



**Universidad
Europea** MADRID

Un caso de Trastorno Obsesivo Compulsivo

Máster de Psicología General Sanitaria

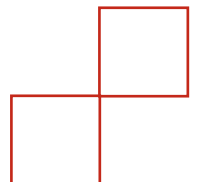
Autora: Patricia Carrasco Moreno

Tutora: Sonia Isabel Martins Gregorio

Curso 2021-2022

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Resumen

En el presente trabajo se detalla el proceso terapéutico de un paciente, varón, de 48 años y de nombre ficticio “A”. Acude a consulta por mucho malestar asociado a obsesiones con una posible contaminación y la posibilidad de enfermar. Dicho cuadro se desarrolla a raíz del confinamiento por la pandemia de la Covid-19. Se realiza una evaluación exhaustiva de la problemática utilizando diferentes técnicas validadas y respaldadas científicamente, como por ejemplo observaciones, entrevistas clínicas, autorregistros y cuestionarios específicos. Una vez se obtienen los resultados, el cuadro clínico que presenta A se diagnostica como Trastorno Obsesivo Compulsivo, a continuación, se realiza la formulación clínica del caso, detallando el análisis funcional y desarrollando diversas hipótesis tanto de origen como de mantenimiento. A raíz de ello se plantea un tratamiento cognitivo conductual, basado principalmente en Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), pero complementado con otras técnicas importantes, como Psicoeducación, Técnicas de desactivación y Reestructuración Cognitiva. El abordaje clínico que aquí se muestra se realiza a lo largo de 12 sesiones semanales, de las cuales las 4 primeras se destinan a la evaluación de una manera pormenorizada y las siguientes al proceso de intervención puramente dicho. En el transcurso del manuscrito se muestra el avance y mejora del paciente, la consecución de los objetivos terapéuticos planteados, la reducción del malestar previo al tratamiento y la mejora de la calidad de vida de A.

Palabras clave

Ansiedad, Exposición con Prevención de Respuesta, Psicoeducación, Reestructuración Cognitiva, Técnicas de desactivación, Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Abstract

In the present work, the therapeutic process of a 48-year-old male patient with the fictitious name "A" is detailed. He goes to the clinic due to a lot of discomfort associated with obsessions with possible contamination and the possibility of getting sick. This table is developed as a result of the confinement due to the Covid-19 pandemic. An exhaustive evaluation of the problem is carried out using different validated and scientifically supported techniques, such as observations, clinical interviews, self-records and specific questionnaires. Once the results are obtained, the clinical picture presented by A is diagnosed as Obsessive Compulsive Disorder, then the clinical formulation of the case is carried out, detailing the functional analysis and developing various hypotheses of both origin and maintenance. As a result of this, a cognitive behavioral treatment is proposed, based mainly on Exposure with Response Prevention (ERP), but complemented with other important techniques, such as Psychoeducation, Deactivation Techniques and Cognitive Restructuring. The clinical approach shown here is carried out over 12 weekly sessions, of which the first 4 are intended for a detailed evaluation and the following ones for the purely said intervention process. During the course of the manuscript, the progress and improvement of the patient, the achievement of the proposed therapeutic objectives, the reduction of discomfort prior to treatment and the improvement of the quality of life of A.

Keywords

Anxiety, Exposure with Response Prevention, Psychoeducation, Cognitive Restructuring, Deactivation Techniques, Obsessive Compulsive Disorder.

Índice

1. Introducción	6-21.
1.1. Definición y Conceptualización del TOC	7-10.
1.2. Prevalencia y Comorbilidad	10-13.
1.3 Modelos explicativos	13-17.
1.4 Evaluación	17-20.
1.5 Tratamiento.....	20-21.
2. Identificación del paciente y motivo de consulta	21-25.
3. Estrategias de evaluación	26-40.
3.1. Instrumentos de evaluación	27-31.
3.2. Resultados de evaluación.....	31-38.
3.3. Justificación del diagnóstico.....	38-40.
4. Formulación clínica del caso.....	40-48.
4.1. Variables disposicionales	41-42.
4.2. Hipótesis de Origen	42-44.
4.3. Hipótesis de Mantenimiento	44-48.
5. Tratamiento	49-61.
5.1 Desarrollo del tratamiento	50-59.
5.2 Descripción de las técnicas utilizadas.....	59-63.
6. Valoración del tratamiento	63-72.
7. Discusión y conclusiones.....	73-79.

1. Introducción

La publicación de la quinta edición del Manual Diagnóstico por excelencia en Psicología y Psiquiatría; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; APA, 2013), supuso un gran cambio para ciertos grupos de trastornos. En vista de los hallazgos obtenidos en las investigaciones más recientes en cuanto a comorbilidad, circuitos cerebrales implicados, neurobiología y otros conceptos, se propone la creación de un nuevo espectro de trastornos, conceptualizados bajo el epígrafe “Trastorno Obsesivo Compulsivo y trastornos relacionados”, en el que se incluyen los siguientes: Trastorno obsesivo compulsivo (TOC en adelante), Trastorno dismórfico corporal, Tricotilomanía, el Trastorno por excoriación, Trastorno por acumulación, TOC y trastornos relacionados especificados, otros TOC y trastornos inducidos por sustancias, otros TOC y trastornos relacionados especificados, y por último, otros TOC y trastornos relacionados no especificados. De esta manera, el TOC quedó fuera de la clasificación clásica en la que se incluía dentro de los Trastornos de Ansiedad (Castelló, 2014). La diferencia principal que el DSM 5 escinde respecto a la definición del TOC del DSM-IV es que redefine la naturaleza de las obsesiones como “impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados” y las compulsiones como “conductas repetitivas o actos que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente” cortando directamente la dependencia de los trastornos de ansiedad (Peralta-Lopez, 2017).

-Definición y conceptualización del Trastorno Obsesivo Compulsivo

La palabra “obsesión” proviene del latín “obsessio” u “obsidere” cuyo significado es “investir, sitiar, asediar, apropiarse”. Este término fue utilizado por primera vez haciendo referencia al ámbito psicológico por Whatburgen (1799). Aunque la primera definición de lo que actualmente conocemos por “Trastorno Obsesivo Compulsivo” fue posterior, en 1838 por parte de Etienne Dominique Esquirol. Además, la obra de Janet (1903) *Las obsesiones y la psicoastenia*, también fue relevante para el estudio y desarrollo del TOC (Kodysz & Esquirol, 1998). Posteriormente, Freud propone la neurosis obsesiva, conceptualizando el TOC como un conflicto del inconsciente. Más tarde, en 1995 se introduce el término “Trastorno Obsesivo Compulsivo” con la publicación del DSM-IV (Peralta-Lopez, 2017).

El Trastorno Obsesivo se considera una de las enfermedades mentales más complicadas, debido a la heterogeneidad de sus manifestaciones y a la intensidad con la que interfiere en el desarrollo de la vida diaria del paciente, de tal manera que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo coloca en el décimo lugar de las enfermedades más incapacitantes (Cruz, 2018; Leal-Carcedo, 2013; Zabala-Salazar, 2020).

Como su propio nombre indica, el TOC está formado por obsesiones y compulsiones. En primer lugar, aparecen las obsesiones, que según la APA (2013), serían pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes, intrusivos y persistentes, percibidos como sin sentido pero que ocasionan un acusado malestar. Los pacientes reconocen las obsesiones como irracionales pero no son capaces de tomar distancia y no dejarse gobernar por ellas (Lozano-Vargas, 2017). La manera de contrarrestar o

canalizar todo el malestar y sufrimiento que estas generan, es a través de las compulsiones, que vendrían a ser conductas o rituales estrictos y estereotipados, aplicados de forma extremadamente rígida y durante un tiempo excesivo (Lázaro et al., 2021) y que producen un alivio al neutralizar o prevenir las obsesiones.

Respecto a las dimensiones o tipos de obsesiones, existen diversas clasificaciones y estudios. En Stewart et al. (2018) se distinguen tres tipos principales de obsesiones. En primer lugar, se encontrarían las relacionadas con la limpieza y contaminación. A continuación, estarían las relacionadas con la simetría, el orden y la repetición; y en tercer lugar se agruparían todas aquellas relacionadas con temas sexuales, agresivos, somáticos, religiosos, etc.

Respecto a las compulsiones, existen múltiples y muy variadas, algunas de las más comunes son orar, contar, comprobar y otros rituales mentales y de perfección. Aunque existen otros autores como Pinto et al. (2007) que diferencian hasta 5 factores: contaminación/limpieza, acumulación, simetría/orden, ideas tabúes, duda/chequeo (citado en Lozano-Vargas, 2017). Así como De Silva y Rachman (1992), que diferencian 5 subtipos: limpieza/lavado, comprobación, otro tipo de compulsiones manifiestas, obsesiones no acompañadas de conductas compulsivas manifiestas y lentitud obsesiva primaria.

Lee y Kwon (2003) diferencian las obsesiones en autógenas y reactivas. Las primeras serían aquellas que aparecen de manera súbita e irracional, mientras que las segundas se desencadenan a raíz de estímulos concretos fácilmente identificables, lo que hace que se perciban como más racionales (Tabares 2020).

El último matiz respecto a la tipología de las compulsiones viene dado por García-Soriano et al. (2008), que distinguen entre pacientes con compulsiones manifiestas y compulsiones encubiertas, lo que resulta de gran relevancia para el abordaje en clínica.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5; APA, 2013, pp. 237-238) establece los siguientes criterios para el diagnóstico del TOC:

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

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

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

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

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. Ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. Ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.

Respecto al diagnóstico, cabe destacar que en niños, no es necesario que exista introspección o insight (Gomes de Alvarenga et al., 2017).

-Prevalencia y Comorbilidad

Según los datos del DSM-5, la prevalencia mundial del TOC se estima entre el 1,1-1,8%. Lo que encajaría con lo encontrado en la Base de datos clínicos de Atención Primaria (2021), que sitúa la prevalencia del TOC en el territorio nacional en 1,1% de la población, de manera similar en ambos sexos; aunque se diagnostica más en hombres hasta los 35 años, cifra a partir de la cual se diagnostica más en mujeres (véase Figura 1). Además, destaca la influencia del nivel social en la prevalencia; ya que, a menor renta, mayores son las cifras (García et al., 2020).

Figura 1

Prevalencia del TOC según grupos de edad

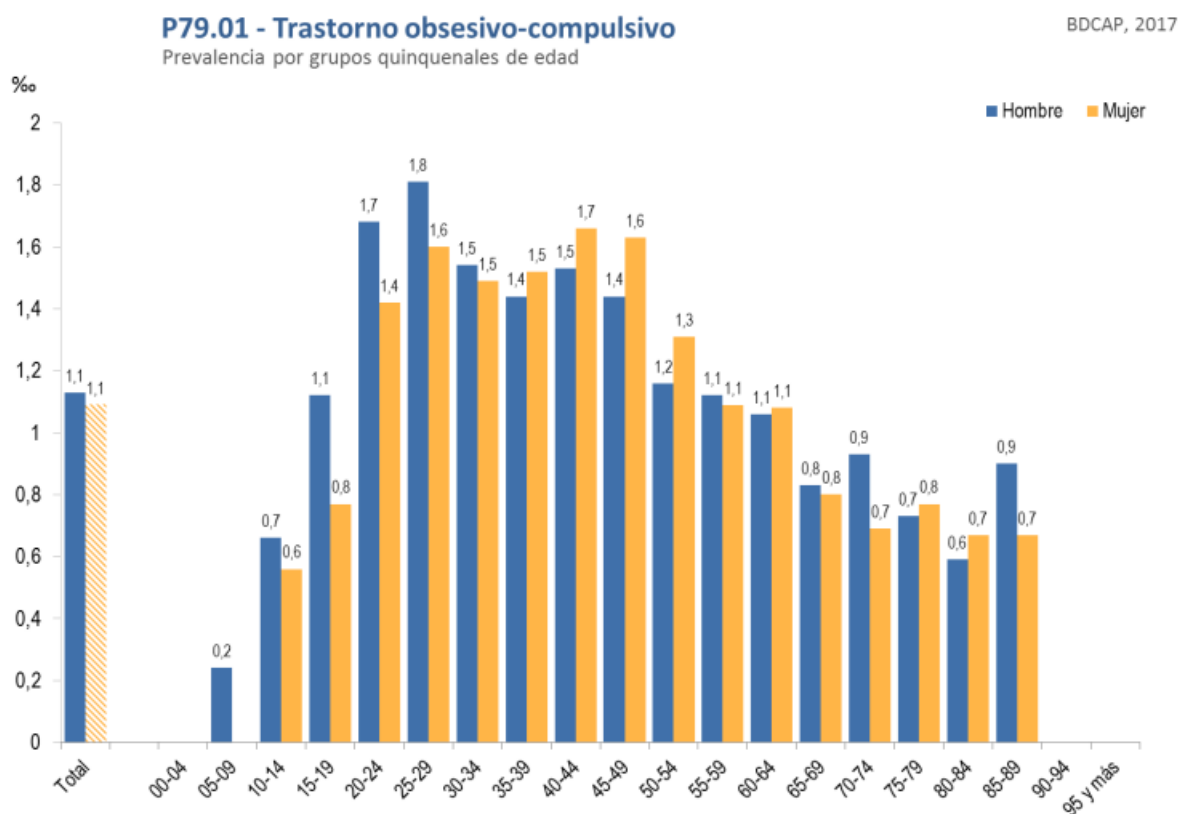


Diagrama de barras en representación de la incidencia del TOC por grupos de edad y sexo.

Recuperado de: Salud Mental en datos. Ministerio de Sanidad.

La edad de inicio del TOC se suele situar en la adolescencia, pero investigaciones recientes han revelado que el inicio puede ser previo y darse en la niñez (Peralta-Lopez, 2017), siendo así más precoz en niños que en niñas.

Respecto a la comorbilidad, tanto en adultos como en niños, entre el 60% y el 80% presentan otros trastornos junto con el TOC. En los niños pequeños y adolescentes, lo más común es presentar otro trastorno del neurodesarrollo como por ejemplo trastorno de TICS (entre ellos Síndrome de Gilles de la Tourette), trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), u otros trastornos afectivos, de ansiedad y de conducta alimentaria (Gomes de Alvarenga et al., 2017). Sin embargo, en adultos y ancianos las comorbilidades más comunes son con trastornos de ánimo y de ansiedad (Trastorno de ansiedad generalizada y Depresión mayor) además de trastornos degenerativos y neurológicos, como por ejemplo demencias y accidentes cerebrovasculares (Sharma et al., 2021). Lozano-Vargas (2017) expone las comorbilidades más comunes en función de las dimensiones de las compulsiones, de manera que aquellos pacientes de la dimensión orden/limpieza presentan mayor comorbilidad con hipocondrías. La de acumulación con fobias específicas, trastorno de estrés postraumático y trastorno de excoriación. En la dimensión de agresión destacan los trastornos por control de impulsos, TEPT y ansiedad por separación. Y la dimensión sexual/religiosa presenta mayor comorbilidad con trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, trastorno dismórfico corporal y trastornos somatomorfos.

El 11 de marzo de 2020, la OMS reconoció como pandemia mundial el virus de la COVID-19. Las medidas tomadas a raíz de esto para combatir la propagación del virus han estado centradas en la limpieza de manos, evitación de aglomeraciones y distancia social, lo que ha contribuido a exacerbar las obsesiones de limpieza dentro de trastornos como el TOC, con un empeoramiento de la sintomatología (Linde et al., 2022) y provocando un aumento de la tasa de incidencia (Imbali-

Vázquez, 2021). Los síntomas empeoraron durante las primeras etapas de la pandemia, especialmente para aquellos individuos con TOC relacionado con la contaminación (Guzick et al., 2021).

-Modelos explicativos del TOC

La causa concreta del TOC es por ahora desconocida, sin embargo, existen múltiples modelos etiológicos que tratan de explicarlo. Además, hay varios factores que se ha demostrado que resultan un riesgo a la hora de desarrollar este tipo de trastornos. Entre ellos encontramos la historia familiar, haciendo que aumenten las probabilidades si el paciente tiene familiares de primer y segundo grado de consanguinidad con esta misma afección. Otros factores biológicos a nivel cerebral, así como factores ambientales (experiencias traumáticas en la infancia, abuso, maltrato, etc.) (Biblioteca Nacional de Medicina, 2019).

Con el paso de los años, se han ido desarrollando múltiples modelos explicativos para el TOC. A continuación, se van a describir los más relevantes.

- Modelos Conductuales:
 - Teoría bifactorial de Mowrer (1939, 1960) del miedo y la evitación.

Esta teoría da sustento a los modelos y teorías conductuales sobre el TOC, los cuales se centran en que la clave del mantenimiento de los rituales o compulsiones es la capacidad de reducir la ansiedad, por ello se mantienen y es aquí donde debe incidir el tratamiento.

Siguiendo con la explicación de la teoría de Mowrer, mantiene que el desarrollo del TOC ocurriría en dos fases. La primera es la de adquisición del miedo, en la que se condiciona clásicamente un estímulo neutro con una experiencia aversiva. En la segunda, la persona comenzaría a desarrollar rituales compulsivos o neutralizaciones para evitar la ansiedad y el malestar del miedo condicionado de la fase previa. De esta manera, la evitación acabaría reforzando negativamente el miedo inicial proporcionando alivio y reduciendo la ansiedad.

