



**Universidad
Europea MADRID**

Un caso de Trastorno Obsesivo Compulsivo abordado desde el análisis de conducta.

Máster de Psicología General Sanitaria

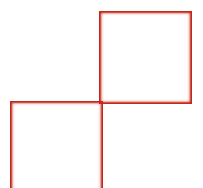
Autor: Delia Hernández Iwanowski.

**Tutor: Almudena Sánchez de Pazos.
Irene Acosta.**

Febrero, 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 desarrolla un caso único de trastorno obsesivo compulsivo (TOC), abordado desde un enfoque de análisis de conducta. Se trata de una enfermera, que a raíz de un accidente laboral comenzó a experimentar un intenso miedo y ansiedad hacia el posible riesgo de contagio de enfermedades, por consiguiente se vieron afectados diversos ámbitos de su vida. Se realizó un análisis funcional detallado de las conductas problema de la paciente mediante la entrevista semiestructurada y autorregistros. Para la consecución de los objetivos se diseñó un plan individualizado de tratamiento y se utilizaron diversas técnicas respaldadas empíricamente. Se hizo una exposición con prevención de respuesta, que nos permitió reducir significativamente la ansiedad de la paciente ante diversos estímulos y situaciones. Finalmente, se ha logrado una remisión significativa en las conductas problemas por las que la paciente ha acudido a terapia, por lo tanto se han conseguido los objetivos de intervención propuestos.

Palabras clave: análisis de conducta, caso único, trastorno obsesivo compulsivo.

Abstract

In the present work, a unique case of obsessive-compulsive disorder (OCD) is developed, approached from a behavior analysis approach. It is about a nurse, who, as a result of a work accident, began to experience intense fear and anxiety towards the possible risk of contagion of diseases, for which several in her life were affected. A detailed functional analysis of the patient's problem behaviors was performed using the semi-structured interview and self-recording. To achieve the objectives, an individualized treatment plan was developed and various empirically supported techniques were used. An exposure with response prevention

was made, which significantly reduced the patient's anxiety in the face of various stimuli and situations. Finally, a significant remission has been achieved in the problem behaviors for which the patient has attended therapy, therefore the proposed intervention objectives have been obtained.

Keywords: behavior analysis, single case, obsessive-compulsive disorder.

Índice

<i>Resumen</i>	2
<i>1. Introducción</i>	5
1.1 Modelos teóricos explicativos y tratamientos psicológicos eficaces	9
<i>2. Identificación del paciente y motivo de consulta</i>	11
<i>3. Estrategias de Evaluación</i>	12
<i>4. Formulación clínica del caso</i>	15
4.1 Hipótesis de origen.....	16
4.2 Hipótesis de mantenimiento	18
4.3 Objetivos de la intervención	21
<i>5. Tratamiento</i>	23
<i>6. Valoración del tratamiento</i>	27
<i>7. Discusión y conclusiones</i>	33
<i>8. Referencias bibliográficas</i>	37

1. Introducción

El *trastorno obsesivo compulsivo* (TOC) ha sido objeto de estudio dentro de la psicología desde hace muchos años. Sin embargo, a día de hoy se considera importante que siga siendo investigado ya que, según la Organización Mundial de la Salud, es uno de los problemas clínicos más importantes a nivel mundial (2019).

Por lo general, dicho trastorno está caracterizado por la presencia de manera intensa de obsesiones, comúnmente entrelazadas a compulsiones persistentes y duraderas (Bados, 2005). Las personas identifican que la manifestación de estos síntomas suele causar mucho malestar en la persona que los padece, ya que son difíciles de controlar o evitar (García, Freeman, Himle & Berman, 2009).

El vocablo *obsesión* deriva etimológicamente del término latín “*obsessio*”, que significa asedio (Miserocchi et al., 2018). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición, las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes, que se presentan de forma recurrente, son experimentados como intrusivos y por lo tanto, no son deseados (DSM V, 2013). Por su parte, otros autores explican que las imágenes e impulsos aparecen de forma abrupta y variable, siendo difícil de predecir o ejercer control sobre los mismos (García Soriano, 2008).

Con la finalidad de reducir el malestar aparecen las *compulsiones*, esta palabra proviene del término latín “*compulsio*”, que puede definirse como “apremio” o “llevar hacia algún lugar” (Belloch et al., 2011; García Soriano, 2008). La compulsión surge como una respuesta a la obsesión, su función es suprimir los pensamientos, impulsos o imágenes con una serie de conductas (privadas o motoras) que se realizan de manera rígida y repetitiva

(DSM V, 2013). Las conductas compulsivas son totalmente ilimitadas e independientes en cada persona, debido a que se desarrollan en función de sus necesidades y variables personales.

Según el DSM-5 (2013) los criterios para hacer un diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo son los siguientes:

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas: Las obsesiones se definen por (1) y (2):

2. 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.
3. 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):
4. Comportamiento (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.
5. 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.

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 elementos 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 (p.ej. preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; la preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como los trastornos de la conducta alimentaria; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos; impulsos, como en los trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor, inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista).

