiones de tratamiento siguen teniendo lugar semanalmente con una duración de una hora aproximadamente. A continuación, se realiza una descripción detallada acerca del desarrollo de las sesiones de intervención, de las técnicas empleadas, de los problemas hallados y de los avances conseguidos durante las mismas. Anteriormente, ya he comentado que poseo información del caso hasta la sesión número diez, ya que posteriormente la Psicóloga que llevaba el caso cogió la baja y lo derivó a otro profesional, por ese motivo no puedo aportar datos acerca de las posteriores sesiones.

➤ Quinta sesión

Respecto a exigencias y responsabilidades se encuentra más tranquilo. Las obsesiones (basura mental) relacionadas con la limpieza han disminuido (terraza, platos). En el trabajo se siente más relajado, afirma “me he quitado un peso de encima”, ya que de 4 alumnos le han aprobado 3, después de 1 mes de suspensos. Cuando tiene un período malo de aprobados, tiene la creencia de que el jefe le va a llamar la atención (negativismo), a pesar de no tener pruebas objetivas de ello, ya que jamás le han llamado la atención por el número de suspensos, sin embargo, sí han reconocido en público en diversas ocasiones que es un buen profesor, incluso le han recomendado a alumnos.

Entre José y su mujer sigue habiendo muy poca comunicación, hay un gran alejamiento entre ellos. José no le está dando importancia a la relación después de todo lo que ella le dijo. Ahora mismo no tiene confianza en sí mismo, y ha pensado en una posible separación. Siente que ha descuidado la relación porque le ha dedicado mucho tiempo al trabajo, a ayudar a los otros. Se le nota desmotivado y con baja autoestima.

A continuación se presenta un fragmento de la sesión:

T: ¿Cómo ha repercutido en ti el análisis que hicimos la semana pasada?

P: Me ha servido, he reflexionado acerca del tema, y veo que ese comportamiento antes era una necesidad en el caso de mi madre, pero en mi caso no es funcional.

T: ¿Qué opinas de tu padre?

P: No tenía fuerza de voluntad.

T: ¿Pero crees que tenía necesidad de tener fuerza de voluntad con la actitud de tu madre? Donde hay una persona muy activa, siempre hay una persona muy pasiva. Por ejemplo, una madre muy pendiente de la alimentación y de los estudios de su hijo, hace que el padre se despreocupe de estos temas, ya que toda la responsabilidad recae sobre la madre.

Cada vez que hablas mal de una persona te pones incómodo, te sientes mal, y a continuación te justificas.

¿Cómo fue tu adolescencia?

P: Tuve más relación con la familia materna, y que ésta hablaba mal de mi padre (“es un flojo”, “es un alcohólico”)

T: ¿Cómo te sentaba eso?

P: No me gustaba, me ponía del lado de mi padre, y no recuerdo que mi madre defendiera a mi padre, aunque “seguramente lo habrá hecho”.

T: o quizá no lo haya hecho.

No es cómodo para nadie escuchar eso de su padre, quizá eso ha despertado en ti la autoexigencia en el trabajo, y ese gran valor que le otorgas al trabajo te afecta a nivel personal, en casa. Para evitar que te critiquen, que se rían de ti, tal y como hacían con tu padre, eres muy autoexigente con el trabajo. ¿Te has dado cuenta de donde viene todo eso?

José se queja de que los fines de semana su mujer se levanta a las 12, mientras que él se levanta temprano y hace todas las tareas de la casa. **T:** Imagínate que te obligasen a estar en la cama hasta las 12, tal y como hace ella; bien pues ahora ponte en su lugar (tú la obligas indirectamente a levantarse temprano).

Durante la sesión se introducen aspectos de la ACT:

T: ¿Qué valores tienes? ¿Qué cosas te guían en la vida?

Metáfora del jardín de flores (jardín de valores): En un papel dibujamos un jardín con flores, donde cada flor es un valor para José. Los valores propuestos por José son los siguientes:

- ❖ Ayudar a los demás.
- ❖ Conservar a los amigos.
- ❖ Cuidar la relación familiar.
- ❖ Cuidar el trabajo (a veces no se nota a gusto con el trabajo).
- ❖ Cuidar de sí mismo.

T: Lo más importante es que te dejes llevar por tus valores, que no los pierdas de vista. Así que este papel lo vas a llevar en la cartera y si se te ocurre alguno más lo pones. Siempre te culpabilizas por todo, pero la culpa no sirve para nada, sólo nos hace sentirnos peor, así que tienes que dejar la culpa a un lado y coger la responsabilidad, para aprender de esta situación y no volver a caer. Muchas veces perdemos de vista nuestros valores, nuestras guías. Si tus valores están bien, tú te vas a sentir bien.