A partir de esta, surgieron múltiples aplicaciones clínicas para el tratamiento de dicho trastorno, como la desensibilización sistemática, el condicionamiento operante, la terapia aversiva y la relajación, que ya se habían probado con otros trastornos de ansiedad. Sin embargo, la gran aportación del modelo conductual al TOC, vino de la mano de Victor Meyer (1966) con la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), que revolucionó y cambió radicalmente el abordaje del TOC (Leal Carcedo, 2013).

- Modelos Cognitivos:

El modelo cognitivo junto con las terapias cognitivas, fueron dejados de lado durante mucho tiempo, hasta la publicación de Salkovskis en 1985, *Obsesional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis*.

Hollon y Beck (1986) ya se habían dado por vencidos respecto al tratamiento del TOC, publicando que la terapia EPR era la más efectiva y que la terapia cognitiva poco más podía aportar, sin embargo, Allan Carr (1974) citado en Leal-Carcedo (2013) propone una de las primeras teorías del

‘appraisal’ para superar las limitaciones del modelo conductual. Su teoría se centra en la existencia de una sobreestimación de que ocurra el suceso temido; así establece que los rituales o compulsiones lo que hacen es reducir la probabilidad percibida de que suceda la amenaza temida. Sin embargo, esto no llega a explicar por qué se da dicha sobreestimación.

- Modelos Cognitivo-Conductuales:

Las teorías que obedecen a estos modelos ponen el factor determinante en la interpretación que se hace del pensamiento intrusivo y no en el contenido. Además de poner de manifiesto que para el desarrollo del trastorno es necesario el uso de estrategias de control (neutralizaciones, compulsiones) para los pensamientos intrusivos (Leal Carcedo, 2013).

- Teoría de Salkovskis (1985, 1989) exceso de responsabilidad.

En primer lugar, Salkovskis hace una distinción entre pensamiento intruso y obsesión, en función de la relevancia personal que tenga para el sujeto, por lo que la diferencia entre que un pensamiento se convierta en obsesión o no, estaría en la interpretación personal que la persona hiciese de él, y la responsabilidad que sienta sobre este.

Así establece dos procesos críticos en la patogénesis de las obsesiones: la excesiva responsabilidad personal de dañarse a sí mismo o a otros y las neutralizaciones. De esta manera, las compulsiones buscarían aliviar el malestar de esta alta responsabilidad sobre un pensamiento intrusivo negativo.

Además, propone errores cognitivos característicos de las personas con TOC, como el sesgo de responsabilidad, ausencia de sesgo de omisión, percepciones erróneas de la acción personal o el sesgo fusión pensamiento-acción.

Sin embargo, esta teoría deja grietas en la explicación del TOC por lo que surge un nuevo modelo cognitivo conductual más sólido que trata de superar estas limitaciones: el modelo de Rachman.

- Teoría de la interpretación errónea de Rachman (1977, 1993, 1997, 2002, 2003).

El principio central de su teoría es que las obsesiones se dan por una interpretación errónea catastrófica de la importancia de los pensamientos intrusivos. De manera que las obsesiones solo se eliminarán cuando corrijamos la interpretación que hacemos de dichos pensamientos. Según Rachman (1997, 2003) las interpretaciones erróneas estarían en función de 5 dimensiones: importancia, atención personalizada, ajenos al 'yo', las potenciales consecuencias y consecuencias graves. La comprobación compulsiva se mantendría porque una comprobación por sí misma no puede proporcionar el nivel deseado de certeza de que el miedo o pensamiento negativo temido no se dará, lo que hará que se realice la compulsión una vez más y así de manera indefinida.

Rachman (2002) propuso que el tratamiento del TOC debe incluir:

1-Modificación de la creencia.

2-Modificación de la interpretación errónea de la conducta de comprobación.

3-Prevención de respuesta o compulsión para desafiar las creencias sobre la probabilidad de ocurrencia de consecuencias catastróficas.

Además, Rachman (1993) fue el primero en proponer el concepto “Fusión pensamiento-acción” (TAF), sesgo que se da en el TOC según el que los sujetos tienden a equiparar los pensamientos con las acciones en la realidad (Leal Carcedo, 2013).

- Modelos biológicos:

Estos modelos establecen que las obsesiones se deben a un déficit de inhibición neuronal en la corteza prefrontal, lo que haría imposible inhibir dichas obsesiones ni tampoco las compulsiones. Como por ejemplo el modelo “orbito-fronto-estriado” de Menzies et al. (2008).

Otras teorías biológicas serían las de los déficits de segregación de serotonina, de Mavrogiorgou et al. (2018) y Evans et al. (2004), pero no resultan suficientes ya que no explican la totalidad de la mejoría de los pacientes con segregación serotoninérgica (Belloch, 2009).

-Evaluación del TOC

La evaluación del TOC debe ser multicomponente. Deben utilizarse entrevistas clínicas en consulta, junto con observación y otros autorregistros, pero también será necesario aplicar instrumentos concretos, centrados en dicho trastorno.

La observación debe hacerse en consulta centrándose en las conductas y la sintomatología relevante para el diagnóstico y la intervención del paciente. Registrando parámetros como frecuencia, intensidad, latencia, duración, etc. Además, es importante que el paciente realice una observación sobre sus propias conductas clínicamente significativas, que registrará en el autorregistro que el

psicólogo le proporcione en cada caso. Estos pueden ser muy variados en función de lo que se quiera registrar, pero normalmente suelen englobar aspectos como cuándo ocurre la conducta objeto de estudio, qué ocurre inmediatamente antes y después, qué emociones y pensamientos genera, etc. (Labrador et al., 2008).

Existen múltiples herramientas útiles para evaluar de manera correcta el TOC. En primer lugar, encontramos varios tipos de entrevista clínica:

- Composite International Diagnostic Interview. (Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta). (CIDI). Se trata de un instrumento de la OMS, publicado en 1988 por Ronald C. Kessler et al. Es una entrevista estructurada para la evaluación de múltiples trastornos.
- Mini-International Neuropsychiatric Interview. (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional). (MINI). Entrevista clínica estructurada y breve para la evaluación de múltiples trastornos psiquiátricos de la CIE-10. Elaborada por Sheehan et al. (1998).

En segundo lugar, destacamos herramientas de autoinforme centradas en las características clínicas del TOC. Entre ellas las siguientes son las más utilizadas:

- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. (Escala de obsesión-compulsión de Yale-Brown). (Y-BOCS). Se trata de un cuestionario heteroaplicado, presentado en forma de entrevista semiestructurada. Publicada por Goodman et al. (1989). Evalúa tanto obsesiones como compulsiones y la severidad y tipología del trastorno.

- Overvalued Ideas Scale. (Escala de Ideas Sobrevaluadas). (OVI). Centrado en las obsesiones. Evalúa la certeza y la fuerza de estas ideas (Neziroglu et al., 1999).
- Maudsley Obsessional Compulsive Inventory. (Inventario Maudsley de Obsesión-Compulsión). (MOCI). Se trata de un inventario autoaplicado para distinguir a los pacientes con TOC de aquellos con rasgos de personalidad obsesivos. Publicado en 1986 por Hodgson y Rachman.
- Obsessive Compulsive Inventory. (Inventario Obsesivo Compulsivo). (OCI). Se trata de un autoinforme para evaluar la gravedad del TOC (Foa et al., 1998).

Además, también es importante evaluar la ansiedad, ya que como previamente se ha comentado, el TOC se encuentra muy relacionado con los trastornos de ansiedad, a pesar de no ubicarse actualmente en el mismo grupo (Berrío García & Restrepo, 2017). Para ello son útiles instrumentos como:

- State- Trait Anxiety Inventory, STAI. (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo) (Spielberger et al., 2008). Se trata de un autoinforme que evalúa de manera independiente ansiedad estado y ansiedad rasgo que presenta adecuadas propiedades psicométricas (Fonseca-Pedrero et al., 2012).
- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). Elaborado por los profesores de la Universidad Complutense de Madrid, Juan José Miguel Tobal y Antonio Cano Vindel (1986). Evalúa la ansiedad rasgo y los tres niveles de respuesta por separado (cognitivo, motor y fisiológico). Además, de evaluar cuatro rasgos específicos de ansiedad: ansiedad

ante evaluación, ansiedad social, ansiedad en situaciones fóbicas y ansiedad en situaciones de la vida cotidiana (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986).

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck Anxiety Inventory). Es una escala diseñada por Beck y Steer (2011) para medir la gravedad de la ansiedad, catalogándola como mínima, leve, moderada o severa (Berrío García & Restrepo, 2017).

-Tratamiento del TOC

Para el abordaje clínico del TOC, es necesario distinguir dos ramas complementarias, los tratamientos psicológicos y los psicofármacos (Punnoose Ann, 2012).

Respecto a los segundos, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) han demostrado gran eficacia en la disminución de la sintomatología del TOC, en concreto los más usados son Sertralina y Fluoxetina (Vallejo, 2001).

Respecto a los tratamientos psicológicos, los más utilizadas son (APA, 2016; NICE guideline, 2020):

-La Exposición con Prevención de Respuesta (EPR). Se trata del tratamiento de elección en el TOC. Aunque se han hecho investigaciones que han revelado que existen pacientes que no se benefician de dicho tratamiento (Salkovskis 1989), hoy en día supone un componente esencial dentro de cualquier tipo de tratamiento para el TOC (Leal Carcedo, 2013). Esta terapia consiste en la exposición del paciente al estímulo condicionado temido (la obsesión y sus consecuencias

catastróficas) evitando que se produzca la compulsión. El tiempo medio de aplicación se situaría alrededor de las 12 sesiones (APA, 2016; Pifarré et al., 2001).

-Terapia Cognitivo Conductual. Se centra en técnicas que ayudan a los pacientes a modificar la manera de pensar y de comportarse. Utilizada de manera complementaria a la EPR (Pifarré et al., 2001).

-Terapia de Aceptación y Compromiso. Se encuentra dentro de la Teoría de los Marcos Relacionales, cuyo objetivo es cambiar la relación entre las personas y sus propios pensamientos, sentimientos o recuerdos evitados y temidos. Se centra en disminuir la evitación, a través de comprometerse con sus valores y estrategias de cambio (APA, 2016).

A lo largo de esta introducción se ha podido contextualizar el Trastorno Obsesivo Compulsivo desde una perspectiva teórica, haciendo un repaso por descripción, desarrollo y evolución del concepto, clasificaciones y criterios diagnósticos, datos de prevalencia y comorbilidad, teorías explicativas e instrumentos de evaluación y tratamiento. A continuación, el trabajo se dedicará al estudio de un caso concreto.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

De acuerdo con la Ley Órgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, publicada en el BOE número 294, a 6 de diciembre de 2018, algunos datos personales del paciente han sido modificados para preservar su anonimato.

Según esto, el paciente que se presenta es A, un hombre de 48 años, con residencia en Madrid y de profesión informático. Actualmente se encuentra soltero y sin hijos y vive solo. Presenta un nivel de estudios alto (ingeniería informática) y un nivel sociocultural también alto. Debido a su empleo, se encuentra en una condición económica bastante favorable.

Respecto a su situación familiar, tiene un hermano de 45 años y una hermana de 52, con los que mantiene buen trato, pero no muy cercano ya que ambos viven en Toledo y no se ven habitualmente. Con sus padres, sí que mantiene una relación muy estrecha ya que viven en Madrid muy cerca de A, y al tener edades avanzadas (79 y 83 años), pasa mucho tiempo con ellos.

Respecto a sus relaciones sociales, A cuenta con su grupo de 4 amigos de la infancia, con los que mantiene relación debido a la cercanía de sus viviendas. Además, tiene muy buena relación con dos compañeros de trabajo. Y usualmente queda con un primo suyo con el que mantiene buen contacto. Sin embargo, en la actualidad, todas estas relaciones se encuentran apartadas, fuera del desarrollo diario de A.

El paciente acude a consulta en marzo de 2022 por una obsesión con limpiarse continuamente las manos, por miedo a “ensuciarse, contagiarse de suciedad, virus, bacterias u otros organismos nocivos y poder enfermar” temiendo “cualquier enfermedad contagiosa o suciedad”, además, insiste en “tener mucha ansiedad”, y de hecho así lo refleja en la primera consulta. El paciente se muestra nervioso y tembloroso, no para de mover las piernas de manera rítmica, y balancea su cuerpo levemente hacia adelante y hacia atrás. No toca nada con las manos, sólo se apoya con los codos en

la silla, y para levantarse tampoco apoya las manos, sino que se ayuda con los codos de nuevo, además, habla con cierto tartamudeo.

No ha acudido con anterioridad a ningún otro psicólogo, sin embargo, en enero de 2022, sí acudió al médico de cabecera, que le recetó ansiolíticos y antidepresivos (Lorazepam 1mg 1-0-0 y Sertralina 50mg 1-0-0, respectivamente), aunque dice que no está tomando dicha medicación y que nunca la ha tomado, ya que “tiene miedo a volverse adicto”, además, dice que según ha leído en internet “el diagnóstico de lo suyo es TOC”. Presenta mucha vergüenza al hablar de su problemática y relata haber meditado mucho la decisión de venir a terapia, pero que “ya no podía aguantarlo más” ya que ha dejado de hacer su vida de “manera normal”.

Se denomina una “persona tranquila y racional”, que nunca ha tenido problemas psicológicos y siempre ha tenido “una vida relativamente estable”. Aunque reconoce que su madre siempre le ha inculcado una “especie de miedo a enfermar”, ya que esta siempre tomaba “precauciones excesivas” y se mostraba muy preocupada por poder “contagiarse de algún tipo de enfermedad”, pero, aun así, él siempre ha desarrollado su “vida con normalidad”. Relata que la madre tenía muchos comportamientos parecidos a los que el mantiene en la actualidad, y que cierta parte de ellos los ha aprendido de ella. Como por ejemplo lavarse las manos siempre antes y después de tocar cualquier objeto extraño. La madre nunca abría las puertas de fuera de su casa con las manos, sino que utilizaba los codos para evitar tocar los pomos, lo mismo hacía en el buzón del portal. En restaurantes siempre sacaba un clínex para limpiar los cubiertos y otro para sustituirlo por la servilleta del lugar. Siempre se lavaba las manos antes de comer, durante mínimo 5 minutos con

agua y con jabón, si no se las lavaba no podía comer. Guardaba el dinero que le daban de vuelta en el supermercado en un monedero aparte, para desinfectarlo en casa con agua con alcohol, y la comida que compraba, nada más llegar a casa, quitaba todos los envoltorios y los metía en una bolsa de plástico que tiraba nada más acabar, y aquellos alimentos sin envoltorio (como frutas y verduras), los desinfectaba con agua, jabón y vinagre, antes de meterlos en la nevera. Al igual que la ropa nueva, que siempre la lavaba antes de ponérsela.

Hace dos años, con el inicio de la pandemia de la Covid-19 (en marzo de 2020) la vida de A comienza a cambiar. Deja de trabajar de manera presencial y se limita a teletrabajar desde casa y a consumir noticias de televisión durante la mayor parte del día. Muchos de sus conocidos y amigos se contagian y le cuentan lo mal que lo pasan, algunos de ellos incluso precisan ser hospitalizados durante varios días. Es entonces cuando A comienza a desarrollar un miedo a contagiarse mucho mayor y comienza a cambiar sus patrones de comportamiento habituales, aislándose cada vez más de manera progresiva: deja de salir a hacer la compra, restringe las visitas a casa de sus padres y poco a poco deja de tener contacto con sus amigos, hasta incluso dejar de realizar videollamadas. Además, de manera paralela comienza a buscar mucha información en internet sobre el virus de la Covid-19: cómo se contagia, mortalidad, mutaciones, etc.

A comienza a llevar a cabo múltiples conductas relacionadas con la limpieza, centradas principalmente en sus manos (lava sus manos varias veces al día, cada vez que toca algún objeto. Realiza largos lavados durante al menos 10 minutos con agua muy caliente y jabón bactericida, de dedos a codos, y al finalizar siempre aplica hidrogel), aunque cuando tiene que salir de casa, al

regresar, también se lava de manera compulsiva el cuerpo entero (durante unos 30 minutos, se frota con una esponja exfoliante, llegando a dejarse el cuerpo rojo e irritado en ocasiones, y utiliza un jabón antibacteriano especial. En ocasiones ha llegado a pensar que “la suciedad le ha traspasado la piel y va a infectarse de algo malo porque ya ha entrado en su organismo”, y se frota hasta que consigue eliminar la primera capa de piel -especialmente en las manos y brazos-), desinfecta todos los productos que entran en su casa (utilizando lejía, alcohol y agua), no abre las ventanas para que no pueda entrar el aire (por si puede contagiarse del virus), el mismo deja de salir de su casa al considerar que vaya donde vaya está sucio y se va a contagiar, y le repugna a la vez que le aterra la sola idea de estar en contacto con esta suciedad. Se quita los zapatos y la ropa al entrar a su casa, los mete en una bolsa y automáticamente los lleva a la terraza para desinfectarlos con alcohol pulverizado o lejía mezclada con agua. Ha llegado a cubrir el sofá con plásticos para poder eliminar la suciedad más fácilmente y que no penetre en el tejido, y lo mismo ha hecho con otros objetos como el mando de la televisión, las llaves de luz y la tapa del WC. Nunca toca ningún objeto, pomo o botón con las manos, siempre utiliza las mangas de su camisa o sus clínex.