A pesar de que a lo largo del trabajo se ha estado usando la etiqueta del trastorno obsesivo compulsivo (TOC), es importante mencionar que esta etiqueta no es explicativa sino meramente descriptiva, ya que nos permite agrupar mediante una consigna un conjunto de comportamientos problemáticos (González y Pérez, 2007).

Siguiendo la línea anterior, algunos de los tipos de compulsiones y ejemplos de los comportamientos que se desarrollan comúnmente son: de limpieza y desinfección (lavarse las manos, desinfectar objetos o evitar contacto con algún posible foco de contaminación), comprobación o repetición de acciones (comprobar si la puerta está cerrada un número determinado de veces), compulsiones mentales (repetir una frase un número determinado de veces antes de entrar a casa), orden y simetría (mantener los objetos o cosas con un orden rígido establecido, separar objetos mediante categorías, usos o similitudes), acumulación y recuentos (almacenar gran cantidad de objetos teniendo la sensación de que en algún momento podrán ser necesarios) (Arenas y Puigcerver, 2009).

En la actualidad, el TOC además de formar parte de las 5 enfermedades psicológicas más comunes, también se encuentra entre los trastornos más discapacitantes (OMS, 2014). Se estima que la edad de inicio de la sintomatología ronda entre la adolescencia y la juventud temprana (Rasmussen y Eisen, 1992). Según diversos estudios, es más frecuente que en las mujeres aparezca la sintomatología en edades comprendidas entre los 18 y 28 años y en el caso de los hombres, el inicio suele tener una aparición más temprana, con un rango entre los 08 y los 18 años (APA, 2014; Belloch et al., 2011)

En relación con el género, no se han encontrado grandes diferencias en cuanto a la incidencia del TOC. No obstante, algunos autores han hallado diferencias notables en el contenido de las obsesiones y compulsiones que desarrollan los hombres o las mujeres. Existiendo por ejemplo en las mujeres una mayor prevalencia de contenido obsesivo con relación a limpieza o contaminación y en los hombres convergen con mayor frecuencia las obsesiones y compulsiones relacionadas a sexualidad o religión (Mathis et al., 2011).

De acuerdo con diversos autores, la sintomatología del TOC presenta gran comorbilidad con problemática relacionada principalmente a trastornos de ansiedad (Ruscio et al., 2010). Además, también está comúnmente relacionado con trastornos del estado de ánimo, trastornos derivados del consumo de sustancias, trastorno de control de impulsos, trastorno de fobia social, trastorno de pánico, la tricotilomanía y trastornos de la conducta alimentaria (García Soriano, 2008; Lozano Vargas, 2017; Ruscio et al., 2010).

En el presente estudio nos centraremos en el TOC de limpieza y contaminación, que según el XIV Congreso Nacional de Psiquiatría de España (2010), este tipo es el que más se visualiza en la población española. Teniendo en cuenta que el 2.5% de la población del país padece un trastorno obsesivo compulsivo y que la Organización Mundial de la Salud (2019), ha determinado que una de cada cuatro ha experimentado o experimentará malestar psicológico a lo largo de su vida, resulta primordial seguir estudiando el desarrollo de estas conductas, con el fin de ofrecer propuestas de intervención funcionales y adaptadas a cada persona.

El trastorno obsesivo compulsivo de limpieza y contaminación aparece comúnmente con un suceso que induce la situación o la sensación de estar o haber estado contaminado, o por tener contacto con un objeto que haya podido estar contaminado. (Olatunji, Wolitzky, Willems, Lohr y Armstrong, 2009). Por tal motivo, se desarrollan las compulsiones de limpieza o desinfección, (por ejemplo lavarse las manos, desinfectar objetos o superficies) para mitigar de esta forma el malestar y reducir la ansiedad a corto plazo, manteniendo el problema y reforzando negativamente la conducta (Bados y Garcia, 2011).

1.1 Modelos teóricos explicativos y tratamientos psicológicos eficaces

Existen diversos modelos que a lo largo de la historia se han encargado de abordar el posible origen del trastorno obsesivo compulsivo. El modelo cognitivo conductual es uno de los que se encuentra mejor respaldado empíricamente, su objetivo es transformar las apreciaciones que hacen las personas a pensamientos obsesivos y de esta manera reducir la ansiedad y las posibles conductas compulsivas que se originen a consecuencia (Salkovskis et al., 2000).

Basándonos en una perspectiva conductual, se sugiere principalmente que el patrón obsesivo se adquiere mediante el condicionamiento clásico y las compulsiones se mantienen en el tiempo como una respuesta de evitación (Rasmussen y Eisen, 1992). Esta definición se respalda con la Teoría de los Dos Factores, donde se expone que es necesario que exista una respuesta de miedo y evitación para que se aparezca una conducta obsesiva, el mantenimiento de la conducta (que se logra mediante el refuerzo) y la extinción de la respuesta (Gondra, 2008; Steketee & McKay, 1998).

De la misma forma, Wolpe menciona que la persona tiende a repetir los patrones de comportamiento que han sido útiles para reducir la ansiedad en algún momento de su vida (1958). Esto por lo tanto, fomenta la creación de rituales, que terminan siendo reforzantes a corto y largo plazo (Myers y Wells, 2005). Del mismo modo, se ha observado que la historia de aprendizaje influye en la adquisición de patrones de conductas con obsesiones y compulsiones, lo mismo sucede con la observación que ejercen las personas en la infancia de las reacciones que tienen sus iguales ante un estímulo concreto (Lebowitz et al., 2016). Otro autor que ha dedicado tiempo a investigar en la misma dirección ha sido Bandura, quien además de estudiar la adquisición de fobias y obsesiones, encontró que existe una alta

probabilidad en la aparición de rituales de limpieza en familias donde exista una crianza con padres sobreprotectores (1978).