Cada flor de tu jardín necesita un cuidado distinto, ya que hay rosas, amapolas, claveles. Por ejemplo, el trabajo puede ser una flor que tienes que regar todos los días para que siga viva, mientras que la familia puede ser una flor que sólo necesita que la riegues una vez a la semana para mantenerla viva. Ahora bien, siempre hay matorrales o malas hierbas en todo jardín, ¿y qué sucede? Que nos paramos en estas y dedicamos mucho tiempo a cortarlas, arrancarlas, descuidando así el resto de flores. Por ejemplo, una mala hierba de tu jardín sería la conversación con tu mujer, te has quedado pillado (bucle) en esa conversación. Lo que la gente no sabe es que los matorrales tienen un tiempo de vida corto, y con el tiempo desaparecen, pero si dedicamos nuestro tiempo a cortarlas, por ejemplo intentando eliminar los pensamientos negativos, lo que hacen es

crecer con más fuerza. Por lo tanto, tenemos que aceptar tanto los pensamientos positivos como los negativos, pero el tiempo se lo tenemos que dedicar a los pensamientos positivos, ya que no hay jardín sin malas hierbas, y éstas siempre sirven para algo.

Lleva semanas sin tener relaciones sexuales y sin masturbarse. Aún no ha pedido cita al Urólogo, dice que tiene miedo.

Para la sesión siguiente le pedimos las siguientes tareas:

- ❖ Meditación.
- ❖ Registro semanal.

➤ **Sexta sesión**

José tiene una autoestima muy baja. Se valora como una persona insegura, débil, con pocas cualidades físicas. Por este motivo, en esta sesión se trabaja la autoestima, pero previamente se le define el concepto de autoestima y autoconcepto:

- ✚ Autoconcepto: Es la percepción o la imagen que se tiene de sí mismo en las diferentes áreas. Por ejemplo, en el trabajo me considero una persona responsable y eficiente.
- ✚ Autoestima: Es la valoración o el juicio que uno hace de sí mismo de manera global. Se podría decir que es la parte afectiva del autoconcepto.

Por otro lado, manifiesta una indecisión acerca de su pareja, no sabe si dejarla o seguir con ella. Lo que realmente quiere hacer es escapar de la situación, ya que afirma que no se puede quitar de la cabeza los comentarios negativos que le hizo su mujer.

Ella ha tenido acercamiento hacia José, pero él la ha ignorado, debido a la obsesión que tiene con la conversación pasada entre ambos. Sólo se centra en lo negativo (filtro cognitivo).

Respecto a la limpieza y el trabajo está más relajado, no es tan exigente. Sin embargo, estos datos los deberíamos contrastar con su mujer. En el trabajo afirma que

ha estado más comunicativo y menos exigente con los alumnos, y gracias a ello ha notado que los alumnos estaban más relajados y más comunicativos con él.

El jardín de flores lo tiene colgado y cada día lo mira. Además, está más contento, sonríe más y se le nota más relajado corporalmente.

En esta sesión se le recomiendan las siguientes tareas:

- ❖ Seguir con la meditación. Afirma que le va muy bien, que son dos momentos del día que consigue desconectar y no pensar en nada.
- ❖ Trabajar la autoestima: Registro de todo lo que hace bien.
- ❖ Trabajar el acercamiento hacia la pareja. Intentar hablar con su mujer sin tener el pensamiento negativo (ACT).

➤ Séptima sesión

Durante la sesión se llevó a cabo un ejercicio de meditación, y se pudo observar como el número de respiraciones por minuto aumentaba y se notaban menos profundas cuando pensaba en algo. Para realizar el ejercicio es mejor contactar con los elementos del entorno con nuestros sentidos, por ejemplo, descalzarte si la meditación la realizas en el campo, notar el olor de la tierra húmeda.

Ha ido a un Urólogo, y le ha recomendado tratamiento psicológico. Afirma tener una hipersensibilidad en el pene (estado de defensa), y no un problema de etiología orgánica, por lo tanto, desde este momento ya podemos empezar a trabajar de forma psicológica el problema del pene.

Por otro lado, se siente agobiado por el trabajo porque le han suspendido todos los alumnos, descuidando y no avanzando de esta manera la relación con su mujer.