Fue al finalizar el segundo estado de alarma (mayo 2021), cuando su padre enferma gravemente de neumonía, pero no a causa de la Covid-19, aun así, debido a su avanzada edad, fallece. Esto tiene un gran impacto en A, ya que todas las conductas desadaptativas que había iniciado anteriormente (aislamiento, preocupación excesiva por enfermar o ensuciarse, conductas compulsivas de limpieza, etc.) se incrementan mucho, hasta llegar a la situación actual. Antes de comenzar la pandemia, A mantenía comportamientos algo exacerbados relacionados con evitar una posible infección o

contaminación, como evitar tocar cualquier botón o pomo de puerta, y si lo hacía, desinfectarse las inmediatamente después con hidrogel. También lavaba las frutas y las verduras durante unos 15-20 minutos al llegar a casa, y limpiaba siempre con un clínex los vasos de los restaurantes, sin embargo, ninguna de estas conductas llegaba a ser disruptiva en su vida.

3. Estrategias de Evaluación

La Evaluación Psicológica Clínica (EPC) es uno de los procesos más importantes en la clínica, y debe ser constante. Es necesario evaluar durante todo el proceso, pero bien es cierto que las primeras sesiones se dedican a ello de manera exclusiva, junto con la creación del vínculo terapéutico. Este proceso implica distintos ejes, momentos y tareas, y su finalidad es planificar de manera correcta el tratamiento. Se trata de un proceso de rigurosidad científica en el que distinguen cuatro fases: descripción del problema, desarrollo de hipótesis explicativas, contraste de hipótesis y formulación clínica del caso. Existen múltiples técnicas para realizar la EPC, pero estas deben ser siempre útiles, de calidad, válidas y fiables (Labrador et al., 2008).

La evaluación inicial se realizó durante las cuatro primeras sesiones, en las que se recogió toda la información relevante, se realizó el análisis funcional del caso y se le devolvió toda la información al paciente. En estas sesiones también se realizaron otras actividades relevantes, como iniciar el entrenamiento en respiración abdominal, al igual que se siguió evaluando en todas las sesiones del

proceso constatando el cambio del paciente y las posibles dificultades que podían encontrarse. Véase Tabla 2.

-Instrumentos de evaluación:

1. Entrevistas conductuales: La entrevista, descrita en Labrador et al. (2018) como “procedimiento de obtención de información mediante la conversación en la que se indaga mediante preguntas orientadas” continúa siendo el instrumento más utilizado en evaluación psicológica, considerado por muchos autores como indispensable.

En la primera sesión se realizó una entrevista inicial, de tipo semiestructurado, ya que existía un guion inicial para obtener información específica sobre aspectos clave que pudieran ser de gran relevancia en la explicación del problema. Aunque también existía espacio para indagar según lo que el paciente fuese expresando.

En esta y en las siguientes entrevistas, se indagó sobre las características de adquisición del problema y ubicación temporal de este, su contexto, el entorno social de A, etc. Con el fin de utilizar todo lo recabado para realizar una formulación del caso lo más detallada posible y un plan de intervención adecuado, siguiendo pasos concretos. En primer lugar, se delimitó la conducta problema, definiendo su importancia y los parámetros asociados (frecuencia, intensidad, duración, latencia...), se continuó por definir los determinantes de la conducta problema y la evolución y desarrollo de este, y finalmente se establecieron expectativas y objetivos que guiaron el plan terapéutico.

En la cuarta sesión se realizó una entrevista de devolución de información, en la que se le explicó al paciente las hipótesis de origen y mantenimiento de su análisis funcional, las variables disposicionales que habían influido en el desarrollo y mantenimiento de la conducta problema. Además, se comenzó a explicar el plan terapéutico de intervención que se había establecido para su caso en concreto, en función de los objetivos acordados en las sesiones anteriores.

El registro de dichas entrevistas se realizó a través de notas.

2. Observación conductual en sesión. A pesar de lo comúnmente pensado, la técnica de observación sistemática es una técnica exhaustiva muy rigurosa que requiere una minuciosa preparación, formación y detalle. El método radical indica que se debe elegir un método de medición (presencia, intervalos, frecuencia, etc.) y detallar todos los parámetros en una hoja de registro específica (Fernández Ballesteros, 2004). En la práctica clínica, no resulta posible realizar una observación sistemática a la misma vez que se registran las notas de la entrevista, se formulan preguntas específicas, se escucha de manera activa, etc. Por lo que, se restringe a la anotación de conductas clínicamente significativas que puedan ser útiles para formular hipótesis o apoyar datos con los que ya se han formulado hipótesis. En este caso se observó de manera continua en todas las sesiones de evaluación y de intervención.

3. Autorregistro y autoobservación. Se trata de una técnica en la que el propio paciente observa y registra sus propias conductas (véase Tabla 1). Es un procedimiento muy eficaz para recoger mucha información de manera detallada, a la vez que poco costoso, utilizado para medir conductas encubiertas o de entornos privados (Labrador et al., 2018). El paciente A registró sus conductas clínicamente relevantes durante una semana en una hoja de registro elaborada previamente. La instrucción que se le dio fue: apuntar en el autorregistro cada vez que tenga un pensamiento obsesivo relacionado con limpieza o contaminación o una conducta compulsiva para aliviar su malestar, a lo largo de una semana.

Tabla 1

Plantilla de autorregistro

SITUACION	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	ACCIÓN	EMOCIÓN DESPUÉS	CONSECUENCIAS
¿Qué hacía? ¿Dónde estaba? ¿Cuándo?	¿Qué pensé?	¿Qué sentí? ¿Con qué intensidad (1- 10)?	¿Qué hice?	¿Qué sentí después? 1-10	¿Hubo consecuencias?

4. Cuestionarios. Como ya se ha detallado anteriormente, para que la evaluación sea lo más completa posible y proporcione un abanico amplio de información, es necesario utilizar diversos tipos de técnicas evaluadoras que se complementen entre ellas. Los cuestionarios elegidos en este caso fueron los siguientes:
- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). Véase Anexo 1.
 - Yale-Brown Obsesive Compulsive Scale (Y-BOCS). Véase Anexo 2.

Se le dieron al paciente las instrucciones necesarias para completar de manera correcta ambos inventarios. Respecto al ISRA, se le explicó el orden de administración (primero escala cognitiva, después fisiológica y por último motora) y las opciones graduales de respuesta.

Finalmente, en durante las 3 últimas sesiones, se realizó una segunda evaluación en la que se aplicaron de nuevo las medidas iniciales (test y autorregistro), cuyo objetivo fue determinar la eficacia del tratamiento y los avances obtenidos hasta el momento.

Tabla 2

Cronología de la evaluación

Primera sesión: 02/03/2022	<p>Entrevista de evaluación conductual inicial:</p> <p>Recogida de información general y acercamiento a la problemática.</p> <p>Establecimiento de los objetivos terapéuticos generales.</p> <p>Observación conductual.</p> <p>Inicio del vínculo.</p>
Segunda sesión: 09/03/2022	<p>Segunda entrevista conductual: Recogida de información específica, detalle de la problemática.</p> <p>Entrega de autorregistros y cuestionarios.</p> <p>Observación conductual.</p> <p>Trabajo en el vínculo terapéutico.</p>

Tercera sesión: 16/03/2022	<p>Recogida de autorregistros y cuestionarios: ISRA y Yale-Brown.</p> <p>Trabajo en relajación: respiración abdominal.</p> <p>Observación conductual.</p> <p>Se refuerza el vínculo terapéutico.</p>
Cuarta sesión: 23/03/2022	<p>Entrevista de devolución: Explicación de análisis funcional. Psicoeducación.</p> <p>Explicación del plan de intervención y primeras tareas.</p> <p>Observación conductual.</p> <p>Vínculo terapéutico sólido.</p>
Sesión 5 ^a -12 ^a .	Intervención.
Sesión 10 ^a -12 ^a .	<p>Evaluación post-tratamiento.</p> <p>Aplicación de test y autorregistros.</p> <p>Devolución de resultados y estudio de evolución.</p>

-Resultados de la evaluación:

1. Observación. En consulta se observan comportamientos del paciente compatibles con conductas obsesivo-compulsivas. Acude a consulta con dos mascarillas: una FFP2 y encima una quirúrgica, que tira y se cambia nada más salir de consulta. Al saludar evita estrecharle la mano al psicólogo, sino que directamente se sienta y trata de guardar las distancias con este. Se muestra nervioso, agitado, manteniendo movimientos rítmicos de piernas y un leve balanceo corporal. Mueve rápidamente los ojos observando todos los objetos de la consulta. No toca absolutamente nada de manera voluntaria, y si se le pide explícitamente que lo haga utiliza su manga para recubrir su mano.

Lo mismo hace al abrir y cerrar la puerta, o si no, utiliza clínex, que lleva en su propio bolso, junto con hidrogel. No toca la silla, únicamente se apoya con los codos y también utiliza estos para levantarse.

2. *Entrevistas.* A través de las entrevistas se obtiene mucha información acerca de la problemática de A. En primer lugar, tiene pensamientos obsesivos con “poder contagiarse, ensuciarse y enfermar. Si entra en contacto con cualquier superficie u objeto contaminado, puede ensuciarse, si se ensucia, cuando esta suciedad entra en contacto con su organismo, puede llegar a contaminarse de algún organismo como virus, bacterias, hongos, etc, y desarrollar tipo de enfermedad infecciosa, lo que le llevaría a desarrollar un cuadro clínico, enfermar y poder morir, al igual que le pasó a su padre”. Además, “lo malo de esta suciedad y estos organismos es que no se ven a simple vista, pero están ahí. Siempre están”. Esto le genera muchísima ansiedad y malestar, ya que supone una amenaza y una posibilidad de poder morir, si llega a contagiarse finalmente, por lo que despliega una serie de conductas compulsivas para contrarrestar este malestar, centradas principalmente en la limpieza y la evitación de entrar en contacto con objetos y superficies potencialmente sucias o contaminadas (especialmente baños, pomos, objetos extraños, manos de desconocidos, etc). Estas conductas acaban haciéndose largas y repetitivas (de 10 a 30 minutos en cada ocasión, mínimo 8 veces al día), y se producen sistemáticamente después de cualquier tipo de amenaza percibida, por lo que son constantes y ocupan mucho tiempo en el día de A.

Además, el paciente expresa que se encuentra en una situación de aislamiento en la que se ha introducido progresivamente, al principio por la cuarentena de la pandemia, y después se ha ido manteniendo por el miedo al contagio y ya no ha sabido salir de ello.

3. *Autorregistros*. Los datos recogidos a través de los autorregistros y autoobservaciones, (detallados en la Tabla 3), revelan que A tiene pensamientos intrusivos respecto a poder enfermarse por contagiarse o contaminarse de microorganismos, de manera recurrente, varias veces al día y ante múltiples contextos. Como, por ejemplo, cuando va a tocar un objeto (pomo de puerta, ratón de ordenador, bolígrafo) piensa que dicho objeto está sucio, y que puede ensuciarse y contaminarse, llegando a infectarse de una enfermedad infecciosa y poder desarrollar una enfermedad. Lo que le causa niveles muy elevados de ansiedad y malestar (entre 8 y 10 USAS), que consigue reducir con conductas compulsivas de escape o evitación. Las conductas compulsivas suelen ser lavado de manos o ducha (durante mínimo 5-10 minutos, con agua caliente, jabón bactericida e hidrogel), además de utilizar clínex, las mangas de su camisa u otras prendas de ropa para evitar que su piel entre en contacto con los objetos temidos.

Tabla 3

Resultados del autorregistro inicial

SITUACION <i>¿Qué hacía? ¿Dónde estaba? ¿Cuándo?</i>	PENSAMIENTO <i>¿Qué pensé?</i>	EMOCIÓN <i>¿Qué sentí? ¿Con qué intensidad (1- 10)?</i>	ACCIÓN <i>¿Qué hice?</i>	EMOCIÓN DESPUÉS <i>¿Qué sentí después? 1-10</i>	CONSECUENCIAS <i>¿Hubo consecuencias?</i>
Yendo al psicólogo, por la tarde	El botón del ascensor está sucio	Ansiedad: 9	Pulso el botón con un clínex	Ansiedad: 6	Menos ansiedad, me siento mejor
En el trabajo, por la mañana	Me han dado un boli sucio y lo he cogido	Ansiedad: 8	Me lavo las manos y uso hidrogel	Ansiedad: 5	Me ven lavarme las manos
Volviendo del trabajo	He estado en la oficina todo el día, estoy sucio	Ansiedad: 8	Me ducho y lavo toda la ropa	Ansiedad: 5	Me siento mejor, ya no puedo infectarme
En casa, tarde-noche	He cogido el ratón del ordenador sin desinfectarlo previamente	Ansiedad: 9	Me lavo las manos y desinfecto el ratón	Ansiedad: 5	Evito poder contagiarme
En el trabajo, por la mañana	Voy al baño, está todo contaminado	Ansiedad: 10	Evito entrar al servicio. Me lavo las manos y uso un trozo de papel para abrir la puerta de salida.	Ansiedad: 7	No entro al baño, aunque necesito orinar.

Al salir del trabajo, los compañeros proponen comer todos juntos	Los cubiertos están sucios y contaminados, es un espacio cerrado con mucha gente con posibles virus y suciedad.	Ansiedad: 9	No voy	Ansiedad: 5	Me pierdo una comida con compañeros que me habría gustado ir.
--	---	-------------	--------	-------------	---

4. *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS)*. Como se muestra en la Figura 2, la puntuación total obtenida para las obsesiones y las compulsiones es de 32. Puntuación considerada como muy grave (32-40). En la que el paciente presenta Obsesiones y Compulsiones muy arraigadas y resistentes. El cuadro de TOC del paciente se encuentra muy desarrollado y requiere una intervención específica por parte de un profesional. Además, la clasificación del trastorno como ‘muy grave’ implica que está causando un gran malestar en el paciente y deterioro del desarrollo normal de las actividades de su vida diaria. Además, esta escala también nos proporciona otro tipo de información relevante, como que existe un gran conocimiento de los síntomas que será positivo posteriormente para la evaluación, ya que una buena introspección facilitará el abordaje del trastorno, junto con un gran componente de evitación, que se detalla más adelante, es el principal factor de mantenimiento del TOC.

Figura 2

Representación puntuaciones Y-BOCS

	Nada	Leve	Moder.	Severo	Extremo
1 – Tiempo gastado en obsesiones.....	0	1	2	3	4
2 – Interferencia de las obsesiones.....	0	1	2	3	4
3 – Molestia de las obsesiones.....	0	1	2	3	4
4 – Resistencia a las obsesiones.....	0	1	2	3	4
Resiste totalmente					Cede Totalmente
5 – Control sobre las obsesiones.....	0	1	2	3	4
Completo Control					Sin Control

Obsesiones (Subtotal) 16
(items 1 – 5)

	Nada	Leve	Moder.	Severo	Extremo
6 – Tiempo gastado en compulsiones.....	0	1	2	3	4
7 – Interferencia de las compulsiones.....	0	1	2	3	4
8 – Molestia de las compulsiones.....	0	1	2	3	4
9 – Resistencia a las compulsiones.....	0	1	2	3	4
Resiste Totalmente					Cede Totalmente
10 – Control sobre las compulsiones.....	0	1	2	3	4
Completo Control					Sin Control

Compulsiones (Subtotal) 16
(items 6 – 10)

TOTAL Y-BOCS Score 32
(items 1 – 10)

5. *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*. Los resultados obtenidos muestran puntuaciones directas de 110 para la escala cognitiva, 65 para la escala fisiológica y 102 para la

escala motora. La suma de estas puntuaciones, hacen un total de 277, que sería la puntuación total de ansiedad rasgo.

Figura 3

Perfil ISRA

Puntuaciones directas	110	65	102	277	CLASIFICACIÓN
Puntuaciones Centiles	95-99	90-95	95-99	95-99	
	COGNITIVO	FISIOLÓGICO	MOTOR	TOTAL (RASGO)	
CENTILES	182 y + 0	162 y + 0	161 y + 0	489 y + 0	ANSIEDAD EXTREMA
	165 0	134 0	139 0	392 0	
	150 0	116 0	130 0	355 0	
99	0	0	0	0	ANSIEDAD SEVERA
95	0	0	0	0	
90	0	0	0	0	
85	0	0	0	0	
80	0	0	0	0	DE ANSIEDAD MODERADA A
75	0	0	0	0	
70	0	0	0	0	
65	0	0	0	0	
60	0	0	0	0	
55	0	0	0	0	
50	0	0	0	0	
45	0	0	0	0	
40	0	0	0	0	
35	0	0	0	0	
30	0	0	0	0	ANSIEDAD MARCADA
25	0	0	0	0	
20	0	0	0	0	
15	0	0	0	0	
10	0	0	0	0	AUSENCIA DE ANSIEDAD O
5	0	0	0	0	

Como se muestra visualmente en el perfil (Figura 3), las puntuaciones de ansiedad de A son muy elevadas, llegando a clasificarse como extremas en el caso de las respuestas cognitivas y motoras ante la ansiedad, y como ansiedad severa en el caso de las respuestas fisiológicas. Lo que indican

estos resultados, ansiedad rasgo extrema, es que los resultados de A son compatibles con un grupo clínico y se recomienda una intervención terapéutica, debido a que los niveles de ansiedad tan elevados están causando una gran disfuncionalidad y malestar en el paciente.