Siguiendo en la línea de investigaciones existentes, Meyer por su parte ha estudiado la exposición de los sujetos a objetos o situaciones que generen miedo/ansiedad con directrices muy específicas, obteniendo buenos resultados que ayudaron a plantar base sobre lo que hoy se conoce como Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), una de las técnicas más utilizadas en el tratamiento del TOC gracias a sus valiosos resultados (Vallejo, 2006).

Otra de las técnicas comúnmente utilizadas es la psicoeducación, con la finalidad de que la persona adquiera conocimientos sobre su conducta problema, causas, posible mantenimiento y tratamiento (Rosa & Olivares, 2010). Por otro lado, la reestructuración cognitiva también es provechosa para poner en debate pensamientos negativos y reemplazarlos por otros más adaptativos (Froxán, 2020), al igual que el entrenamiento en autoinstrucciones y los ejercicios de respiración, que ambos funcionan como reductores de ansiedad ante determinados estímulos (Vallejo, 2006).

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Con la intención de proteger los datos personales de la paciente, y respetar el código deontológico profesional, a lo largo del estudio se hará referencia a la misma por medio de la inicial “M”. La paciente acude a consulta por ansiedad e hipocondría, tiene 36 años, vive en Madrid, es enfermera, está casada desde hace 15 años y tiene 3 hijos de 3, 6 y 8 años.

El principal motivo de consulta de M. es el “*miedo al contagio*”, (especialmente de sida o hepatitis). Expone que, debido a su trabajo, tiene mayor riesgo a sufrir contagios de enfermedades. El miedo comenzó un día que le saltó sangre de un paciente a la cara, cerca de

una zona donde tenía una herida, desde entonces, tiene una constante sensación de estar contagiada.

Ante esta inminente preocupación, M. se ha hecho análisis de sangre (han reflejado que todo está bien), ha habido un aumento importante en la limpieza de manos, la limpieza del ratón y teclado que comparte en el trabajo se ha intensificado, al igual que el uso de alcohol para limpiar superficies, también ha dejado de lavar la ropa de trabajo en casa. La paciente, expresa sentir mucho nerviosismo al momento de hacer curas a las personas, de igual manera todo lo relacionado con sangre y fluidos le genera ansiedad. Dice estar “mucho más pendiente de todo”, esto la ha llevado a desenvolverse más lento en su trabajo, con un aumento significativo en los niveles de ansiedad y miedo.

A raíz del episodio mencionado, también han aparecido pensamientos obsesivos del tipo: “¿lo habré tocado o no, estará infectado o no?”. Por tal motivo, ante la duda de posibles contagios decide frecuentemente tirar objetos (mochila, ropa, comida) desinfectarlos en exceso o dejar de tener contacto directo con el objeto o con todo lo que presuntamente ese “objeto infectado”, haya podido contaminar.

Por ejemplo, si su mochila roza una pila donde se limpia el material para las curas, automáticamente tiene la sensación de una posible infección, por lo que más adelante decide tirar la mochila. A su vez, la mochila reposa en el asiento del copiloto, por lo que M. piensa que el asiento también está infectado. Al igual que su nevera, ya que al llegar a casa introdujo en la nevera un objeto que estaba dentro de la mochila.

Tiene miedo de contagiar a su familia, por lo que evita en algunas ocasiones darles besos a sus hijos o tener relaciones sexuales con su marido.

A lo largo de su vida refiere haber experimentado varias obsesiones, donde creyó por un tiempo que padecía de esclerosis, también ha tenido miedo a la sensación de volverse loca y poder hacerle daño a alguien. M. recuerda tener ansiedad desde los 10 años. En cuanto a su historia médica, toma lexatín mañana/noche y excitalopram de 15mg.

Con respecto a sus padres, comenta que su padre ha tenido hipocondría y TOC “de toda la vida”, tiene la sensación de que se lo ha transmitido bastante ya que, por ejemplo, de pequeña él la solía llevar mucho a urgencias, es un tema difícil para ella. Por otra parte, dice que su madre suele desahogarse con ella, sin embargo, la considera una persona negativa en general.

3. Estrategias de Evaluación

Con el fin de recabar información, se ha realizado la evaluación a través de la entrevista semiestructurada. La paciente ha asistido a 18 sesiones, de las cuales las 2 primeras permitieron obtener información importante sobre M., su historia familiar, motivo de consulta, información sociodemográfica, patrones de conducta e historia de aprendizaje.

Mediante la entrevista semiestructurada, se adquiere información sin tener una serie de preguntas establecidas ni redactadas con anterioridad, pero se tiene un rumbo claro de la entrevista que nos servirá de guía en la evaluación (Ríos Martínez, 2019).