Presentamos un fragmento de la consulta:

T: Ella espera cosas de ti. ¿Ha habido algún cambio en ti respecto a Sonia? (En estos momentos está obsesionado con el trabajo). ¿Qué te dice eso de ti? Que en el momento que hay un matojo en tu jardín, tapa todas las flores, tapa todo tu jardín. Si sale un matojo en tu vida, éste la anula durante un tiempo. Estabas tan centrado en el matojo del trabajo que has dejado de lado el matojo de tu mujer que tanto te anulaba (la

conversación). Piensa que los matojos son basura mental. ¿Qué ganas con eso? Con eso sólo consigues sufrimiento, y ten en cuenta que el dolor es inevitable, pero el sufrimiento es opcional.

En este momento están más grandes los matojos que las flores. Es importante que te des cuenta de ello (ya lo hace), lo que te falta es entrenamiento, ya que siempre tendemos al hábito. Tu hábito normal durante todo este tiempo ha sido alimentarte de tu basura mental, podríamos decir que te alimentas de comida basura, y aunque sabes que esa comida es insana y te causa dolor y sufrimiento, te sigues alimentando de ella porque es lo que has hecho durante muchos años.

Si siempre te ocupas de los matorrales, nunca vas a cultivar tu jardín. No existen personas que no tengan matorrales en su vida. Al problema hay que prestarle la debida atención, pero no entregarle tu vida. ¿Cómo crees que podrías controlar eso? Tienes que vivir el presente, el día a día, y hacer algo diferente a lo que haces habitualmente, como por ejemplo, comprar una vela y abrir una botella de vino con tu mujer. Se trata de romper con la rutina y la monotonía.

En este sentido, se le recomienda hacer una lista de cosas que le gustan a su mujer, y de vez en cuando coger cosas de esa lista. Esta técnica se utiliza en terapia de pareja. Ella está teniendo acercamientos hacia él, por ejemplo, le llama más durante el trabajo.

Durante la sesión se realiza el siguiente ejercicio de autoestima:

✚ 5 cosas que te agraden de tu forma de ser:

1. Responsable.
2. Bondadoso.
3. Trabajador.
4. Familiar.
5. Amable.

✚ 5 cosas que apruebas de tu imagen física: (nunca le ha dado importancia)

1. Sonrisa.
2. Piernas.
3. Ojos.

4. Estatura.
5. Calvo.

✚ 5 cosas que no te gustan de ti:

➤ De tu forma de ser:

1. Serio.
2. No empático.
3. Poco comunicativo.
4. Controlador con las personas.
5. Controlador con el dinero.

➤ Físicas:

1. Dientes.
2. Pelos en la espalda.
3. Orejas grandes.
4. Michelines.
5. Dolor en el pene, y no disfrutar del sexo por ese dolor.

Las tareas que se le piden para la siguiente sesión son las siguientes:

- ❖ 5 cosas para mejorar a nivel físico y de tu forma de ser.
- ❖ Leer la definición que te voy a dar de las dos técnicas siguientes:
 - ✚ Autoinstrucciones positivas:.....
 - ✚ Pensamientos alternativos:.....
- ❖ Listado de logros y éxitos a nivel laboral, social y familiar.

En sesión se pone un ejemplo de cada uno. A nivel laboral, el conseguir un respeto como profesor, a nivel social mantener la amistad con un amigo de toda la vida, y a nivel familiar el ayudar y apoyar cuando lo necesitan.
- ❖ Tocar todos los días el pene durante un minuto a la hora de la ducha. Se trata de tocarlo alrededor, no de masturbarse. Se trata de una exposición en vivo gradual. Debe de realizar un autoregistro y puntuar cada día del 1 al 10 el número de dolor o molestia que siente.

➤ **Octava sesión**

En estos momentos siente mayor autocontrol, se nota más relajado por la respiración. Es más consciente de todo y menos obsesivo. Es un gran paso ser más consciente de uno mismo y de las emociones que surgen. Se trata de vivir el presente, de tener consciencia plena.

Se lleva a cabo en sesión un ejercicio de DS en imaginación, con el objetivo de reducir la sensación de malestar que le provoca tocarse el pene. Se trata de desensibilizar el cuerpo hacia todo aquello que le provoca fobia.

El ejercicio de exposición tuvo lugar de la siguiente manera:

T: Empezamos por el primer momento, cuando te pasó. Pones los pies en el suelo, el cuerpo relajado y nos centramos en nuestra respiración, nos centramos en sentir como entra el aire, como inunda nuestros pulmones y todos nuestros órganos....