Con la integración de la información de los autorregistros, cuestionarios, observación en consulta y entrevistas, se cataloga la sintomatología de A, bajo el diagnóstico de *Trastorno Obsesivo Compulsivo*, relacionado con la limpieza y la contaminación, según el DSM-5. A continuación se muestran los criterios justificados.

-Justificación del diagnóstico

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas. Como se ve en los autorregistros y el propio paciente constata en las entrevistas en consulta, continuamente tiene pensamientos intrusivos y recurrentes relacionados con contaminarse, la suciedad y enfermarse por ello (obsesiones). Intenta neutralizarlos con conductas regladas y rígidas relacionadas con la limpieza (compulsiones) para eliminar el malestar que le generan estos primeros pensamientos.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Según se muestra en los autorregistros, A pasa mucho tiempo de su día a día realizando rituales de limpieza, duchas, etc. Además de afectar a su vida

personal a nivel que no puede ir a muchos lugares públicos como restaurantes, también ha reducido drásticamente sus contactos sociales hasta a penas salir de casa.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. Ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica. Se descartan otras posibles causas debido a la ausencia de otras sustancias y enfermedades.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental. Se realiza un diagnóstico diferencial que permite descartar otros trastornos mentales como trastorno de ansiedad generalizada, ya que es cierto que A responde con mucho malestar y ansiedad, pero es siempre ante estímulos relacionados con una temática concreta (la suciedad). También se descarta el trastorno dismórfico corporal ya que no presenta preocupación por su apariencia, junto con tricotilomanía ya que tampoco se arranca el cabello. La posibilidad de que la causa sea una fobia específica se elimina debido a que el malestar se debe a las ideas obsesivas (contagiarse, enfermar) que se relacionan con el estímulo concreto (suciedad) y no éste en sí mismo. El estado de ánimo de A se encuentra estable a pesar del sufrimiento que muestra (no se debe a depresión mayor) y tampoco presenta ningún tipo de sintomatología psicótica activa (se descarta el trastorno psicótico). Por último, la presencia de compulsiones hace posible desechar la hipocondría como causa, ya que en esta no se dan este tipo de conductas y la ausencia de estereotipias deja fuera cualquier trastorno de tics o supersticiones y

repeticiones no patológicas, ya que estas no consumen tanto tiempo ni generan tanto malestar en la persona.

Existe un grado elevado de conciencia de problema. A es consciente de la irracionalidad de la creencia que subyace a sus obsesiones. Esta buena comprensión favorece el pronóstico de evolución favorable ya que se asocia a una mayor adherencia al tratamiento y mejora.

4. Formulación clínica del caso.

El paciente A, acude a consulta con un nivel de malestar significativo y mucha ansiedad. Se muestra muy angustiado y avergonzado por tener obsesiones con la limpieza y la contaminación. Estas se centran en creer que puede ensuciarse y contagiarse si toca cualquier superficie u objeto que pueda estar contaminado de microorganismos, por lo que trata de evitar a toda costa cualquier posible contacto. A causa de ello se despliegan una serie de repertorios conductuales de evitación y de compulsión, como por ejemplo la continua desinfección de sus manos (se lava las manos continuamente, utiliza geles hidroalcohólicos) y el uso de pañuelos, clínex o la manga de su camisa para tocar objetos potencialmente sucios, como por ejemplo los pomos de las puertas.

Esta problemática se ha desarrollado durante la pandemia de la Covid-19 y actualmente no permite que A se desarrolle con normalidad en su vida diaria. Ha dejado de realizar muchas actividades agradables ya que implican salir de casa y exponerse a posible suciedad y contagios. Poco a poco ha ido favoreciéndose un entorno de aislamiento a raíz de dichas obsesiones.

Es importante detallar que la madre de A tenía múltiples comportamientos (descritos previamente en el apartado de *Identificación del paciente*), que nos hacen hipotetizar que la madre pudiese tener un TOC no diagnosticado relacionado con la limpieza y la contaminación, que resultaría una doble influencia para A. Por un lado, constituiría un potente componente genético, y por otro lado un aprendizaje por modelado a nivel de creencias (miedos, temores) y de comportamientos, mantenido desde la infancia.

Antes de comenzar con las hipótesis funcionales, se detallan aquellas variables que añaden valor e influyen en las secuencias funcionales explicadas más adelante: *las variables disposicionales*. Que serían todas aquellas condiciones del organismo o del entorno que actúan modificando el valor de los elementos de las cadenas (Froxán et al., 2021).

Tabla 4

Variables disposicionales

Organismo	Ambiente
<p>-Variables biológicas: <i>Se hipotetiza que la madre pudiese tener un TOC no diagnosticado y puede haber un componente genético.</i></p> <p>-Variables psicológicas:</p>	<p>-Características físicas y estructurales: <i>Vive solo.</i></p> <p>-Factores sociales y culturales del entorno cercano y lejano: <i>Soltero y sin hijos.</i></p>

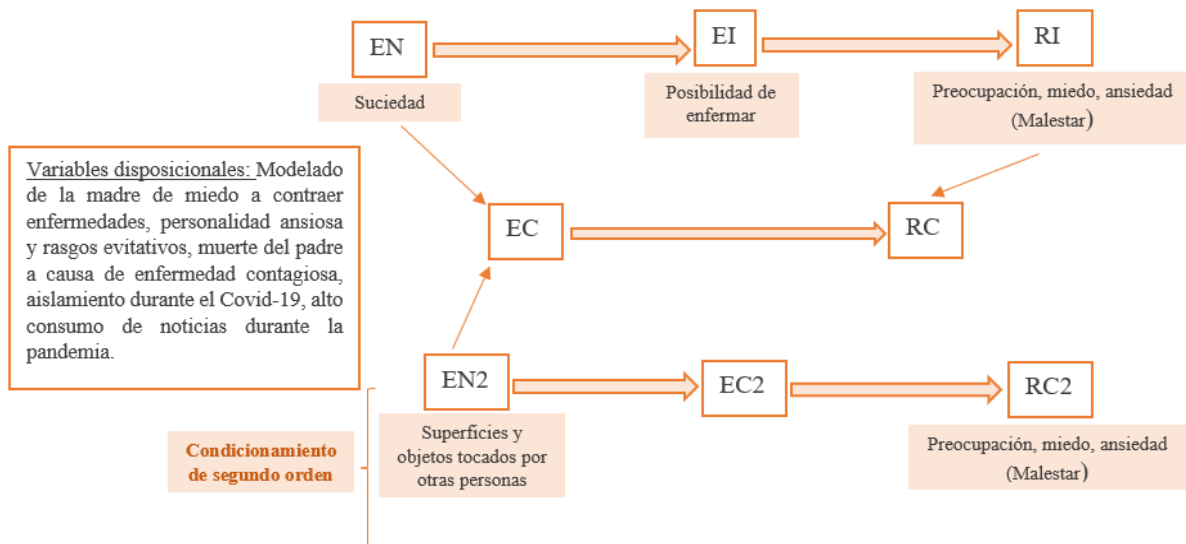
<p><i>Historia de aprendizaje de miedo a enfermar (modelado de la madre).</i></p> <p><i>Rasgos de personalidad ansiosos y temerosos (observación en consulta y entrevistas).</i></p> <p><i>Elevado nivel de ansiedad.</i></p>	<p><i>Pandemia de la Covid-19.</i></p> <p><i>Confinamiento por la pandemia.</i></p> <p><i>Reducción interacciones sociales (teletrabajo).</i></p> <p><i>Alto consumo de noticias de Covid-19.</i></p> <p><i>Búsqueda constante de información.</i></p> <p><i>Relación muy estrecha con sus padres.</i></p> <p><i>Amigos contagiados con síntomas graves o muy graves de COVID.</i></p> <p><i>Enfermedad y muerte del padre debido a enfermedad infecciosa.</i></p>
---	--

A continuación, se muestran las hipótesis de origen y mantenimiento formuladas para el caso en cuestión:

-Hipótesis de origen de las conductas obsesivo-compulsivas de limpieza, suciedad y contaminación.

Figura 4

Origen de las obsesiones.



Representación de una cadena de condicionamiento clásico aversivo.

La historia de aprendizaje de A revela que desde su infancia su madre le ha inculcado un miedo relacionado con ensuciarse o enfermarse (debido a un aprendizaje por modelado por un posible TOC no diagnosticado de la madre; lo que daría lugar a una enseñanza de miedos y de conductas de evitación y escape), por lo que el paciente crece con este aprendizaje que, aunque no determina su vida hasta el momento presente, le marca. A esto hay que sumarle unos rasgos de personalidad ansiosos y temerosos (hipotetizados por observación y entrevistas en consulta), junto con el gran estrés que supone la pandemia de la Covid-19, el aislamiento al que se ve inducido ya que reduce drásticamente sus contactos sociales (teletrabaja, no puede salir a la calle por las restricciones, etc). Junto con el consumo de noticias continuamente acerca de la pandemia, más la información adicional que A encuentra en internet, y por último la muerte de su padre debido a una enfermedad

infecciosa, crean las condiciones idóneas para el desarrollo de dichas cadenas asociativas relacionadas con la posibilidad de enfermar y poner en riesgo su salud, las cuales son el principal origen de sus obsesiones. Todas estas variables (Tabla 4) actúan como disposicionales ya que favorecen el aprendizaje por asociación de las respuestas de miedo y preocupación ante suciedad o superficies y objetos manipulados por otras personas, ya que suponen ser un potencial foco de contagio, lo que supondría enfermar.

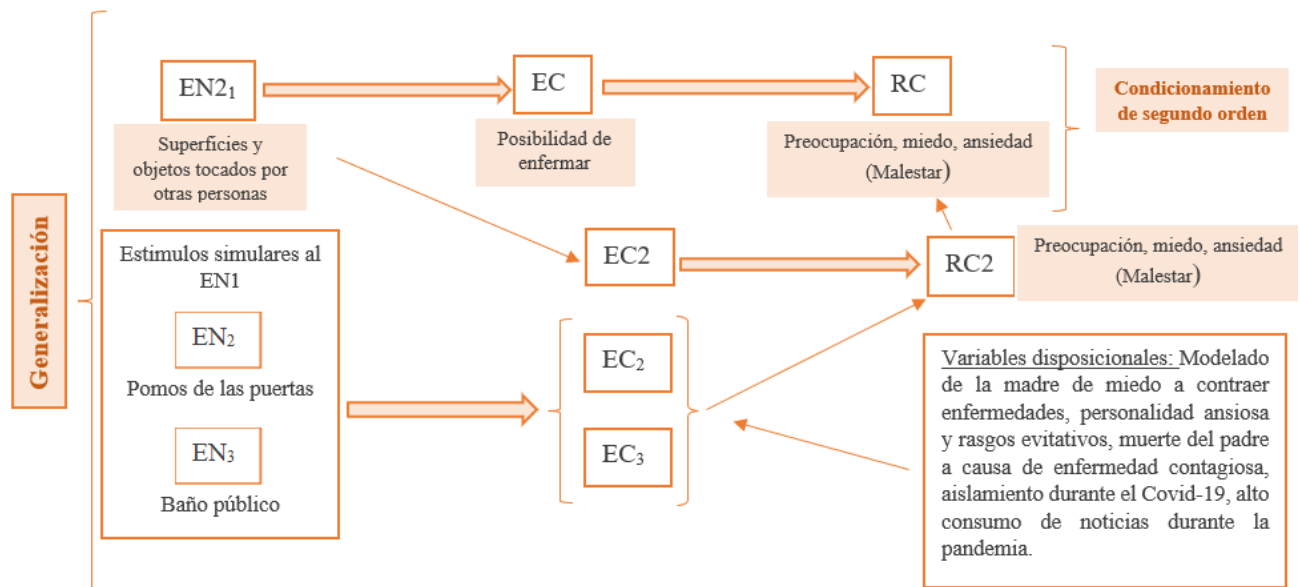
La Figura 4 muestra como la posibilidad de enfermar (EI) es el detonante que actúa como elicitador incondicionado de las respuestas incondicionadas y condicionadas (RI, RC) de miedo, preocupación, ansiedad y malestar. A causa de ensayos de condicionamiento previos (favorecidos por las variables disposicionales mencionadas) acaba asociándose el estímulo neutro (EN): la suciedad, a dicho EI, elicitando por lo tanto la RC de malestar y miedo.

Además, se da un condicionamiento de segundo orden, en el que un segundo estímulo neutro (EN2) como son las superficies y objetos manipulados por otros queda asociado al EC (suciedad) de la cadena inicial, adquiriendo su función de EC, y acaba elicitando la misma respuesta (RC2). Es decir, se produce un condicionamiento entre estímulos previamente condicionados (Froxán et al., 2021).

-Hipótesis de mantenimiento. Generalización.

Figura 5

Mantenimiento de las obsesiones



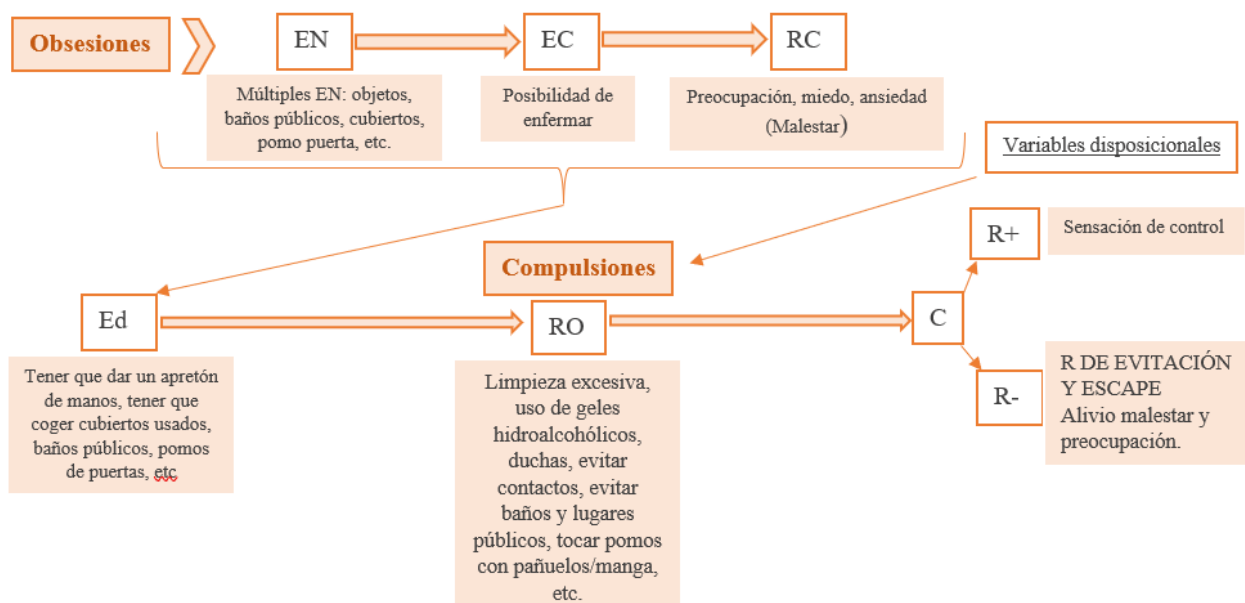
Representación de un proceso de generalización en condicionamiento clásico.

Partiendo de la última cadena asociativa de condicionamiento de segundo orden de la Figura 4, vemos como se produce un nuevo fenómeno de aprendizaje llamado *generalización*. A través del cual, nuevos estímulos neutros (detallados en consulta a través de autorregistros y jerarquías de ítems: ir a restaurantes, tocar cubiertos de otros, ir a un baño público, abrir pomos de puertas, apretón de manos, tocar taza WC, beber de vaso de otro, etc) que son similares al EN inicial, quedan asociados aversivamente al EC y acaban adquiriendo control sobre la RC (malestar), ya que son capaces de elicitarla por sí solos. Este fenómeno ocurre debido a la similitud entre el EN inicial y los demás EN, sin ser necesario un ensayo de condicionamiento previo para que se establezca dicha asociación (Froxán et al., 2021).

En términos prácticos, el proceso de generalización sería el responsable de que A responda de manera ansiosa ante múltiples estímulos similares y relacionados con la suciedad, sin ser este EN en concreto. Lo que contribuye a un mantenimiento del problema y un agravamiento de este, ya que todos estos nuevos EC, se convertirán posteriormente (Figura 4) en estímulos discriminativos de las respuestas operantes de compulsión y evitación, es decir, las compulsiones.