Del mismo modo, en la primera sesión se le pidió a M. la realización de un autorregistro, que nos permitiese una observación de la conducta problema en el contexto extraclínico, así como sus antecedentes y consecuentes. En este caso, se registraron los episodios de malestar, el día y la hora, la situación en la que se encontraba, qué pensaba en ese momento, qué sentía a nivel físico, qué pasaba después y cuál era su nivel de malestar en una escala del 0 al 10. (Véase tabla 1)

Tabla 1:

Autorregistro de malestar

Día y Hora	Situación (Dónde estoy, quiénes y qué estamos haciendo)	Respuestas Cognitivas (Qué pienso)	Respuestas Fisiológicas (Qué siento a nivel físico)	Conducta (Qué hago)	Nivel de malestar (del 0 al 10)

Por otra parte, se realizó una evaluación semanal de los estímulos que generaban ansiedad y su graduación. Se separaron las situaciones a evaluar desde las que le suponían un menor grado de ansiedad hasta las de mayor ansiedad, se realizó una tabla de jerarquía con M. (véanse tablas 2 y 3) donde se registraron los resultados en cada sesión, se comenzó con todos los acontecimientos que le generasen un nivel ansioso de 4 o menos en una escala de ansiedad del 0 al 10, para así luego ir avanzando de manera progresiva hacia los de mayor dificultad. El registro se realizó consecutivamente hasta que los resultados arrojaban niveles de ansiedad entre 0-1.

Tabla 2:

Registro de situaciones menos ansiógenas

	Móvil	Mone- dero	Asiento piloto	Male- tero	Balón	Bolsas compra	Abrigo	Fonado	Teclado y ratón	Balda nevera	Sexo
Fecha y nivel ansiedad											

Tabla 3.

Registro de situaciones más ansiógenas

	Regalos pacientes	Cinturón coche	Ropa calle trabajo	Tendedero	Lavar ropa junta	Fonendo contacto piel	Papeles del curso	Salpicar en el trabajo	Sangre familia
Fecha y nivel de ansiedad									

4. Formulación clínica del caso

Con la finalidad de evaluar a detalle la problemática de M. utilizamos el análisis funcional, que es una valiosa herramienta de la intervención conductual y nos va a permitir observar las variables que intervienen en la conducta humana (López y Costa, 2012). Debemos tener en cuenta que dentro de la conducta, no hay estímulos o respuestas que aparecen de la misma forma para todo el mundo, inclusive tampoco de la misma manera para

una persona a lo largo del tiempo, es imprescindible observar la función que cumple en el momento concreto y qué tipo de respuesta elicitada (Froxán, 2020).

Variables disposicionales: Son variables que modulan la relación funcional de una conducta, actuando de una manera favorable o desfavorable dentro de la cadena conductual y modificando su valor dentro de la secuencia (Froxán, 2020). Luego de observar la conducta problema de M. se han establecido las siguientes variables disposicionales:

- Trabajar como enfermera.
- Tener mayor riesgo a un posible contagio de enfermedades.
- Tomar medicación (Lexatín, Escitalopram).
- Problemas estomacales asociados a la ansiedad (dolor, náuseas, disminución del apetito).
- Crianza con padres sobreprotectores.
- Padre con presunta hipocondría y TOC (lo cual puede moldear las conductas de obsesiones y compulsiones de M. y el desarrollo de reglas verbales).
- Madre muy negativa.
- Historia de aprendizaje de infancia en urgencias frecuentemente (conductas de comprobación con respecto a la salud) y miedo a las enfermedades.
- Ansiedad desde los 10 años.
- Presencia de varias épocas con diferentes episodios de obsesiones y compulsiones relacionados con salud física y mental.
- Autoexigencia en diferentes áreas de su vida (casa, familia, trabajo).
- Uso inadecuado del internet (verificación e investigación constante sobre temas de limpieza, contaminación, contagio).

- Insomnio, despertar precoz con ansiedad.
- Escasa red de apoyo.
- Tiempo de ocio limitado y escasas actividades gratificantes.

4.1 Hipótesis de origen:

El problema de M. inició luego de tener un accidente en el ambiente laboral, se encontraba realizando una cura y le saltó un poco de sangre de la paciente a la cara, cerca de donde M. tenía una herida. A partir de este momento la sangre que era un estímulo neutro (EN), hizo que una posible enfermedad o presenciar una situación de contagio, en este caso, un estímulo incondicionado (EI), produjese una respuesta incondicionada (RI) de miedo y angustia (véanse figuras 1 y 2). Por otra parte, a raíz de ese primer condicionamiento ocurren condicionamientos de segundo orden, ya que el estímulo condicionado inicial (EC), se asoció con otros estímulos condicionados (EC2) como los objetos con los que M. hacía las curas en el trabajo, la posibilidad de tener contacto con sangre o mancharse con sangre. Finalmente, las respuestas condicionadas (RC2) también fueron de miedo y angustia.

Figura 1.

Condicionamiento de miedo al contagio.