Vamos hacer un recuerdo de todo aquello que pasó cuando eras pequeño. Sitúate en el sitio, a qué hora del día pasó, la estación del año, recuerda los colores, los sonidos de tus amigos, recuerda cómo eran de pequeños, intenta oler, recordar las sensaciones de aquel momento. Ibas hacer pis, no era la primera vez que ibas, y seguramente estarías distraído y al subirte la cremallera notaste como se enganchó la piel de tu pene. Siente ese momento, es importante que lo sientas. Al tirar de la cremallera arrancaste un poco la dermis, recuerda el dolor, siente ese momento. Han pasado 30 años desde aquella ocasión, y desde entonces no ha vuelto a pasar, sólo es un pequeño recuerdo, una anécdota que pasó y que ha marcado tu relación con tu pene, ya es hora de que cambies esa relación, ya has tenido tiempo para sufrir, ahora es tiempo de no tener miedo.

Nos centramos de nuevo en la respiración, como entra y sale el aire. Poco a poco vamos abriendo los ojos, conectando con el momento actual.

¿Has llegado a sentir y revivir ese momento? (Afirma haber sentido ansiedad y tensión) ¿Qué grado de malestar le pondrías? (Contesta que un 8). Se te notaba tenso en el momento de recordar el acontecimiento.

Las tareas para casa son las siguientes:

- ❖ Meditación (imprescindible).

- ❖ Tener conciencia de la basura mental.
- ❖ Conversación pendiente con Sonia respecto al sexo desde el “yo me siento”.
- ❖ Tocarse el pene con la mano y luego con un objeto (mango de la ducha, bote de gel) durante 15-20 segundos. Es decir, primero con las manos 15- 20 segundos, y luego con un objeto otros 15-20 segundos. Esta semana sólo lo ha tocado con la mano 5 segundos, ya que estar más tiempo le suponía un gran malestar.

➤ **Novena sesión**

En relación a su mujer, nota mayor acercamiento, más comunicación y afectividad. Respecto a su fobia a tocarse el pene, a pesar de habérselo tocado menos segundos de lo indicado, afirma tener menos miedo. Además, afirma costarle menos tocarse el pene con el objeto, en este caso un bolígrafo, que con la mano. Por otro lado, cuando el bolígrafo no lo mueve por el pene, el índice de malestar es de 3-4 puntos y la duración del ejercicio de 30 segundos. Mientras que cuando el bolígrafo lo mueve por el pene, el índice de malestar sube a 8 puntos y no es capaz de aguantar más de 3-4 segundos.

Le cuesta mucho dejar el prepucio sin la piel. Aguanta más mirando el pene cuando está meditando. No puede andar desnudo por casa por miedo a que algún objeto le dé en el pene. Sólo aguanta desnudo cuando está sentado en el wáter porque piensa que nada le puede tocar el pene. Cuando se cubre el prepucio afirma sentir una sensación de tranquilidad, de seguridad y confianza. Nunca ha estado con el prepucio fuera, por eso siempre tiene que tapárselo rápidamente. Además, tiene miedo de la contaminación. Por lo tanto, el origen del problema con el pene son dos, por un lado, el trauma que tubo de pequeño cuando se pilló el pene con la cremallera, y por otro lado, el miedo a la contaminación típica de una persona con un TOC.

Debido a su problema con el pene, prácticamente no tiene relaciones sexuales. Tampoco tiene sexo oral, la mujer no le puede tocar. Casi no se masturba por miedo a hacerse daño.

De nuevo se lleva a cabo un ejercicio de DS en sesión. El objetivo es conseguir que el pene deje de ser un estímulo aversivo. En la DS, el estímulo aversivo se tiene que presentar cada vez con mayor rapidez, y éste a su vez tiene que ser cada vez más intenso, es decir, tiene que provocar a la persona mayor ansiedad.

Se expone una parte del ejercicio de DS realizado en sesión:

T: Imagínate que te estás tocando el pene y no te molesta tanto como tú pensabas, no hay ni daño ni dolor psíquico. Imagínate que coges el pellejo y empujas hacia atrás, y no notas que tu cuerpo se ponga tenso o nervioso. Consigues dejar el prepucio fuera, sientes agobio, ganas de esconderlo, intenta vivir la imagen en el baño. Siente como tu malestar aumenta, pero a pesar de eso continuas con el prepucio fuera, imagínate todos los detalles, y a la vez ves diciéndote las siguientes autoinstrucciones y pensamientos alternativos: “A pesar de encontrarme molesto, soy capaz de tener el prepucio fuera”, “Soy más fuerte que la molestia que me puede ocasionar tener el prepucio fuera”, “Este malestar es sólo tensión psicológica”. Intenta mirarte el prepucio, lleva más de dos minutos fuera gracias a las frases positivas: “Sólo es una falta de costumbre lo que crea el dolor, son mis pensamientos los que crean el dolor”, por eso tenemos que eliminar la basura mental, para eliminar el dolor psicológico.