Figura 6

Hipótesis de mantenimiento. Conductas compulsivas



Representación del origen de las compulsiones a través de un proceso de condicionamiento operante.

La Figura 6 muestra como partiendo de las cadenas clásicas detalladas en las figuras anteriores (Figuras 4 y 5), que como ya se ha explicado son origen de las obsesiones, vemos como resultan ser el inicio de las compulsiones del paciente. Estas, junto con determinados estímulos (cubiertos usados, baños públicos, pomos de puertas, etc), actúan como discriminantes de las respuestas operantes (rituales de limpieza, evitar tocar determinados objetos, duchas, etc) que el paciente despliega con objetivo de reducir el malestar que ya le provocaban las obsesiones previas. Estas respuestas actúan como reforzadores positivos (aportando sensación de control ante la situación) y como reforzadores negativos, principalmente como respuestas de escape (el paciente utiliza estrategias para no enfrentarse a la amenaza de manera directa: pañuelos o mangas para tocar pomos de puertas) y evitación (en las que A evita determinadas situaciones de manera directa: no va a comer a restaurantes). Estos dos tipos de respuesta de reforzamiento negativo actúan de la misma manera: produciendo un alivio del malestar y la preocupación, lo que da lugar a que este proceso sea eficaz a corto plazo y se repita continuamente, manteniéndose en el tiempo. A su vez, esto también constituye el principal foco de malestar a largo plazo.

El paso del tiempo y comprobar que estos rituales resultan eficaces para calmar su malestar en el momento, hacen que los estímulos discriminativos vayan aumentando en número, y cada vez sean más los Ed capaces de discriminar la RO de realizar compulsiones.

Por otra parte, la emisión continuada de las respuestas operantes hace que, con el paso del tiempo, la efectividad de estas vaya decreciendo. Es decir, que la repetición de los ensayos mantenida en el tiempo hace que las compulsiones ya no sean tan eficaces para calmar ese malestar, por lo que surge

la necesidad de generar nuevos rituales, (aumentando en intensidad, frecuencia, duración, etc), por ejemplo, en vez de lavarse únicamente las manos, tener que ducharse por completo, para volver a sentir ese alivio que al principio se sentía sólo lavándose las manos. Esto a su vez, contribuye a mantener y agravar el problema, afectando a otras áreas de su vida, como por ejemplo las conductas de aislamiento que el paciente manifiesta, ya que resultan ser una forma de evitación para no exponerse al malestar que las obsesiones le generan.

A continuación, en la Tabla 5 se muestran todas las conductas que se propusieron implantar o eliminar durante la intervención.

Tabla 5

Conductas objetivo

Conductas por eliminar	<ul style="list-style-type: none"> -Pensamientos obsesivos respecto a la posibilidad de contagiarse y enfermar. -Respuestas de miedo y malestar excesivo ante estímulos de suciedad. -Conductas compulsivas relacionadas con la limpieza. -Conductas de evitación/escape ante el posible contacto con suciedad/ contagio.
Conductas por implantar	<ul style="list-style-type: none"> -Conductas de enfrentamiento y exposición ante el estímulo ansiógeno.

	-Conductas de relajación y reducción de la activación en momentos de ansiedad y malestar.
--	---

Listado de conductas que se pretenden implantar o eliminar a través de la intervención.

5. Tratamiento

El tratamiento fue guiado por una serie de objetivos previamente establecidos de manera conjunta por el terapeuta y el paciente. A su vez, estos fueron trabajados de manera específica a través de una técnica concreta y en una sesión determinada.

-Objetivos generales:

1. Eliminar o reducir las conductas obsesivo-compulsivas.
2. Reducir los niveles de ansiedad.

-Objetivos específicos:

1. Comprender del trastorno, origen y mantenimiento.
2. Adquirir de estrategias para reducir la ansiedad y el malestar.
3. Eliminar o reducir los rituales de limpieza.
4. Habitarse ante estímulos ansiógenos.
5. Reducir el malestar asociado al miedo a ensuciarse.

6. Reducir conductas de evitación/escape que mantienen el problema.

7. Potenciar relaciones y planes sociales.

8. Reducir conductas de aislamiento.

El proceso de intervención psicológica de A comenzó en marzo de 2022 y actualmente sigue en curso. Para este trabajo se tienen en cuenta las 12 primeras sesiones, teniendo lugar la última en mayo de 2022. Las citas fueron semanales durante 3 meses (marzo, abril y mayo) con una duración de 50 minutos cada sesión. A continuación, en el apartado *Desarrollo del tratamiento*, se muestra la Tabla 6, con el desarrollo completo del proceso de intervención, fechas, objetivos y técnicas utilizadas.

-Desarrollo del tratamiento

Tabla 6

Cronograma del proceso terapéutico de A

Sesión	Objetivo	Técnica
1º y 2º sesión: 02/03/2022 – 09/03/2022	Introducción de la terapia. Evaluación de la problemática.	Explicación del marco teórico, aspectos formales. Recoger datos, definir y acotar el problema (morfología del trastorno, parámetros), formulación de hipótesis, establecer objetivos, preparación del plan de tratamiento.

	Crear vínculo terapéutico.	Evaluación inicial: Observación, entrevistas, autorregistros, cuestionarios.
3º sesión: 16/03/2022	Adquirir estrategias para reducir la ansiedad y el malestar. Evaluación.	Psicoeducación ansiedad y respiración abdominal. Respiración abdominal. Entrevista semiestructurada.
4º sesión: 23/03/2022	Comprender el trastorno, origen y mantenimiento. Adquirir estrategias para reducir la ansiedad y el malestar.	Psicoeducación: Explicación del TOC, origen, mantenimiento y variables asociadas. Entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson.
5º sesión: 30/03/2022	Comprensión del tratamiento. Inicio del proceso de intervención. Adquirir estrategias para reducir la ansiedad y el malestar.	Psicoeducación EPR. Exposición con prevención de respuesta (EPR): -Creación de la jerarquía de ítems. Respiración abdominal Relajación muscular progresiva de Jacobson.
6º-7º sesión: 06/04/2022 - 13/04/2022	Eliminar o reducir los rituales de limpieza. Habituar ante estímulos ansiógenos. Reducir el malestar asociado al miedo a ensuciarse. Reducir conductas de evitación/escape que mantienen el problema.	Exposición con prevención de respuesta (EPR). -Ítems 1- 4.

<p>8º-9º sesión: 20/04/2022 - 27/04/2022</p>	<p>Eliminar o reducir los rituales de limpieza.</p> <p>Habituararse ante estímulos ansiógenos.</p> <p>Reducir el malestar asociado al miedo a ensuciarse.</p> <p>Reducir conductas de evitación/escape que mantienen el problema.</p> <p>Potenciar relaciones y planes sociales.</p> <p>Reducir conductas de aislamiento.</p>	<p>Ítem 5 y 6.</p> <p>Reestructuración cognitiva.</p>
<p>10º sesión: 04/05/2022</p>	<p>Eliminar o reducir los rituales de limpieza.</p> <p>Habituararse ante estímulos ansiógenos.</p> <p>Reducir el malestar asociado al miedo a ensuciarse.</p> <p>Reducir conductas de evitación/escape que mantienen el problema.</p> <p>Potenciar relaciones y planes sociales.</p> <p>Reducir conductas de aislamiento.</p> <p>Evaluar la efectividad del tratamiento.</p>	<p>Ítem 6.</p> <p>Entrega de cuestionarios para valoración del tratamiento.</p>
<p>11º sesión: 11/05/2022</p>	<p>Evaluar la efectividad del tratamiento.</p> <p>Eliminar o reducir los rituales de limpieza.</p> <p>Habituararse ante estímulos ansiógenos.</p>	<p>Recogida cuestionarios de valoración de tratamiento.</p> <p>Reestructuración cognitiva.</p> <p>Ítem 7.</p>

	<p>Reducir el malestar asociado al miedo a ensuciarse.</p> <p>Reducir conductas de evitación/escape que mantienen el problema.</p>	
<p>12º sesión: 18/05/2022</p>	<p>Mostrar datos que apoyen los avances en terapia y reforzar el proceso terapéutico.</p> <p>Eliminar o reducir los rituales de limpieza.</p> <p>Habituar ante estímulos ansiógenos.</p> <p>Reducir el malestar asociado al miedo a ensuciarse.</p> <p>Reducir conductas de evitación/escape que mantienen el problema.</p>	<p>Entrevista de devolución del proceso terapéutico hasta el momento.</p> <p>Ítem 8.</p>

Cronograma del proceso de intervención, según fecha, número de sesión, objetivos y técnicas.

Las **tres primeras sesiones** se dedicaron casi exclusivamente a la evaluación inicial, junto con la creación y potenciación del vínculo terapéutico. En la **primera y la segunda** se trataron aspectos más formales, se estableció el marco terapéutico, se resolvieron dudas acerca del proceso de terapia, el encuadre teórico, cuestiones económicas, dudas, etc. A continuación, se comenzó a recoger datos desde lo general hasta lo particular del problema, determinando aspectos relevantes, parámetros de frecuencia, intensidad, duración, etc. Además, se hizo entrega de los cuestionarios y autorregistros y la pertinente explicación sobre cómo rellenarlos. En la **tercera sesión** se aplicó psicoeducación

sobre la ansiedad, explicando que se trata de una reacción adaptativa, aunque resulte desagradable, y la importancia de esta en nuestro día a día. Además, se comenzó el entrenamiento de la respiración abdominal, se explicó detalladamente la técnica y el funcionamiento de esta y se practicó durante unos 10 minutos.

Se considera relevante hacer saliente que todos los deberes terapéuticos o tareas fueron de carácter acumulativo. Es decir, que se consideró necesario y obligatorio seguir practicándolos en semanas posteriores a pesar de haberlos conseguido y seguir avanzando en la jerarquía, para así integrarlos de manera duradera en la rutina del paciente.

En la **cuarta sesión** se realizó la entrevista de devolución, en la que se explicó el análisis funcional, detallando las hipótesis de origen y mantenimiento del problema, detallando el diagnóstico, los objetivos específicos, el plan de intervención y la organización aproximada de las próximas sesiones. Además, en la última parte de la sesión se explicó y se comenzó a practicar la relajación muscular progresiva de Jacobson.

En la **quinta sesión** se realizó un repaso de la semana, se resolvieron dudas que habían ido surgiendo durante la semana y se volvió a practicar la respiración abdominal por petición del paciente, junto con la relajación muscular progresiva de manera breve (10 minutos aprox.). En la última parte de la sesión, se explicó detalladamente la EPR (técnica principal del tratamiento de A). A continuación, se realizó la jerarquía de ítems para comenzar (Tabla 7). Deberes terapéuticos: comenzar con la exposición del ítem 1 y 2.

Tabla 7

Jerarquía de ítems

Ítem	Unidad Subjetiva de Ansiedad (U.S.A)
10. Tocar tapa de wáter público	100
9. Beber de un vaso de otra persona	90
8. Entrar a un baño público y coger la escobilla	80
7. Entrar a un baño público o desconocido	70
6. Usar cubiertos de un restaurante	60
5. Ir a un bar o restaurante	50
4. Coger pomo de puerta/ botón de ascensor	40
3. Apretón de manos	30
2. Coger algo de un desconocido	20
1. Coger algo que alguien te da	10

Jerarquía de ítems realizada en consulta para la EPR, asociado a nivel de USA correspondiente según cada situación.

En la **sexta sesión** se revisaron las dificultades sucedidas a lo largo de la semana. Se revisó la exposición ante los dos primeros ítems y se constató la consecución por parte de A. En consulta se practicó haciéndole coger un boli y otros objetos de la mesa tocados previamente por el psicólogo, ante lo que A reaccionó de manera tranquila cogiendo dichos objetos con normalidad. Por lo que se

comenzó a exponer al tercer ítem (apretón de manos). A presentó buena actitud y a pesar de mostrar ansiedad en el primer contacto, fue habituándose al apretón, reduciendo su nivel de activación con ayuda de la técnica de respiración abdominal. A pesar de la práctica en consulta, se mandó practicar dicho ítem para la siguiente semana y comenzar a poner en práctica el siguiente ítem.

En la **séptima sesión**, se realizó un repaso de la semana. Y se practicaron en vivo los ítems 3 y 4 que había tenido como deberes la semana anterior, comprobando que A era capaz de enfrentar dichas situaciones con niveles de ansiedad menores a 20 USAS. Como tarea para la siguiente semana se estableció la práctica del ítem 5.

En el repaso semanal de la **octava sesión**, se encontraron problemas a la hora de llevar a cabo la exposición ante el ítem 5, ya que este además suponía romper con el aislamiento social al que A se había estado sometiendo a raíz de la cuarentena. En la sesión de la semana previa se había establecido que A realizase un plan social en el que fuese a comer con sus amigos a un bar o restaurante, (los objetivos que se perseguían además de la exposición al ítem, era comenzar a recuperar su vida social con sus amigos). Sin embargo, A no avisó a sus amigos, sino que, a la salida del trabajo, fue a una terraza con sus compañeros, aunque decidió no consumir nada. Por lo que la exposición no se completó como se había establecido.

A mostró reticencias a quedar con sus amigos debido a todo el tiempo que se había mantenido aislado. Verbalizó ideas como 'ya no van a querer saber nada más de mi' 'después de tanto tiempo no se acuerdan de mi' 'soy un mal amigo' 'ahora no voy a volver como si nada'. Se reestructuraron dichas ideas a través de debate socrático hasta conseguir llegar a verbalizaciones más realistas y

adaptativas, como ‘no soy un mal amigo por haber estado ausente por problemas psicológicos’ ‘si no hablo con ellos no sabré si están o no enfadados’. Por lo que se volvió a reformular el trabajo para la semana siguiente: llamar a al menos dos de sus amigos, ir a comer/cenar con ellos a un bar/ restaurante y consumir algo.

En la **novena sesión**, se repasó el trabajo de la semana, y se encontró que A había sido capaz de llevar a cabo los deberes que se prepararon en la sesión anterior. Llamó a dos de sus amigos con los que quedó para cenar en un bar. Confesó que le costó bastante trabajo pero que con las técnicas de desactivación que previamente había trabajado fue capaz de llevar a cabo dicho encuentro y disfrutarlo, llegando a no sentir nada de ansiedad en momentos puntuales en los que estaba distraído con la conversación y ansiedad muy baja (10 USAS) durante el resto del tiempo. Los amigos de A se mostraron comprensivos con este y no mostraron enfado, por lo que animaron a A, a llamar al resto y este lo hizo. Sin embargo, a pesar de haber acudido al bar y haber consumido, A tuvo que realizar el ritual de limpieza correspondiente para todos los cubiertos. Esto sirvió para establecer el objetivo de la siguiente semana: volver a acudir a un bar/ restaurante, con al menos 4 de sus amigos y no limpiar los cubiertos (ítem 6).

En la **décima sesión**, se realizó un repaso de la semana y se encontró que A había sido capaz de practicar el ítem 6 con éxito, a pesar de reconocer haber tenido pensamientos relacionados con una posible contaminación o infección. Sin embargo, fue capaz de aguantar la ansiedad y el malestar que estos pensamientos le generaban y no limpiar los cubiertos. Durante esta sesión se hizo un repaso de los ítems anteriores, poniéndolos en práctica en consulta, y se observó cómo A era capaz

de realizar todos ellos sin mostrar ningún tipo de signo de ansiedad o malestar, además, indicó que los niveles de ansiedad subjetivos en cada ítem se encontraban entre 0-5 USAS. Como tarea para la siguiente semana, en primer lugar, se estableció seguir practicando los ítems 5 y 6, además de seguir generando planes que potenciasen sus relaciones sociales (quedar con amigos o compañeros). Y se preparó la estrategia para llevar a cabo el ítem 7. Al ser un ítem que le generaba mucha ansiedad y mucho malestar, se estableció que comenzaría practicando en el baño de su trabajo.

Antes de finalizar la sesión, se entregaron los cuestionarios iniciales (ISRA e YBOCS) además del autorregistro que se había realizado en la fase de evaluación para establecer la línea base. Con la finalidad de recoger datos sobre el avance terapéutico de A, y la efectividad de la intervención, que se cuestionará en el siguiente apartado: *Valoración del tratamiento*.

En la **undécima sesión**, se recogieron las pruebas de evaluación entregadas en la sesión previa. Y se repasó la semana anterior. A había conseguido entrar en un baño desconocido (el de su trabajo) pero no había conseguido realizar este acto en otros baños. Aparecieron ideas relacionadas con la extremada suciedad de los baños públicos y el contagio asegurado en ellos. Se reestructuraron dichas ideas a través de debate socrático, hasta llegar a realizar verbalizaciones más adaptativas y realistas, como 'no todos los baños públicos tienen por qué estar sucios' 'no tengo por qué enfermarme por utilizar un baño público'. Por lo que se preparó al paciente para llevar a cabo el ítem en cuestión (7) y además hacerlo en otros baños. Se estableció como meta entrar a mínimo 3 baños distintos a lo largo de la semana. Además de seguir realizando planes sociales.