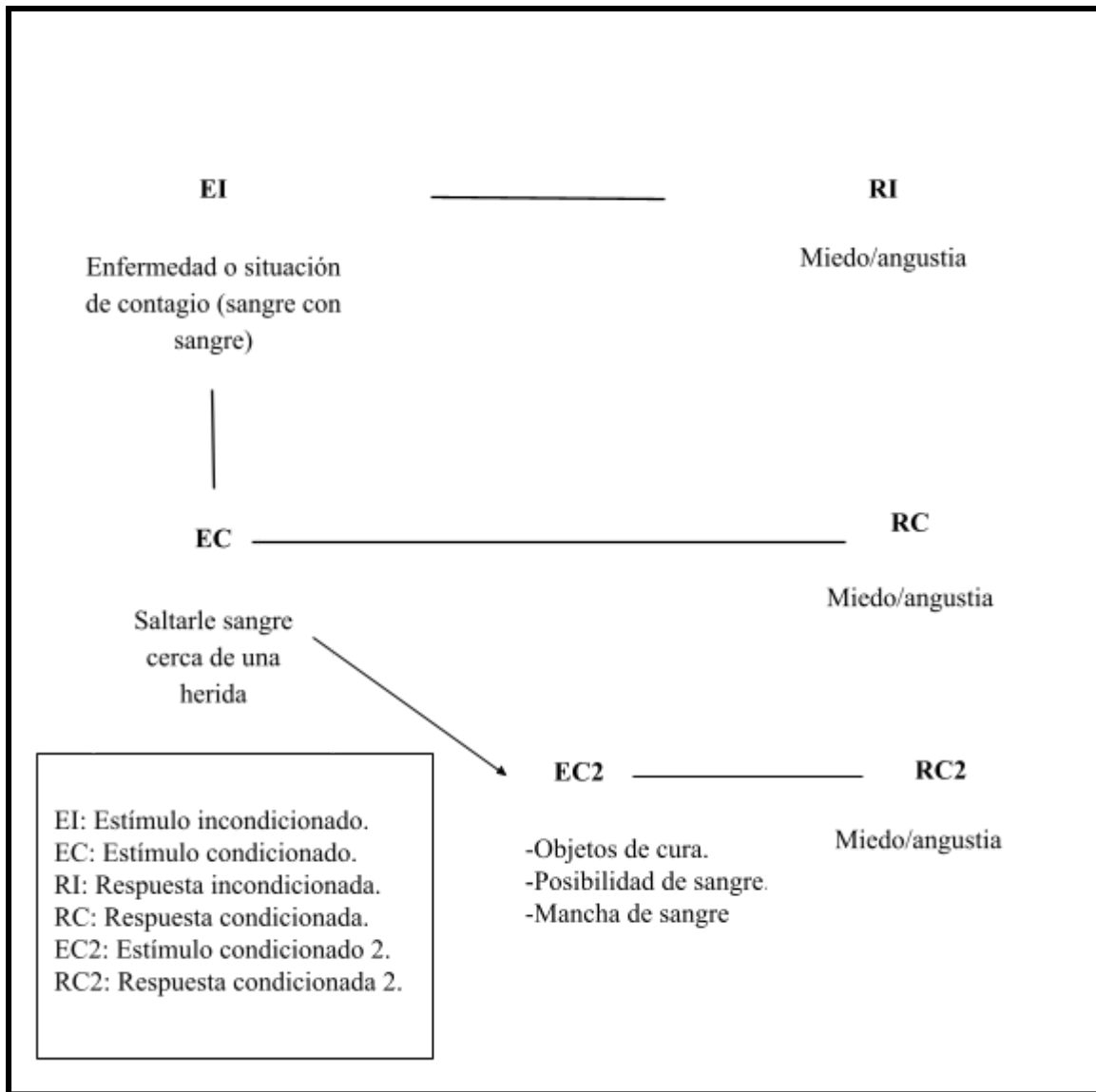
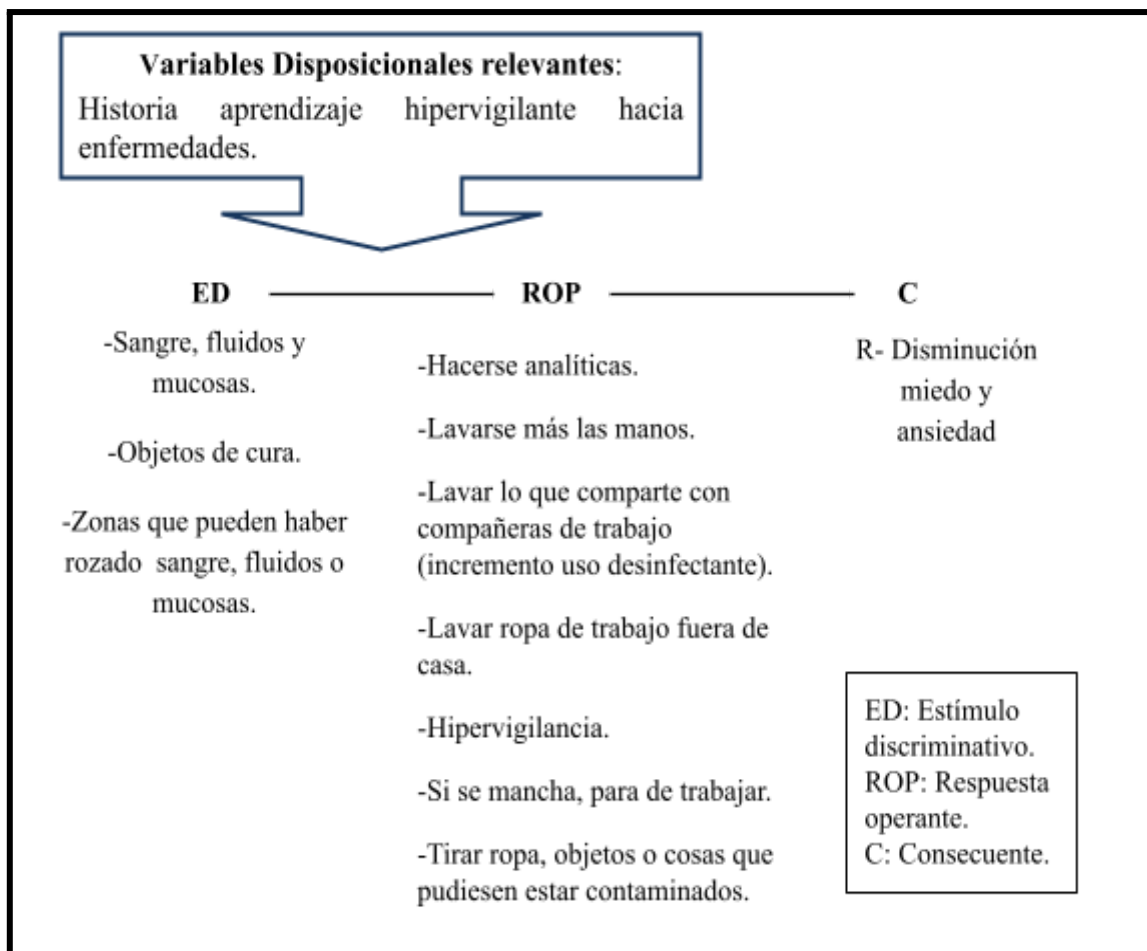