Ahora vas a contactar el dedo índice con el prepucio, mírate, como tu cuerpo se encoje. Pero a pesar del miedo colocas el dedo en el prepucio y te paras a observar qué sientes, y te das cuenta que no hay dolor físico, sólo es malestar psicológico. Ahora vamos a hacer lo mismo, pero con un bolígrafo, rozamos el prepucio con la superficie del bolígrafo. Sientes que aumenta la tensión, el malestar, pero a pesar de ello sigues moviendo el bolígrafo, no le haces caso a tus pensamientos porque sabes que son basura mental. Has aprendido a darte cuenta que eso es basura mental, que no tienes dolor físico, a centrarte en el ahora y el presente.

Para terminar miramos el prepucio, sentimos el no dolor y lo tapamos. Nos volvemos a relajar, dejamos los pensamientos a un lado y nos centramos en la respiración. Centrados en la respiración empezamos a despertarnos poco a poco.

Después del ejercicio se siente bien. Afirma que no ha sido tan incómodo como la primera vez con el ejercicio de la DS porque se ha expuesto toda la semana al pene. El pensamiento más negativo que le viene a la mente es “quiero guardarlo”.

Las tareas para realizar durante la semana son las siguientes:

- ❖ Meditación.
- ❖ Tocarse el pene con la mano, luego con un objeto y posteriormente mover ese objeto. Cada tarea durante 15-20 segundos cada día.
- ❖ Exposición en imaginación acerca de tener el prepucio fuera.
- ❖ Sacarse el prepucio durante 15-20 segundos cada día.

➤ **Décima sesión**

Respecto a la pareja, afirma que están bien, que tienen más comunicación, y que han tenido dos relaciones sexuales. Previamente estuvieron hablando, hubo caricias y penetración sin felación, no obstante, el miedo a hacerse daño en el pene estaba presente.

Respecto a los ejercicios anteriores, aguanta mejor tener el dedo quieto y presionado contra el pene. Le molesta más el frotar o rozar, pero ahora lo aguanta más que antes.

Durante la sesión se realizan dos ejercicios de dibujo:

1. Primer ejercicio

T: Quiero que me dibujes tu pene. Como tú quieras, ponle los colores, la forma, el tamaño que tú quieras.

¿Lo has dibujado erecto? (Dice que sí)

¿Dónde están tus partes dolorosas? Señálamelas en el dibujo, ponle un círculo a la parte o partes que sientas dolor o malestar. (Al inicio de la terapia el malestar en el pene era generalizado, mientras que ahora el malestar se concentra en la parte del prepucio).

¿Qué índice de dolor o malestar del 1 al 10 le pondrías? (Dice que depende del ejercicio que haga). Vale, pues pon el nombre del ejercicio (presionar, rozar,...) y el índice de malestar al lado.

Frotar: 3-4 segundos aguanta. Índice de malestar: 7. ¿Y si te toca Sonia? Vale, pues eso para el próximo día.

2. Segundo ejercicio:

T: Quiero que me hagas un dibujo de ti mismo y de tu mujer.

De estos dos dibujos me llama la atención dos cosas:

1. Que rectificas mucho. (Para dibujar su pene utilizó 7 folios). Repites las cosas porque no te quedas conforme con lo que haces. ¿Te pasa en la vida lo de repetir las cosas porque hay veces que no te quedas conforme la primera vez que lo has hecho? (Dice que sí, me le pasa muchas veces). ¿Qué crees que hay detrás de eso? (Contesta que perfeccionamiento)
2. En los dos dibujos has utilizado el color azul. Con ese color reflejas que te gusta la tranquilidad y la paz en tu vida.

Has utilizado colores más oscuros que llamativos, eso quiere decir que eres una persona que le gusta la vida más simple, discreta, sin llamar la atención.

¿Hay algún detalle en tú dibujo que se te haya podido olvidar? (Dice que no). A mí me llama la atención que a tu mujer la has dibujado con una boca abierta y sonriente, mientras que tú te has dibujado con la boca cerrada, eso quiero decir que a ella la consideras una personas más extrovertida, más alegre, y tú te ves como una persona más callada, más seria y no tan habladora.

¿Y en que más se diferencia su cara de la tuya? A mí me llama también la atención que tú te has dibujado dos grandes orejas porque eres una persona que sabe escuchar, mientras que a ella no le has dibujado orejas, eso quiere decir que no es una persona a la que se le dé bien escuchar.