En la **duodécima sesión**, se realizó una devolución acerca del progreso en terapia de A, hasta el momento, a través de datos objetivos. Se le mostró la comparación de las medidas pre-post recogidas antes del tratamiento y en el momento actual, se reforzó el progreso del paciente y se resolvieron dudas. La mayor parte de la sesión se redujo a este proceso de devolución. En los últimos 10 minutos se repasó rápidamente la semana anterior sin encontrar problemas significativos y habiendo conseguido lo establecido en la semana anterior, además se instauró como objetivo llevar a cabo el ítem 8 durante la siguiente semana.

Finalmente, la terapia continuó y en la actualidad el paciente sigue en tratamiento. Sin embargo, las fechas de entrega del presente trabajo obligaron a poner fecha de fin en lo que aquí se va a representar, aun así, en las sesiones expuestas se muestra una evidente evolución del paciente, que detallaremos más adelante en el siguiente apartado.

-Descripción de las técnicas utilizadas:

-Psicoeducación: Se trata de una técnica a través de la cual el terapeuta le proporciona al paciente (y a sus familiares si es necesario) la información específica acerca de su enfermedad, tratamiento, curso, pronóstico, etc., basándose en datos científicos actuales y relevantes. Esta técnica se encuentra estrechamente relacionada con la adherencia del paciente a su propio tratamiento, ya que una buena comprensión de su trastorno y del tratamiento a seguir, apoyándose en datos de eficacia

y eficiencia, mejora notablemente el compromiso del paciente con este. Así el paciente adquiere un papel activo en su tratamiento, además de producirse un gran alivio al darle respuesta a la incertidumbre que estos sufren (Godoy et al., 2020).

-Reestructuración cognitiva: Se trata de una técnica cognitivo-conductual. La base teórica que subyace a esta técnica es que: el moldeamiento de la conducta verbal es una potente técnica de cambio de la conducta. Siguiendo esto, lo que la reestructuración cognitiva persigue es modificar la conducta verbal a través de moldeamiento por debate socrático, para aproximar la conducta a dicha verbalización.

Se comienza con una verbalización que recoge un pensamiento irracional o desadaptativo. Se trata como una hipótesis y el paciente y el terapeuta en conjunto lo cuestionan con datos objetivos para determinar la veracidad y la utilidad de esta. A través de preguntas y refuerzos a aproximaciones más adaptativas, se va llegando a una conclusión sobre la validez de la verbalización inicial, y se va sustituyendo por otra más adaptativa, realista y útil. Es una técnica complicada, ya que requiere agilidad mental y rapidez para interaccionar de manera fluida y competente (Bados y García-Grau, 2010; Froján & Calero, 2011).

-Técnicas de desactivación:

El origen de las técnicas de relajación actuales se encuentra en las prácticas de meditación orientales. A finales de los años 50, se comienza a conceptualizar la relajación como respuesta incompatible a los efectos fisiológicos de la ansiedad, por lo que se comienza a potenciar como proceso de

intervención de problemas de ansiedad, insomnio, etc. Hoy en día, estas técnicas cuentan con un gran prestigio y son de las más utilizadas dentro de la intervención clínica.

- *Respiración abdominal*: Es una de las técnicas más sencillas y útiles dentro de la relajación. Una de las características de la ansiedad y el estrés, es una respiración rápida y superficial, lo que genera un aumento de la tensión general del organismo, a su vez que un uso reducido de la capacidad funcional de los pulmones. A través de esta técnica se pretende respirar de manera más efectiva, haciendo respiraciones lentas, profundas y regulares, tratando de establecer un control voluntario en la respiración que se pueda utilizar generalizar en situaciones de ansiedad. En una postura cómoda, sentado en una silla con los brazos y las piernas recostados, se coloca una mano por encima del ombligo y la otra por debajo, viendo cómo se levanta el abdomen con la respiración. Para llenar toda la parte baja de los pulmones, se le pide al paciente que respire de manera honda tratando de elevar la mano de debajo del ombligo. Una vez se ha llevado a cabo este paso, se indica que se deben de llenar los pulmones de manera que se eleve primero la mano de debajo del ombligo y después la de encima, manteniendo el pecho estático. A continuación, se procede a repetir el ejercicio, pero esta vez, elevando el pecho. Finalmente, se establece que se debe respirar en 3 tiempos: inhalar (3-5s) – aguantar (4s)- exhalar (3-5s) (García-Grau et al., 2008).
- *Relajación muscular progresiva de Jacobson*. También llamado “relajación diferencial”, se trata de una adaptación de la técnica original. Esta técnica trata de aprender a identificar

cuando los músculos se encuentran en tensión y por oposición, aprender a relajarlos, a través de la repetición de ejercicios de tensión-relajación con diversos grupos musculares a lo largo de todo el cuerpo.

En un ambiente tranquilo, con luz tenue, (música opcional), temperatura suave y ropa holgada. El paciente se coloca en una posición cómoda, o sentado en una silla/sillón o tumbado. Se comienza a realizar los ejercicios de tensión- relajación por determinados grupos musculares. Se empieza por los brazos, siguiendo por la cara, el cuello, el tronco y finalmente las piernas.

Las instrucciones consisten en decir “aprieta fuertemente los puños y aguantando durante 10-15 segundos, a continuación, suelta y nota como tus manos se relajan”.

Una vez que se ha conseguido dominar la técnica, se trata de generalizarla para que pueda llevarse a cabo en situaciones de ansiedad, por lo que se va cambiando las condiciones de la relajación, por ejemplo, haciéndolo con los ojos abiertos, la luz encendida, de pie, etc. (Labrador et al., 2008; Moreno, 2020).

-Exposición con prevención de respuesta (EPR): Como ya se ha comentado, se trata de la técnica por elección en casos de TOC. Se compone de dos técnicas. Por un lado, se encuentra la exposición, que consiste en que el paciente enfrente los estímulos que generan malestar, de manera progresiva. Por otro lado, se encuentra la prevención de respuesta, que consiste en evitar la compulsión que se realiza para reducir la ansiedad. De esta manera, el paciente se enfrenta al estímulo temido

aguantando hasta que su ansiedad se va reduciendo progresivamente y llega a niveles que resulta fácil de gestionar. Esto se debe a un proceso de habituación, por el cual la exposición repetida y mantenida a un estímulo acaba reduciendo la intensidad de la respuesta que provoca. Con el transcurso de ensayos y el paso del tiempo, esta respuesta se debilitaría tanto que acabaría produciéndose un proceso de extinción, según el cual la respuesta sería eliminada (Froxán et al., 2021; Vallejo, 2001).

6. Valoración del tratamiento

Para realizar una valoración y evaluación de la eficacia del tratamiento, en dicho apartado se van a abordar dos aspectos distintos dentro del tratamiento. En primer lugar, se va a tratar la adherencia a este y en segundo lugar se discutirán los objetivos conseguidos.

- Respecto a la adherencia al tratamiento, es necesario hacer una distinción entre el tratamiento psicológico y el farmacológico. A pesar de que A había acudido con anterioridad a su médico de cabecera y este le había recetado una medicación determinada (ansiolíticos y antidepresivos ISRS). A había decidido deliberadamente no tomarlos, ya que temía ‘volverse adicto’ a estos. Por lo que, respecto al tratamiento psicofarmacológico, existió una no adherencia al tratamiento intencional.

Sin embargo, y a pesar de la no adhesión a los psicofármacos, A presentó muy buena adhesión al tratamiento psicológico desde el primer momento. A pesar de presentarse en

consulta con mucha vergüenza, rápidamente conectó con el terapeuta y se creó un buen vínculo terapéutico de confianza y seguridad, a partir del que se fue desarrollando todo el trabajo posterior. A tuvo muchas ganas de mejorar desde el principio, lo que hizo que se tomase muy en serio el tratamiento, manteniendo un alto grado de compromiso e implicación.

Realizó todas las tareas que se le fueron pidiendo a lo largo del proceso, desde completar autorregistros y cuestionarios hasta realizar tareas de exposición y otros deberes terapéuticos que se fueron pactando, a pesar de reconocer que en muchas ocasiones eran actividades desagradables a las que le resultaba difícil enfrentarse.

Todo esto ha contribuido a la consecución de los objetivos planteados al inicio del proceso.

- Consecución de los objetivos: Como se ha comentado anteriormente, los objetivos establecidos fueron cumpliéndose progresivamente con el avance del tratamiento. Aunque cabe destacar que el tratamiento en sí no finalizó en el periodo de tiempo en el que se expone en este trabajo, por lo que no todos los objetivos se cumplieron de manera completa, ya que el tratamiento siguió en curso. A continuación, se discuten los objetivos de manera individual.

Respecto a los *objetivos generales*:

-Eliminar o reducir las conductas obsesivo-compulsivas: Se consiguen reducir notablemente las conductas obsesivo-compulsivas pero no eliminar por completo, ya que la

limitación temporal no permite llegar hasta el final de la jerarquía de ítems, sino que únicamente se consigue conseguir de manera completa el ítem 7.

-Reducir los niveles de ansiedad: Este objetivo se consigue con éxito, y se constata en primer lugar por la información que el paciente reporta y en segundo lugar, por los datos obtenidos en los cuestionarios de evaluación del tratamiento. La comparación de las medidas pre-post del cuestionario de ansiedad utilizado en este proceso terapéutico (ISRA), se muestran más adelante, en la Figura 7.

Respecto a los *objetivos específicos*:

-Comprender del trastorno, origen y mantenimiento: A través de psicoeducación y las entrevistas de devolución de información y análisis funcional, el paciente consigue comprender la totalidad de su trastorno, las variables importantes asociadas y reducir la incertidumbre respecto a este.

-Adquirir estrategias para reducir la ansiedad y el malestar: A través de los entrenamientos en técnicas de desactivación explicadas previamente, se consigue que el paciente obtenga un repertorio de herramientas y estrategias para reducir el malestar y la activación.

-Eliminar o reducir los rituales de limpieza: Se consiguen reducir notablemente los rituales de limpieza cuando el paciente se enfrenta a estímulos ansiógenos, debido a que se evitan

específicamente estas respuestas (a través del entrenamiento en EPR). Lo que se constata en el autorregistro de evaluación del tratamiento.

-Habituar ante estímulos ansiógenos: La mera exposición prolongada a los estímulos ansiógenos evitando que se despliegue la respuesta de compulsión para reducir el malestar, da lugar a que se produzca una habituación al estímulo.

-Reducir el malestar asociado al miedo a ensuciarse: Se consigue reducir este malestar debido a que se produce una habituación por la exposición ante el estímulo temido (suciedad), evitando las respuestas compulsivas. Se constata a través del autorregistro de evaluación del tratamiento.

-Reducir conductas de evitación/escape que mantienen el problema: A través de la EPR se imposibilita realizar las conductas de escape y evitación (compulsiones). A través de la repetición de múltiples ensayos de exposición, el malestar acaba reduciéndose y las compulsiones acaban eliminándose. Sin embargo, como se ha descrito anteriormente no se consigue llegar hasta el final de la jerarquía de exposición.

-Potenciar relaciones y planes sociales: Se impulsan todas las relaciones sociales del círculo próximo de A, a través de ejercicios que los propios ítems de la jerarquía requieren. Como por ejemplo quedar con sus amigos o compañeros de trabajo en un bar.

-Reducir conductas de aislamiento: A través de potenciar los planes y las relaciones sociales del paciente, se consigue que reduzca progresivamente las conductas de aislamiento a las que se estaba viendo sometido de manera inconsciente.

- Comparación de medidas pre-post tratamiento.

Figura 7

Comparación puntuaciones ISRA

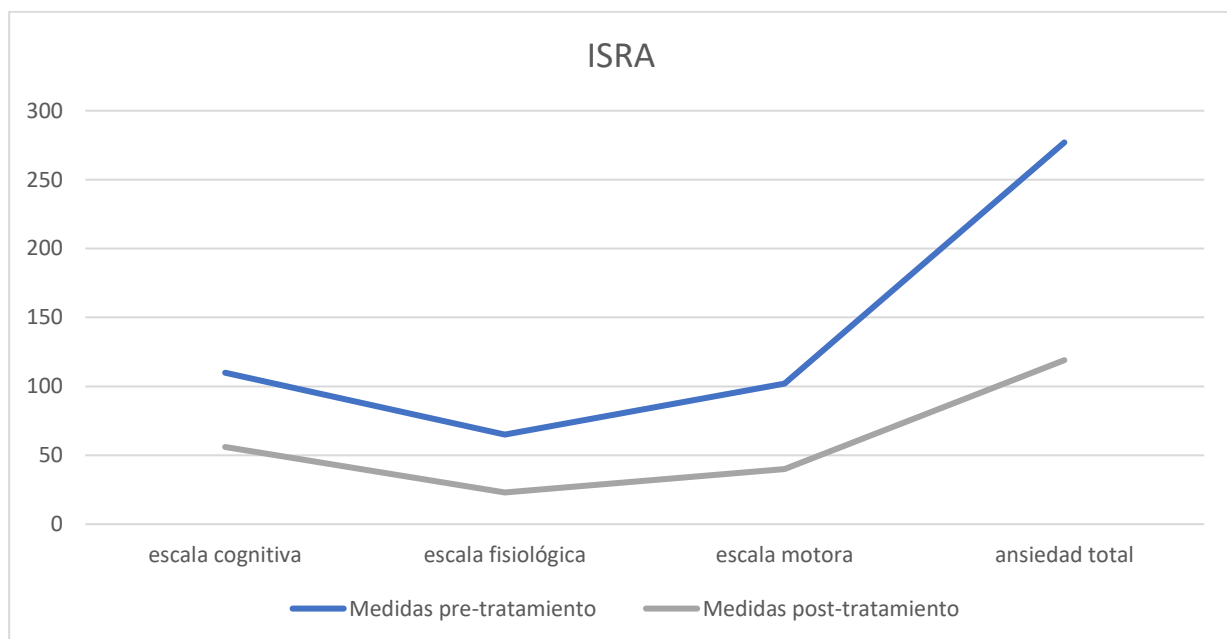


Figura 8

Comparación puntuaciones Y-BOCS

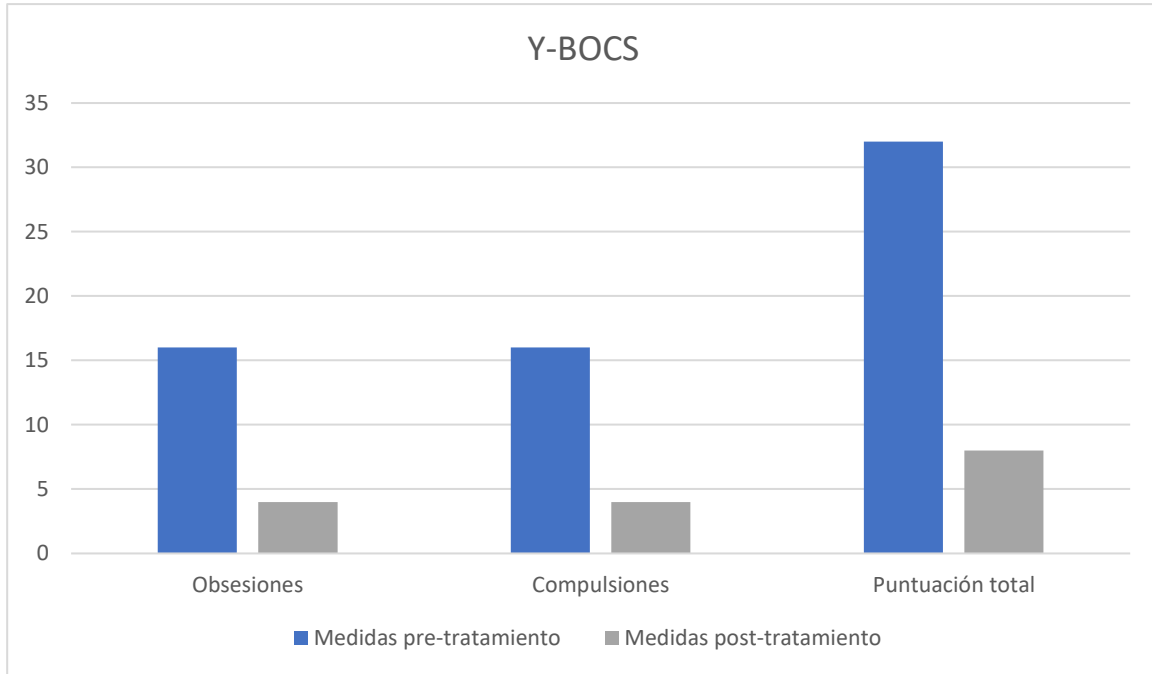


Tabla 8

Comparación de puntuaciones evaluación pre-post

	Puntuaciones iniciales	Puntuaciones finales	Diferencia
Y-BOCS	Obsesiones: 16 Compulsiones: 16 TOTAL: 32	Obsesiones: 4 Compulsiones: 4 TOTAL: 8	Obsesiones: 12 (75%) Compulsiones: 12 (75%) TOTAL: 24 (75%)
ISRA	Escala Cognitiva: 110 Escala Motora: 102 Escala Fisiológica: 65 Ansiedad TOTAL: 277	Escala Cognitiva: 56 Escala Motora: 44 Escala Fisiológica: 23 Ansiedad TOTAL: 123	EC: 54 (49,09%) EM: 58 (56,86%) EF: 42 (64,61%) AT: 154 (55,59%)

Como ya se ha descrito previamente, entre las sesiones 9 y 10 se vuelven a pasar las medidas de evaluación iniciales (test y autorregistros), con la intención de medir la efectividad del tratamiento aplicado en terapia, y de esta manera realizar una valoración cuantitativa y objetiva del tratamiento.