Figura 2.

Análisis funcional cadena operante



A largo plazo, se prevé que M. se muestre más hipervigilante ante los estímulos condicionados (EC) que en este caso son la sangre, fluidos y mucosas, los objetos con los que hacía las curas y las zonas que pudieron haber rozado o tocado de alguna manera sangre, fluidos o mucosas. Desarrollando así un aumento en su ansiedad, por lo tanto puede verse afectado su rendimiento o eficiencia en el trabajo, debido a que tardará más en cumplir con sus tareas y se incrementarán las conductas de limpieza/desinfección.

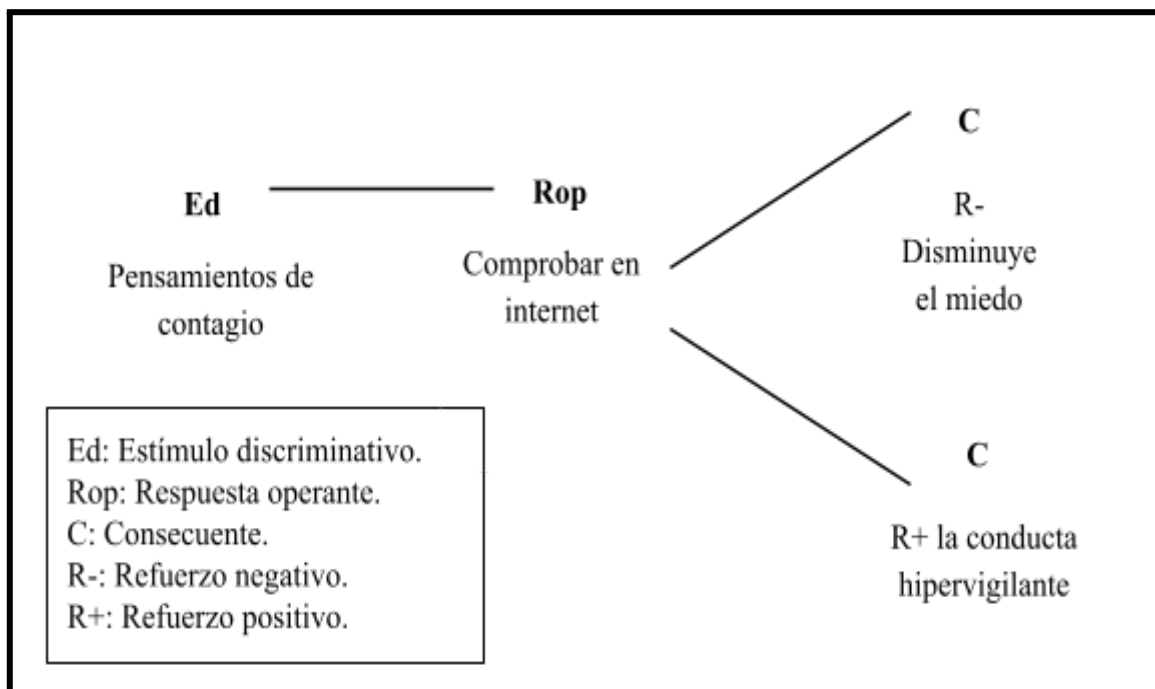
4.2 Hipótesis de mantenimiento:

Luego de la experiencia de M. en la que tuvo contacto en la cara con sangre de un paciente, se incrementaron los niveles de ansiedad, y las conductas de hipervigilancia por miedo al contagio de enfermedades. Probablemente, las variables disposicionales que se

comentaron anteriormente, también han tenido influencia en el mantenimiento del problema, principalmente su historia de aprendizaje de comprobación hacia posibles enfermedades, que fue reforzada por su padre durante su infancia (véanse figuras 3 y 4).