Tras finalizar la sesión, se le piden los siguientes ejercicios para casa:

- ❖ Masturbarse teniendo el prepucio fuera de vez en cuando.
- ❖ Que tu mujer te toque el pene un poco, pero sin masturbar, es decir, el objetivo es tener el contacto de otra mano que no sea la suya realizando los mismos ejercicios para conseguir una generalización de los resultados.

3. RESULTADOS

Como ya se comentó anteriormente, la información de la que dispongo para la exposición de los resultados es de las primeras diez sesiones de tratamiento, ya que posteriormente la terapeuta se tuvo que coger la baja por maternidad, derivando el caso a otro profesional.

Durante la evaluación inicial de caso clínico, no se administraron test psicométricos, por lo tanto, no contamos con datos objetivos acerca de la línea base de la sintomatología del caso, así como tampoco sobre la reducción de los mismos síntomas a lo largo del tratamiento. En este sentido, para comprobar si se han conseguido los distintos objetivos propuestos en el tratamiento, nos basamos en la subjetividad del paciente así como en la observación realizada por parte de la terapeuta.

Una vez identificadas las situaciones que provocan las obsesiones y compulsiones, así como el tipo de obsesión y compulsión que tiene lugar, se motivó al paciente para la exposición a tales obsesiones evitando la respectiva compulsión. Como resultado, podemos observar a lo largo de las sesiones una disminución progresiva en el número de rituales y en la ansiedad que éstos generan, así como una mayor tolerancia hacia el estímulo fóbico, y consecuentemente, menor nivel de ansiedad y malestar ante la exposición a éste. Sin embargo, las rumiaciones obsesivas siguen interfiriendo de forma significativa en la vida del paciente, ya que éste pasa largos periodos de tiempo pensando acerca de ellas, focalizando toda su atención en este tipo de pensamientos intrusivos, y descuidando de esta forma las otras áreas de su vida. No obstante, los objetivos generales de tratamiento se han alcanzado de forma significativa.

Para la exposición al estímulo fóbico, se le proporcionaron estrategias para facilitar el afrontamiento progresivo y gradual. La exposición al estímulo fóbico así como la reducción de las conductas de escape y evitación se consiguió de forma significativa según el paciente.

Como resultado de la reducción en la sintomatología fóbica, las relaciones sexuales con su mujer han mejorado y hasta el momento no se ha repetido ninguna situación de eyaculación precoz.

Además, su autoestima ha mejorado y muestra un estado de ánimo más positivo y relajado, por lo que la tensión laboral y los problemas asociados han disminuido. En este sentido, podemos afirmar que la mejoría se ha generalizado a las distintas parcelas de su vida.

Además, se ha conseguido ampliar el número de actividades gratificantes y positivas, como por ejemplo la práctica de deporte

4. DISCUSIÓN

A la vista de los resultados obtenidos, podemos decir que la combinación terapéutica aplicada para el TOC en este caso, entre la terapia cognitivo conductual (TCC) y las terapias de tercera generación, concretamente, la ACT y el Mindfulness, ha sido efectiva, puesto que ha logrado una rápida remisión de la sintomatología obsesiva y del número de rituales, bastante significativa ya en la cuarta sesión de tratamiento.

La adición de técnicas de ACT al TCC produce grandes beneficios en el tratamiento de este trastorno, que se traducen en una mayor y rápida remisión de la sintomatología y una generalización a otros ámbitos de la vida de la persona. Esta combinación aporta una manera más funcional de relacionarse con los síntomas, reduciéndolos en un primer momento y, aceptándolos como una parte natural de la vida posteriormente, de modo que no interfieran en el desarrollo de la persona en dirección a sus valores.

El proceso de cambio de la intervención parece haber sido el incremento en la flexibilidad psicológica, de modo que José aprendió a estar en contacto con sus obsesiones sin tener por qué implicarse en conductas de evitación o escape.

Por otro lado, cuando la persona escapa o evita el estímulo fóbico, su nivel de ansiedad disminuye, por lo tanto, la respuesta de evitación queda reforzada de forma negativa y como consecuencia la probabilidad de que se mantenga y se repita en el tiempo aumenta. Asimismo, la conducta de evitación impide que se produzca la habituación a la ansiedad, y por lo tanto, la extinción de la conducta fóbica.

En este sentido, toda intervención psicológica en el caso de una fobia tiene que estar basada en la aplicación de algún procedimiento de aproximación al estímulo fóbico, con

el objetivo de establecer una nueva relación entre la persona y éste, eliminando las conductas de escape/evitación y enseñando habilidades de afrontamiento

Las técnicas que mejores resultados han obtenido para el tratamiento de las fobias han sido las conductuales. En el presente caso clínico, con el objetivo de potenciar los resultados, se aplicó de manera combinada la exposición gradual en vivo y en imaginación, junto con la relajación y las autoinstrucciones positivas. En este caso, el tratamiento cognitivo-conductual aplicado a la fobia específica ha mostrado ser eficaz gracias a la interacción que ha tenido lugar a lo largo de las sesiones con el estímulo fóbico.