Además de cumplirse los objetivos terapéuticos, se puede observar cómo se reduce notablemente la ansiedad. Observando la Figura 7, vemos como las medidas obtenidas post-tratamiento para el cuestionario ISRA son significativamente menores que las iniciales. En la Tabla 8 se muestra la diferencia de las puntuaciones directas obtenidas: respecto a la escala cognitiva, se reduce de una puntuación de 110 hasta una de 56, considerada como ansiedad marcada o moderada. Lo mismo ocurre con las puntuaciones de la escala motora, que se reducen notablemente de un 102 a un 44. Las puntuaciones de la escala fisiológica también se reducen de un 65 a un 23, considerado como ansiedad mínima. Finalmente, respecto a las puntuaciones totales de ansiedad, se obtiene una puntuación de 123. Puntuación considerablemente más baja que las puntuaciones obtenidas pre-tratamiento. Por lo que podemos concluir que, respecto a la reducción de la ansiedad, las pruebas nos indican con datos que el tratamiento ha sido eficaz.

Respecto a la Figura 8, se presenta un diagrama de barras en el que se puede observar como las puntuaciones postratamiento (en gris) son significativamente menores que las puntuaciones pretratamiento (azul) para todas las escalas. Las puntuaciones en obsesiones y compulsiones iniciales eran de 16 respectivamente, dando lugar a un total de 32, considerado como “TOC muy

grave”. Sin embargo, las puntuaciones actuales se sitúan en 4 para obsesiones y compulsiones, haciendo un total de 8 en la puntuación general. Lo que constituye una severidad mucho menor del diagnóstico, ya que se reduce el tiempo empleado en obsesiones y compulsiones al día, la interferencia y la molestia de estas, y se incrementa la resistencia a las obsesiones y compulsiones y el control de estas. Es por todos estos datos, que podemos concluir que el tratamiento aplicado durante las semanas intermedias a ambos registros ha sido eficaz para reducir la severidad de las obsesiones y compulsiones del paciente A.

Tabla 9

Autorregistro post-tratamiento

SITUACION <i>¿Qué hacía? ¿Dónde estaba? ¿Cuándo?</i>	PENSAMIENTO <i>¿Qué pensé?</i>	EMOCIÓN <i>¿Qué sentí? ¿Con qué intensidad (1-10)?</i>	ACCIÓN <i>¿Qué hice?</i>	EMOCIÓN DESPUÉS <i>¿Qué sentí después? 1-10</i>	CONSECUENCIAS <i>¿Hubo consecuencias?</i>
Yendo al psicólogo	Tengo que pulsar el botón del ascensor	Ansiedad:0	Pulso el botón	Ansiedad: 0	Me encuentro bien
En el trabajo	Me han dado un boli	Ansiedad: 0	Lo cojo.	Ansiedad: 0	No tengo que lavarme las manos, ahorro tiempo y me siento bien.

Volviendo del trabajo, por la tarde	He estado en la oficina todo el día y he sudado	Ansiedad: 1	Espero a la noche para ducharme antes de acostarme, durante 5 minutos	Ansiedad: 0	Me siento bien y me organizo bien.
En casa	He cogido el ratón del ordenador	Ansiedad: 0	Lo uso sin desinfectarlo.	Ansiedad: 0	Me siento bien
En el trabajo, por la mañana	Voy al baño, está sucio	Ansiedad: 6	Utilizo el aseo sin tocar mucho las paredes ni el WC. Al acabar me lavo las manos y salgo rápidamente.	Ansiedad: 6	Soy capaz de entrar al baño
Al salir del trabajo, los compañeros proponen tomar algo	Nos sentamos en una terraza. Pido una coca cola y la disfruto.	Ansiedad: 1	No desinfecto el vaso ni utilizo hidrogel.	Ansiedad: 1	Disfruto de un rato con mis compañeros.

En el autorregistro de la Tabla 9, se muestra como el paciente reacciona actualmente ante las situaciones específicas registradas en la Tabla 3 (autorregistro inicial).

Como se puede apreciar, existe una reducción importante tanto de la ansiedad que A experimenta como del afrontamiento que hace, ya que antes tenía tendencia a realizar conductas compulsivas de limpieza o directamente evitar el enfrentamiento a dichos estímulos, sin embargo, ahora los enfrenta exitosamente, lo que le hace sentirse bien ya que es capaz de realizar muchas acciones que antes resultaban imposibles y disfrutar con ellas.

Finalmente, respecto a las entrevistas, se puede destacar que el paciente informa de que “se encuentra mucho mejor y continúa con mucha motivación enfrentándose a su tratamiento cada día para conseguir eliminar todo su malestar”. Que “siente que puede llegar a conseguirlo y está dispuesto a hacerlo”. Que “ha reducido notablemente el número de rituales y compulsiones que realizaba, y que hay algunos que ya ni siquiera los hace”, y que “lo mismo ocurre con las obsesiones, ya no las tengo tan presentes en la cabeza, no me molestan ni me perturban como antes lo hacían”. Las observaciones en consulta respaldan todo lo que el paciente informa, ya que se ve como no evita tocar los pomos de las puertas, los interruptores, las sillas u otros objetos, ni utiliza hidrogel para limpiarse. Además, se ha establecido un apretón de manos como saludo que A cumple con satisfacción. También se ha conseguido que deje de acudir con dos mascarillas a consulta y tampoco muestra rasgos ansiosos y de preocupación como al principio.

Toda esta información hace de complemento a los datos obtenidos a través de los cuestionarios y nos permiten valorar positivamente la intervención, considerándola eficaz en este caso, aunque cabe destacar que se trata de un proceso en curso y es necesario seguir trabajando.

Por último, es importante reportar que existieron ciertas dificultades al ir avanzando en los ítems de la jerarquía de EPR. Los ítems 5, 6 y 7 resultaron más costosos de llevar a cabo, debido principalmente a que generaban unos niveles de ansiedad importantes para el paciente (50, 60 y 70 USAS, respectivamente). Aun así, con trabajo, A fue capaz de enfrentarse a dichas situaciones de manera exitosa.

7. Discusión y conclusiones

Como ya se ha expuesto previamente en la introducción, el Trastorno Obsesivo Compulsivo es un trastorno con una prevalencia significativa en la sociedad actual: 1,1-1,8% de la población mundial (Base de datos de atención primaria, 2021). Además, la reciente situación de pandemia mundial por la Covid-19, ha contribuido al desarrollo de este tipo de trastornos relacionados con conductas de limpieza y miedos a la contaminación (entre otros), junto con el agravamiento de los casos ya preexistentes. Lo que da lugar que se haga de saliente importancia prestar atención a este trastorno, para poder intervenir de manera correcta y eficaz ya que como se ejemplifica en este estudio, conlleva mucho malestar y sufrimiento para el paciente. Sin embargo, como aquí queda representado, es posible llevar a cabo una evaluación e intervención adaptada al caso específico del paciente en cuestión, que resulte eficaz y que demuestre avances prácticos en pocas sesiones.

En el presente trabajo, basado en el estudio de un caso concreto, se muestra un paciente de 48 años con un cuadro clínico compatible con un Trastorno Obsesivo Compulsivo severo, ya que causa

mucha interferencia en su desempeño diario, empleando mucho tiempo para realizar rituales compulsivos, a la vez que mucho malestar y ansiedad. El paciente acude a consulta en marzo de 2022 y desde entonces se lleva a cabo un proceso de evaluación e intervención previamente detallado. Para ello, la metodología empleada se encuentra debidamente validada y estandarizada (cuestionarios, protocolos de intervención, etc). En el caso expuesto se encuentran las características clínicas más significativas de un TOC de contaminación: miedo irracional a contaminarse, contagiarse y poder enfermar, acompañado de conductas compulsivas de limpieza. Se cumplen los criterios diagnósticos y no se encuentran anomalías o variables extrañas en el caso, sin embargo, debido al transcurso del trastorno, junto con el contexto de la Covid-19 y otras variables significativas, el paciente muestra además conductas de aislamiento en las que se hace necesario intervenir, porque en el momento actual ya están generando malestar. Tratando así de evitar que puedan avanzar a más y afectar a la estabilidad emocional de A, pudiendo llegar a desarrollar otro tipo de trastorno o cuadro clínico relacionado con su estado de ánimo.

Este trabajo refleja como la terapia no es un proceso lineal ni constante, ya que, aunque el paciente tiene un avance evidente, no ocurre siempre al mismo ritmo. Como se relata en páginas previas, A muestra dificultades al avanzar en el tratamiento con ítems concretos, esto se debe a diversas causas. En primer lugar, que dichos ítems conllevaban niveles de ansiedad más altos que los anteriores. En segundo lugar, existían creencias fuertemente arraigadas que hubo que abordar con otras técnicas como la reestructuración cognitiva. En tercer lugar, dichos ítems comprometían otros objetivos mayores, como la potenciación de las relaciones sociales y la ruptura del estado de

aislamiento actual. Y, por último, no se deben dejar de lado todas las características individuales del paciente, que influyen durante todo el proceso terapéutico. Como A, es posible que la mayoría de los pacientes no se adapten estrictamente a la cronología inicialmente propuesta para la intervención, sino que lleven su propio ritmo durante el tratamiento. Es lícito que ocurra y es realmente importante respetarlo ya que al fin y al cabo el proceso terapéutico es suyo, y ellos son sus propios agentes de cambio, mientras que el psicólogo se debe encargar a guiar, sostener y acompañar durante el proceso.

El caso de A supone un caso clínico único y muy valioso en la literatura, ya que aporta gran información ante un paradigma recientemente estudiado: el aumento de prevalencia de casos de TOC a raíz de la pandemia. Se trata de una cuestión recientemente estudiada, y a pesar de que se ha podido validar la hipótesis inicial que apoyaba el incremento de casos de TOC en la población a raíz de la pandemia de la Covid-19. Aunque debido a la recencia con la que ha ocurrido la pandemia, en la actualidad, todavía no se han desarrollado muchos estudios de caso desarrollados en este contexto, por lo que cada ejemplo es muy preciado por su contribución a la comunidad científica (Imbali-Vázquez, 2021; Linde et al., 2022).

La técnica troncal del tratamiento de A es la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR). Se trata de un protocolo robusto con años de desarrollo y apoyo empírico, que se ha comprobado que funciona de manera muy eficaz en pocas sesiones. La fundamentación teórica que respalda esta técnica se basa en el proceso de habituación. A partir del cual, la exposición prolongada y repetida ante el estímulo temido provocaría una reducción de la intensidad de la respuesta, y con el tiempo

(repetición de número de ensayos) conllevaría la extinción de esta (Froxán et al, 2021). Esto ocurre en el caso de A cuando se expone a los estímulos temidos, como por ejemplo la posible suciedad de un botón o interruptor. Cuando el paciente toca dicho objeto su nivel de ansiedad aumenta rápidamente desencadenando un malestar significativo que dispara pensamientos irracionales de miedo, como por ejemplo “te has ensuciado, te vas a contagiar de algo, vas a enfermar y te vas a morir”, lo que automáticamente genera que A despliegue una serie de conductas llamadas compulsiones para reducir ese malestar. Lo que ocurre al aplicar la EPR es que se imposibilita al paciente realizar este tipo de conductas compulsivas, lo que da lugar a que la ansiedad se mantenga en un primer momento; sin embargo, la exposición mantenida en dicha situación complementada en ocasiones con ejercicios de relajación, dan lugar a que estos niveles de ansiedad disminuyan progresivamente y A acabe habituándose a tocar los botones sin tener que llevar a cabo rituales compulsivos.

Es importante destacar que todos estos comportamientos (compulsiones) se mantienen porque en un primer momento funcionan, junto con la historia de aprendizaje del paciente y sus experiencias, se van configurando para que el paciente pueda adaptarse ante las amenazas de su contexto, por ello es relevante examinar desde un primer momento y evaluar de manera exhaustiva cuales son todas las variables que pueden afectar a ello y cómo se ha ido desarrollando y adquiriendo el problema, porque a pesar de que los diagnósticos son globales y generales, cada paciente es único y diferente.

Respecto a las limitaciones encontradas en el presente trabajo, cabe destacar la limitación temporal. Ya que lo aquí expuesto permite ver de manera clara cómo se ha trabajado y los avances que se han

conseguido durante el tiempo de tratamiento, pero no se puede plasmar la totalidad del avance terapéutico de A, ya que en el momento de finalización del estudio el paciente sigue en tratamiento.

Otra de las limitaciones encontradas del presente trabajo, es la falta de datos de seguimiento en la actualidad y el poco tiempo transcurrido desde el transcurso de la intervención, lo que da lugar a que no se pueda comprobar si los avances obtenidos en la intervención se mantienen y se generalizan a lo largo del tiempo, o de manera contraria dicha problemática vuelve a interferir disruptivamente en la vida de A.

Tratando las dificultades encontradas en el desarrollo de la intervención, para abordar el enlentecimiento encontrado en el progreso en la jerarquía de la EPR, se propone realizar una jerarquía de exposición más extensa, que conste de mínimo 15-20 ítems con menos distancia de USAS entre ellos. Para así, poder avanzar paulatinamente de ítem a ítem con menor dificultad debido a que el salto de ansiedad será progresivo y no tan escalado como el de la jerarquía actual.

Para investigaciones futuras, se propone recopilar más casos con características similares con el paso del tiempo, casos de desarrollo o agravamiento de un TOC a raíz de la pandemia de la Covid-19. Estudiarlos de manera específica y hacer hincapié en las condiciones y variables de adquisición, desarrollo y mantenimiento. Y detallando de manera minuciosa todos estos aspectos, ya que cuanto más estudio y desarrollo científico se logre recopilar respecto a este tema, mayores facilidades encontraremos a la hora de intervenir en casos similares e incluso poder anticiparnos ante otros posibles sucesos similares que puedan dejar secuelas como la pandemia ha hecho.

A modo de conclusión o reflexión final, cabe destacar que la riqueza de dicho estudio reside en la particularidad de tratar a una persona con obsesión con la contaminación y el contagio de enfermedades, en una etapa de pandemia mundial.

Es decir, durante toda la vida, en otras etapas y contextos anteriores, han existido pacientes con TOC u otros trastornos relacionados con miedos irracionales a contaminarse, contagiarse o enfermar. Y en el abordaje, se trataba (entre otras) de que el paciente redujese o eliminase dicho miedo a raíz de confrontarlo mediante técnicas como por ejemplo la exposición, y darse cuenta así que las posibilidades de que ocurriese el evento temido eran inferiores a las que realmente estaba estimando y que realmente la amenaza que estaba percibiendo no era tan real o por lo menos no tan plausible. Sin embargo, en una era de pandemia mundial, estas amenazas y miedos percibidos, posiblemente irracionales y todas las creencias de los pacientes, se fortalecen volviéndose muy reales y presentes, ya que se integran en todas las esferas, contextos y situaciones de sus vidas. Afianzándose a través de sus vivencias personales y de las de las personas de su alrededor y aferrándose a una realidad: el virus es real. Lo que genera que la amenaza se vuelva algo prácticamente inevitable, ya que realmente existe la posibilidad de contagiarse.

Todo ello supone una dificultad añadida para el abordaje clínico, ya que en primer lugar desmontar creencias o ideas irracionales se vuelve mucho más complicado para el psicólogo, ya que ahora existen muchos más datos sólidos y pruebas de que estas son reales, de que la amenaza lo es. Además de que las medidas basadas en evitar contagios se oponen totalmente al funcionamiento de los protocolos de exposición para estos casos. ¿Cómo se puede instar a un paciente a exponerse a tocar

un objeto extraño, sin lavarse las manos ni utilizar guantes, cuando las “normas” establecidas por la pandemia establecen que es prácticamente obligatorio utilizar hidrogel de manera constante?

Por ello, es importante encontrar qué matices nos permiten avanzar en los tratamientos y resultan más adecuados para cada paciente y las características únicas de su caso. Esto solo se conseguirá a través del estudio científico y la recopilación de datos y casos similares, por lo que resulta tan importante prestar atención a estos casos, ya que es un contexto que no ha acabado todavía, en el que se hace fundamental encontrar el equilibrio entre cuidarse y desarrollar un trastorno.

8. Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition: DSM-5*. Washington, DC: 2013.
2. American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Editorial Masson
3. Asociación Americana de Psiquiatría. (2016). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
4. Bados, A y García Grau, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universitat de Barcelona. 1-63.
5. Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología*. Mc Graw Hill. 2. <http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1248.%20Manual%20de%20psicopatolog%C3%ADa.%20Vol.%202.pdf>
6. Berrío García, N., & Restrepo, D. L. (2017). Instrumentos de evaluación del trastorno obsesivo compulsivo: revisión. *Poiésis*, 1(32), 101. <https://doi.org/10.21501/16920945.2303>
7. Castelló, T. (2014). El espectro obsesivo-compulsivo en el DSM 5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 112, 22–27. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4907706&info=resumen&idioma=SPA>

8. Cruz, N. (2018). Trastorno Obsesivo- Compulsivo Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Revista Médica Sinergia*, 3(11), 14–18.
9. De Silva, P., & Rachman, S. (1992). Obsessive-compulsive disorder. *Oxford: Oxford University Press*.
10. Fernández-Abascal, E. G., & Roa Álvaro, A. (2011). *Evaluación psicofisiológica*. Técnicas de Modificación de la conducta, 139–176.
11. Fernández Ballesteros, R. (2004). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Pirámide. https://www.kydconsultores.com/shared_books/001-EP-RFB.pdf
12. Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive–compulsive disorder scale: The Obsessive–Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10(3), 206–214. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.3.206>
13. Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., & Muñoz, J. (2012). Propiedades Psicométricas del “Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo” (STAI) en Universitarios. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 20(3), 547–561.
14. Froján-Parga, M. X. y Calero-Elvira, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un proceso de moldeamiento. *Behavioral Psychology*, 19(3), 659-682.

15. Froxán Parga, M. X. (2021). *Análisis funcional de la conducta humana: Concepto, metodología y aplicaciones*. Pirámide.
16. García, F. M., Calvo Reyes, M. C., Rodríguez Cobo, I. (2020). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. *BDCAP Series 2*. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. https://cpage.mpr.gob.es/%0Ahttps://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
17. García-Grau, E., Fusté, A., & Bados, A. (2008). *Manual de Entrenamiento en Respiración*. Universidad de Barcelona, 1–10. <http://hdl.handle.net/2445/3941%5Cnhttp://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/3941>
18. García Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C. (2008). Sobre la heterogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, (2). 65-84.
19. Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., Muñoz R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31 (2), 169-173. <https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

20. Gomes de Alvarenga, P., Savio Mastrorosa, R., Rosario, M.C. (2017). *Trastorno Obsesivo Compulsivo en el niño y el adolescente. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*, Cap. 3, 1-18.
21. Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006–1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
22. Guzick AG, Candelari A, Wiese AD, Schneider SC, Goodman WK, Storch EA. (2021). Obsessive–compulsive disorder during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Curr Psychiatry Rep.* (23). 1–10. doi: 10.1007/s11920-021-01284-2
23. Hodgson RJ, Rachman S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
24. Hollon, S. D. y Beck, A. T. (1986). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.), 443-482.
25. Imbali Vázquez, D. (2021). *Trastorno Obsesivo Compulsivo en tiempos de Covid: una revisión sistemática*. Universidad de Cadiz.

26. Kodysz, S., & Esquirol, E. D. (1998). El trastorno obsesivo-compulsivo. *Anales de Psiquiatría*, 14(1), 19.
27. Labrador F. J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Psicología Pirámide.
http://www.conductitlan.org.mx/06_psicologiaclinica/PISCOLOGIA%20CLINICA/RECURSOS/Tecnicas-de-modificacion-de-conducta.pdf
28. Lázaro, F. G., José, F., Ligeró, M., Isabel, M., López, R., & Lavela, E. L. (2021). Trastorno Obsesivo Compulsivo, Covid-19 Y Nueva Normalidad. *Psicosomática y Psiquiatría*.
29. Leal Carcedo, L. (2013). *Validación del inventario de actividad cognitiva en los trastornos de ansiedad, subescala para el trastorno obsesivo-compulsivo (IACTA-TOC)*. 1–223.
30. Linde, E. S., Varga, T. V., Clotworthy, A. (2022). Obsessive-Compulsive Disorder During the COVID-19 Pandemic- A Systematic Review. *Section of Epidemiology, Department of Public Health, University of Copenhagen*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.806872>
31. Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(1), 35.
<https://doi.org/10.20453/rnp.v80i1.3058>
32. Lee, H., & Kwon, S. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 11-29.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796701001012>

33. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); [actualizado 28 ago. 2019; consulta 30 ago 2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/>.
34. Menzies, L., Chamberlain, S. R., Laird, A. R., Thelen, S. M., Sahakian, B. J., Bullmore, Ed. T. (2008). Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of obsessive-compulsive disorder: The orbitofrontal-striatal model revisited. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 32(3), 525-549.
35. Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4(4), 273-280.
36. Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. (1986). Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Editorial TEA Ediciones*. Madrid.
37. Moreno, P. (2020). Guía de relajación muscular profunda. *Ansede*, 1-23. <https://www.infogerontologia.com/documents/patologias/ansiedad/relajacion.pdf>
38. Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 553-565.
39. Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behaviour*. Nueva York: Wiley.
40. National Institute for Health and Care Excellence. *Treatments of obsessive compulsive disorder*. <https://www.nice.org.uk/guidance>

41. Nelson, C. (1999). The Composite International Diagnostic Interview (CIDI) web site. *Bulletin of the World Health Organization*, 77 (7), 614. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/267892>
42. Neziroglu, F., McKay, D., Yaryura-Tobias, J. A., Stevens, K. P., & Todaro, J. (1999). The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 37(9), 881–902. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00191-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00191-0)
43. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental [Internet]. OMS; 2022. https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
44. Peralta López, José Raul. (2012). El trastorno obsesivo-compulsivo: diferencias entre las escisiones iv y v del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(2), 223-228. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255774009>
45. Pifarré, J., Menchón Magriñá, J. M., & Vallejo Ruiloba, J. (2001). Estrategias terapéuticas en el trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 28(5), 296-305. <http://hdl.handle.net/2445/100324>
46. Punnoose Ann, S. L. (2012). La Revista de la American Medical Association Hiperbilirrubinemia neonatal. *La Revista de La American Medical Association*, 307, 2115. [file:///C:/Users/Hp mini/Downloads/jpg120010 ES.pdf](file:///C:/Users/Hp%20mini/Downloads/jpg120010_ES.pdf)

47. Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796797100419?via%3Dihub>
48. Rachman, S. J. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
49. Rachman, S. J. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
50. Rachman, S. J. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 625-639.
51. Rachman, S. J. (2003). The treatment of obsessions. *Oxford, Uk: Oxford University Press*.
52. Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D. A., Sartorius, N., Towle, L. H. (1988). La entrevista diagnóstica internacional compuesta: un instrumento epidemiológico adecuado para su uso junto con diferentes sistemas de diagnóstico y en diferentes culturas. *Archivos de Psiquiatría General* . 45 (12), 1069–1077. doi : 10.1001/archpsyc.1988.01800360017003
53. Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural análisis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571-583.

54. Salkovskis, P. M., & Westbrook, D. (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success? *Behaviour Research and Therapy*, 27(2), 149-160.
55. Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
56. Sharma, E., Sharma, L. P., Balachander, S., Lin, B., Manohar, H., Khanna, P., Lu, C., Garg, K., Thomas, T. L., Au, A. C. L., Selles, R. R., Højgaard, D. R. M. A., Skarphedinsson, G., & Stewart, S. E. (2021). Comorbidities in Obsessive-Compulsive Disorder Across the Lifespan: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.703701>
57. Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*, 59 (20), 22–57.
58. Stewart, E., Lafleur D., D. Dougherty, D., Wilhelm, S., J. Keuthen, N., A. Jenike, M., (2018). Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. *Tratado de psiquiatría clínica. Massachusetts General Hospital*. Cap. 33. 2-44.
59. Tabares Caraballo, E.D. (2020). Evaluación y tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Facultad de Psicología y Logopedia*. 1- 21.

60. Vallejo Pareja, M. A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13(3), 419-427.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713307>
61. Zabala Salazar, G.M. (2020). *El trastorno obsesivo compulsivo: Un análisis bibliográfico*. Universidad Indoamérica.

ANEXOS

Anexo 1. ISRA

ISRA

Apellidos y nombre:

Edad: Sexo: V M Estado civil: Fecha:

Centro: Curso/Puesto:

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan **situaciones** en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a **respuestas** que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la **frecuencia** con la que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces sí, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

Vea los siguientes ejemplos:

SITUACIONES	RESPUESTAS	OBSERVACIONES
1 Si un problema me preocupa mucho.	1. Me desconcierto, no sé qué hacer.	
2 Cuando pierdo un objeto que apreciaba mucho.	2. Tengo la impresión de que soy un inútil.	
	3. No puedo concentrarme en el trabajo.	
	4. Tengo dificultades para dormir.	
	5. Pierdo el apetito.	

Deberá leer la situación 1 y las respuestas que están sobre las columnas en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La **última cuestión (n° 23)** se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en la casilla que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación utilice el espacio OBSERVACIONES del margen derecho.



Autores: J.J. Miguel Tobal y A.R. Cano Vindel.
 Copyright © 1986, 2007 by TEA Ediciones, S.A. Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan uno en negro, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España.

C

- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces sí, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

- RESPUESTAS**
1. Me preocupa fuertemente.
 2. Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como "inferior" a los demás, torpe, etc.
 3. Me siento inseguro de mí mismo.
 4. Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme.
 5. Siento miedo.
 6. Me cuesta concentrarme.
 7. Pienso que la gente se daña cuenta de mis problemas o de lo torpe que soy.

SITUACIONES	1	2	3	4	5	6	7	OBSERVACIONES	ΣΣ
1 Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2 Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3 Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4 A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5 En mi trabajo o cuando estudio.									
6 Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7 Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8 Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9 Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10 Si tengo que hablar en público.									
11 Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12 Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13 Después de haber cometido algún error.									
14 Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15 Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16 Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17 En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18 Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19 En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20 Al observar escenas violentas.									
21 Por nada en concreto.									
22 A la hora de dormir.									
23 Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas:									
ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO								TOTAL	

ΣR

TOTAL

F

- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces sí, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

- RESPUESTAS**
1. Siento molestias en el estómago.
 2. Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos.
 3. Me temblan las manos o las piernas.
 4. Me duele la cabeza.
 5. Mi cuerpo está en tensión.
 6. Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa.
 7. Me falta el aire y mi respiración es agitada.
 8. Siento náuseas o mareos.
 9. Se me seca la boca y tengo dificultades para trabajar.
 10. Tengo escalofríos y frío aunque no haya mucho frío.

SITUACIONES		RESPUESTAS										OBSERVACIONES	Σ		
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.														
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.														
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.														
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.														
5	En mi trabajo o cuando estudio.														
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.														
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.														
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.														
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.														
10	Si tengo que hablar en público.														
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.														
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco.														
13	Después de haber cometido algún error.														
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.														
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.														
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.														
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.														
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.														
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.														
20	Al observar escenas violentas.														
21	Por nada en concreto.														
22	A la hora de dormir.														
23	Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas:														
ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO		ΣR										TOTAL : 2 =			

M

- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces sí, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

RESPUESTAS

1. Llora con facilidad.
2. Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (tocarme, tocarme, tocarme, moverme, moverme, moverme, etc.).
3. Fumo, como o bebo demasiado.
4. Trato de evitar o rebudir la situación.
5. Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta.
6. Quedo paralizado o mis movimientos son torpes.
7. Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal.

SITUACIONES

OBSERVACIONES

ΣΣ

		1	2	3	4	
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.					
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.					
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.					
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.					
5	En mi trabajo o cuando estudio.					
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.					
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.					
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.					
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.					
10	Si tengo que hablar en público.					
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.					
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco.					
13	Después de haber cometido algún error.					
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.					
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.					
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.					
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.					
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.					
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.					
20	Al observar escenas violentas.					
21	Por nada en concreto.					
22	A la hora de dormir.					
23	Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas:					
		ΣR				TOTAL

ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

Anexo 2. Y-BOCS

1
Y-BS
Yale Brown Scale (O.C.D.)
(Trastornos Obsesivo – Compulsivo)

Nombres:.....

Fecha:.....

Instrucciones: tome la lista de Síntomas Y-BOCS antes de tomar el Cuestionario Y-BOCS. Al tomarlo haga referencias específicas a las principales obsesiones y compulsiones del paciente.

Lista de Síntomas Y-BOCS

Instrucciones: pregunta al paciente acerca de las obsesiones y compulsiones específicas. Marque las existentes. Discrimine entre las actuales (A) y las pasadas (P). Marque los síntomas principales con (P). Estos serán la base de los Target Symptoms List. Los síntomas marcados con un asterisco (*) pueden no ser fenómenos OCD.

Score: (A) Actual (P) Pasados

1 – Obsesiones Agresivas

- * Temor a dañarse a sí mismo/a.
- * Temor a dañar a otros.
- * Imágenes violentas o terroríficas.
- * Temor a dejar escapar insultos y/o obscenidades.
- * Temor a hacer algo embarazoso.
- * Temor a actuar impulsos no deseados (ej: acuchillar a un amigo)
- * Temor a lastimar a otros por falta de cuidado (ej: atropellar con el auto).
- * Temor a causar o a ser responsable de algo terrible (fuego, robo)
- * Otros.....

A	P

2 – Obsesiones de Contaminación

- * Preocupación o disgusto por las excretas corporales (orina, heces, salivas, sudor)
- * Preocupación por suciedad o gérmenes
- * Excesiva preocupación por contaminación ambiental (asbestos, radiación, desechos)
- * Excesiva preocupación por elementos del hogar (solventes, detergentes, aparatos)
- * Excesiva preocupación por animales* (ej: insectos)
- * Malestar por sustancias pegajosas o residuos.
- * Preocupado pueda enfermar debido a contaminantes.
- * Preocupado pueda enfermar a otros, y desparramar contaminantes (agresiva)
- * Falta de preocupación con las consecuencias de la contaminación, exceptuando como ello pueda sentirse.
- * Otros.....

A	P

3 – Obsesiones Sexuales

- * Pensamientos sexuales, imágenes o impulsos prohibidos o perversos.
- * El contenido involucra niños o incesto.
- * El contenido involucra homosexualidad*
- * Conducta sexual hacia otros (agresiva)*
- * Otros.....

A	P

4 – Obsesiones sobre acumulación y Ahorro

- * Distinguir de los hobbies, las colecciones y preocupación por objetos de valor sentimental o monetario.

A	P

5 – Obsesiones Religiosas (Escrupulosidad)

- * Preocupado por sacrilegio y blasfemia.
- * Preocupación excesiva con el bien y el mal y la moralidad.
- * Otros.....

A	P

6 – Obsesiones por Necesidad de Simetría y/o Exactitud

- * Acompañado por pensamiento mágico (ej: preocupado que alguien tendrá un accidente a menos que las cosas estén en su lugar correcto).
- * No acompañado por pensamiento mágico.

A	P

7 – Obsesiones varias

- * Necesidad de saber o recordar.
- * Temor a decir ciertas cosas.
- * Temor a no decir justo lo correcto.
- * Temor a perder cosas.
- * Imágenes intrusivas (no violentas)
- * Sonidos, palabras o música intrusiva, sin sentido.
- * Moleestado por determinados sonidos o ruidos*.
- * Números de suerte y mala suerte.
- * Colores de particular significancia.
- * Temores supersticiosos.
- * Otros.....

A	P

8 – Obsesiones somáticas

- * Preocupación por enfermedad*
- * Preocupación excesiva por alguna parte del cuerpo, o aspecto o apariencia (dismorfofobia).
- * Otros.....

A	P

9 – Compulsiones de Limpieza y Lavado

- * Lavado de manos excesivo o ritualizado.
- * Duchado, baño, peinado, lavado de dientes o rutina de toilette excesiva o ritual.
- * Involucra lavado de elementos de la casa u otros objetos inanimados.
- * Otras medidas para prevenir o evitar el contacto con contaminantes.

A	P

10 – Compulsiones de Verificación

- * Chequeo de cerraduras, hornos, elem.eléctricos del hogar, etc.
- * Chequeo que no han lastimado o lastimarán a otros.
- * Chequeo que no lastimaron / lastimarán al sujeto.
- * Chequeo que no ocurrió / ocurrirá algo terrible.
- * Chequeo que no se ha equivocado.
- * Chequeo ligado a obsesiones somáticas
- * Otros.....

A	P

11 – Rituales de Repetición

- * Volver a leer o volver a escribir.
- * Necesidad de repetir actividades rutinarias (ej: entrar o salir por una puerta).
- * Otros.....

A	P

12 – Compulsiones de Contar

A	P

13 – Compulsiones a Acumular-Coleccionar

- * Distinguir de hobbies y preocupación por objetos de valor sentimental o monetario. (ej: lee cuidadosamente propagandas, diarios viejos, revisa la basura, colecciona objetos inútiles).

A	P

14 – Compulsiones Varias

- * Rituales mentales (diferentes a chequear o contar)
- * Excesiva confección de listas.
- * Necesidad de decir, preguntar o confesar.
- * Necesidad de tocar o frotar*.
- * Rituales que involucran parpadeo o mirar fijamente*.
- * Medidas (diferentes al chequeo) para prevenir:
 - daño a sí mismo
 - daño a otros
 - consecuencias terribles
- * Conductas alimentarias o rituales*
- * Conductas supersticiosas.
- * Tricotilomania*
- * Otras conductas auto-agresivas o auto-mutilantes.
- * Otros.....

A	P