Figura 3:

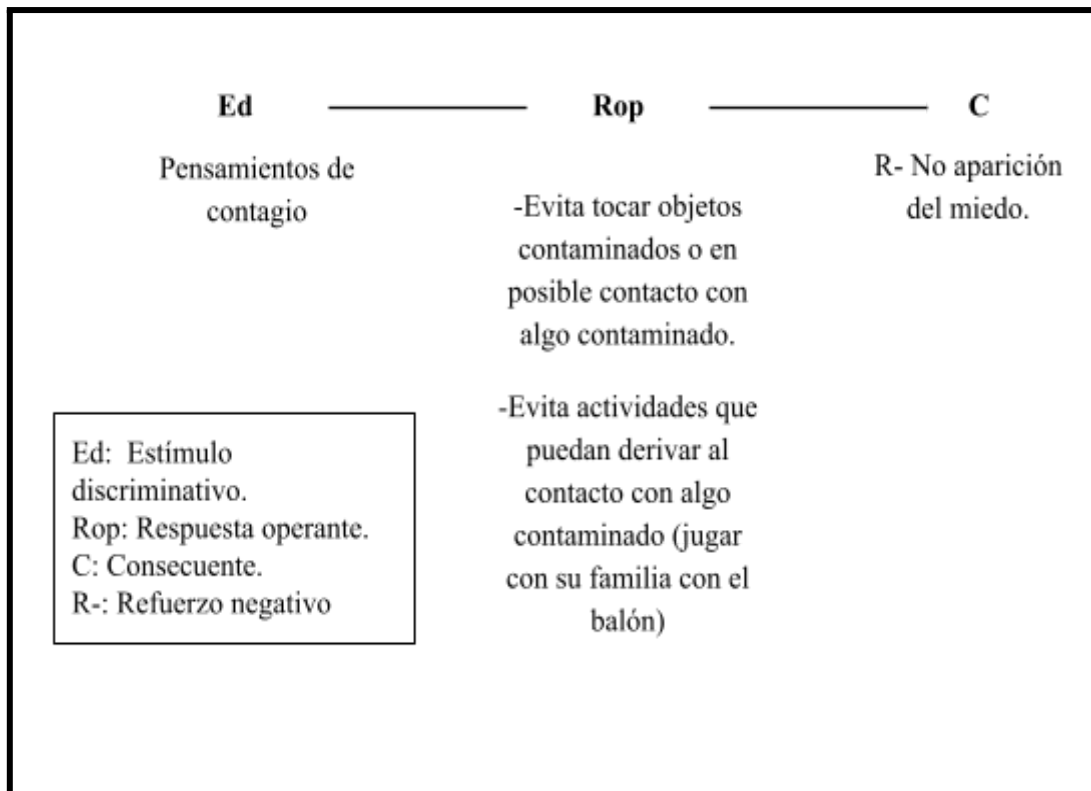
Análisis funcional conducta de comprobación en internet



Como se visualiza en la Figura 3, una de las respuestas operantes (Rop) más frecuentes en M. son las comprobaciones en internet de protocolos de limpieza y desinfección, esto trae como consecuencia la disminución del miedo y a su vez un refuerzo positivo de las conductas hipervigilantes.

Figura 4:

Análisis funcional conductas de evitación.