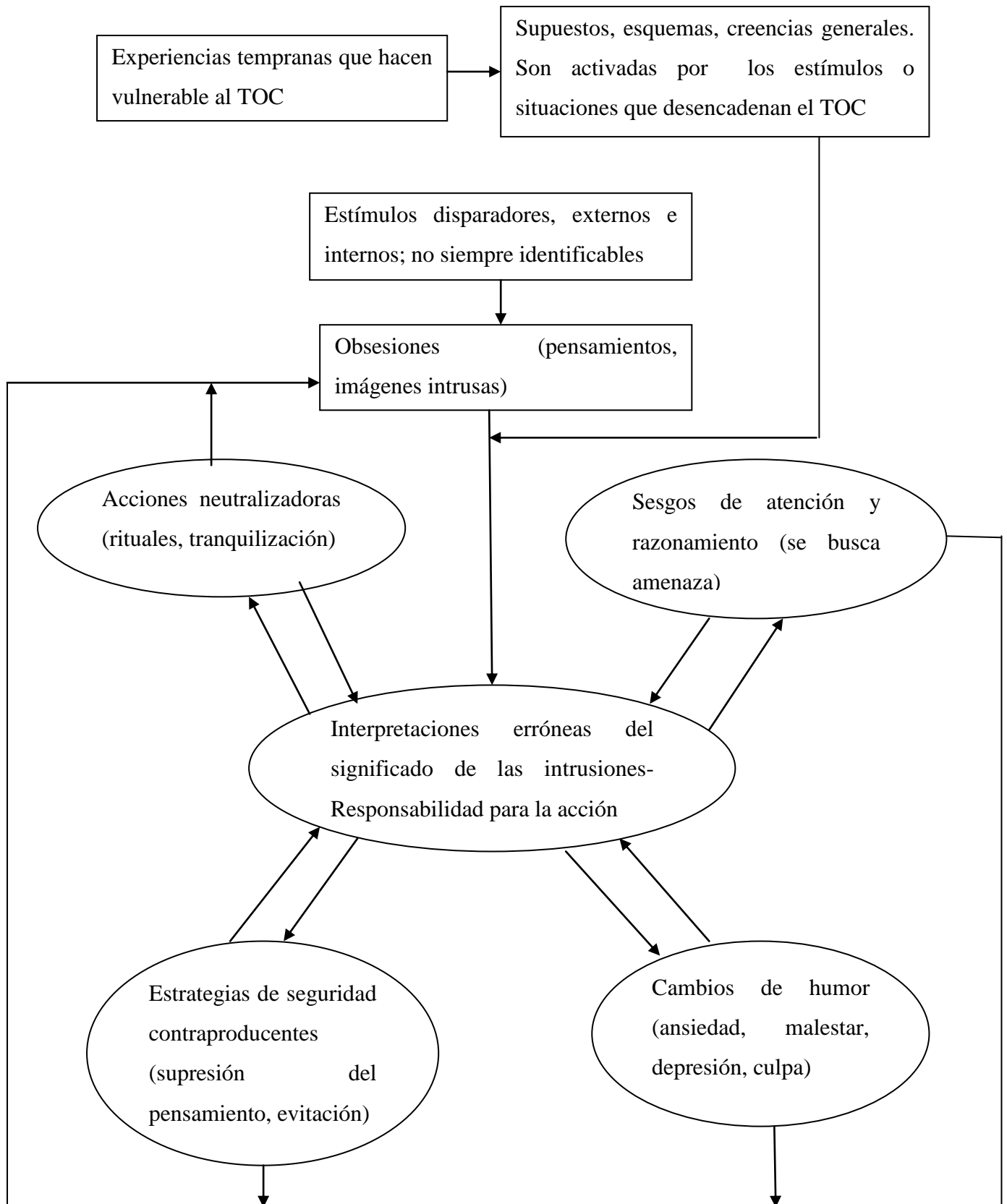
5. BIBLIOGRAFÍA

- Abramowitz, J.S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.
- American Psychiatric Association (2010). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Barcelona: Masson, D.L.
- Bados López A. (2005). Trastorno obsesivo compulsivo. Universitat de Barcelona. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i tractament Psicològics.
- Barraca Mairal J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y Mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37 (155-156), 43-63.
- Cruzado, J.A. (1993). *Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Freeston, M.H y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento de las obsesiones. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, págs. 137-169). Madrid: Siglo XXI.
- Ferro R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 3 (12), 445-450.
- Labrador F. J. y Crespo M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*, 13 (3), 428-441.
- Marks I. (1990). *Miedos, fobias y rituales: 2. Clínica y tratamiento*. Barcelona: Martínez- Roca.
- Martín Asuero A. y García de la Banda G. (2007). Las ventajas de estar presente: Desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 369-384.
- Miró M. T, Perestelo Pérez L, Pérez J, Rivero A, González M, De La Fuente J. y Serrano P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en Mindfulness para los

- trastornos de ansiedad y depresión: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16 (1), 1-14.
- Montero Fernández C, Fernández Martín C. y Pol Rodríguez J. (2013). Terapia cognitivo-conductual con componentes de aceptación y compromiso en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 33 (117), 123-134.
- Orgiles M, Rosa A.I, Santacruz I, Méndez X, Olivares J. y Sánchez Meca J. (2002). Tratamientos psicológicos bien establecidos y de elevada eficacia: Terapia de conducta para las fobias específicas. *Psicología conductual*, 10 (3), 481-502.
- Sánchez Meca J, Gómez Conesa A. y Méndez Carrillo F. X. (2003). El tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo en Europa: Un estudio meta-analítico. *Psicología Conductual*, 11 (2), 213-237.
- Taberner Viera J, Farré Martí J. M^a. Y Giménez Martínez L. (2005). Ansiedad cognitiva rasgo en sujetos con disfunción eréctil psicógena: Estudio piloto. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 75.
- Tortella Feliu M y Fullana Rivas M. A. (1998). Una revisión de los estudios retrospectivos sobre el origen de las fobias específicas. *Psicología conductual*, 6 (3), 555-580.
- Vallejo Pareja M. A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13 (3), 419-427.
- Vallejo MA. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo-compulsivo. En: Pérez M, coord. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Pirámide, 2003; p.337-353.
- Wilson K. G y Luciano C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

ANEXOS

Figura 1. Modelo cognitivo-conductual sobre el origen y mantenimiento del TOC



Técnicas para mejorar la autoestima

❖ **Ejercicio de cualidades:**

✚ *5 cosas que apruebes de tú imagen física:* Pueden ser los ojos, las manos, la sonrisa, la estatura,....

Si tú mismo no eres capaz de encontrarlas, pregunta a un amigo o familiar.

✚ *5 cosas de tú forma de ser que te agraden:* Puede ser tu capacidad de escucha, tu generosidad, tu constancia, tú inteligencia,...

Si no se te ocurre nada, piensa en las cosas que valoras en los demás y reflexiona hasta qué punto tú también posees esas virtudes.

✚ *5 cosas de tú forma de ser y de tú físico que no te agraden y 5 cosas que podrías hacer para mejorar.*

❖ **Autoinstrucciones positivas:**

✚ Repasa cómo te hablas a ti mismo en tú diálogo interior y modifícalo de manera que seas mucho más tolerante contigo mismo.

❖ **Pensamientos alternativos:**

✚ Intenta cambiar los pensamientos negativos hacia ti mismo, por otros más positivos y objetivos.

❖ **Listado de logros y éxitos conseguidos:**

✚ Logros académicos, laborales.

✚ Logros de funcionamiento familiar, social, laboral.

✚ Listado de dificultades superadas.

✚ Listado de momentos en la vida en la que ha tomado una decisión, asumiendo el control de tú vida.

❖ **Orientación a valores:**

✚ Planteamiento de aquellas cosas que quieres lograr en los diferentes ámbitos de tú vida, aquellas metas que quieres conseguir en la vida.

- ✚ Planteamiento de las actividades necesarias para conseguir las metas planteadas.

Técnicas de acercamiento hacia la pareja

❖ *Aprender a perdonar y dejar de lado el rencor:*

- ✚ Es importante para mejorar la relación de pareja, centrarse en el presente, dejar de lado los problemas del pasado y enfocarse en lo que es la relación actual.

❖ *Valorar al otro:*

- ✚ Listado de cualidades, características físicas y competencias que te gusten de tú pareja.
- ✚ Halagar y resaltar lo mejor de tú pareja, aquellos aspectos positivos.

❖ *Escuchar al otro:*

- ✚ Ponte en el lugar de tú pareja y evita esas actitudes que le molestan.
- ✚ Dedica tiempo a reconocer y a participar en todo aquello que a tú pareja le hace feliz.

❖ *Sorprende a tú pareja:*

- ✚ Planifica una salida diferente, sorprende con una cita romántica, regálale algo que le guste mucho.