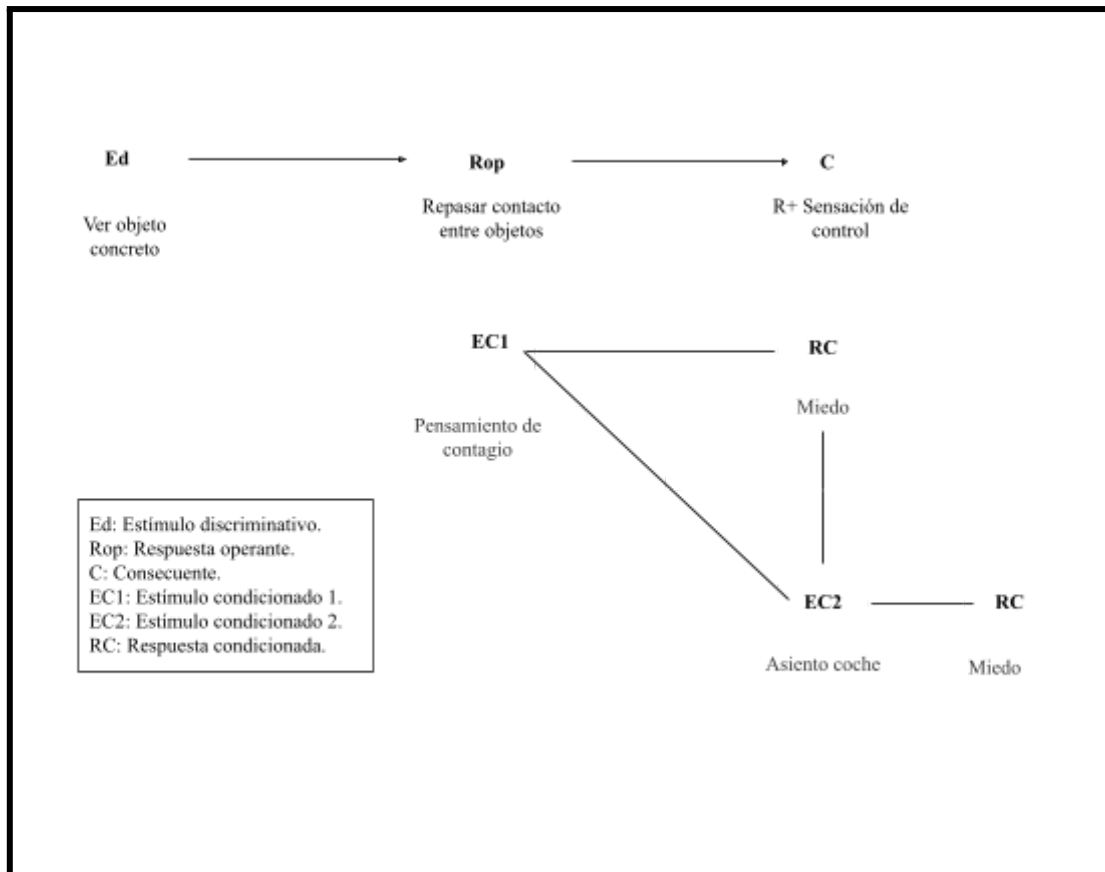


Los pensamientos condicionados, a su vez, son estímulos discriminativos (Ed) para evitar realizar ciertas conductas operantes, que por otra parte, esto hará que a largo plazo M. se esté perdiendo oportunidades de disfrutar y hacer cosas gratificantes. Por ejemplo, al dejar de jugar fútbol con su familia, debido a la posible contaminación del balón.

Como se visualiza en la figura 5, generalmente cuando M. se encuentra en casa suele emitir una respuesta operante (Rop) de repasar posibles contactos entre objetos, este repaso se refuerza positivamente (R+) por la sensación de control.

Figura 5.

Condicionamiento cadena de segundo orden.



Así mismo, M. ha creado nuevas asociaciones clásicas, asociando estímulos neutros (cartera, asiento del coche, maleta del coche, bolso, nevera...) con pensamientos de contagio, que es el estímulo previamente condicionado (EC1), produciendo así las mismas respuestas condicionadas de miedo/malestar. Como resultado, M. ha creado diversas cadenas que generalizan el miedo, por ejemplo si su abrigo roza un objeto posiblemente contaminado, y luego ese abrigo lo pone en el asiento del coche, el asiento y el abrigo generan la misma respuesta de miedo. Lo mismo sucede con el bolso que lleva al trabajo, sus hijos introdujeron una botella de agua en él y al llegar a casa la introdujeron en la nevera, por lo tanto M. condicionó la misma respuesta ante el bolso, la botella y el espacio de la nevera con el que tuvo contacto la botella de agua.

4.3 Objetivos de la intervención

Una vez recogida la información del análisis funcional, se ha planteado como objetivo principal del presente caso eliminar las conductas de comprobación y el miedo obsesivo relacionado al contagio y contaminación.

Por otra parte, otros de los objetivos establecidos son reducir la frecuencia e intensidad de los pensamientos ansiosos de M. relacionados al contagio y contaminación, disminuir la ansiedad ante estímulos condicionados previamente, disminuir los niveles de ansiedad presentes en las mañanas, disminuir patrones de autoexigencia y a su vez, aumentar los reforzadores externos.

Con relación a los objetivos fijados, las técnicas que se llevaron a cabo fueron:

Tabla 4:

Objetivos y técnicas de tratamiento.

Objetivos	Técnicas
Eliminación de conductas de comprobación.	Psicoeducación sobre enfermedades, contagios, riesgos reales e irracionales, uso correcto del internet. Entrenamiento en autoinstrucciones. Exposición con prevención de respuesta.
Reducción de pensamientos ansiosos en relación con contagio y contaminación.	Psicoeducación sobre las obsesiones y compulsiones

	Entrenamiento en autoinstrucciones.
	Reestructuración cognitiva.
	Exposición con prevención de respuesta
Disminución ansiedad ante estímulos previamente condicionados	Exposición con prevención de respuesta
Disminución ansiedad en las mañanas.	Psicoeducación sobre la ansiedad y la funcionalidad que cumple. Entrenamiento en técnicas de relajación.
Disminución de patrones de autoexigencia.	Validación de emociones. Moldeamiento verbal.
Aumento de actividades reforzantes.	Activación conductual.

6. Tratamiento

El desarrollo del tratamiento se realizó a lo largo de 18 sesiones, con una duración aproximada de 1 hora cada una y una periodicidad semanal, a excepción de las últimas 2 sesiones de seguimiento, que tuvieron un espacio de 1 mes entre sesiones. El caso de M. fue llevado por una terapeuta formada en análisis de conducta.

Durante las *primeras sesiones*, se le brindó a la paciente un espacio para la recogida de información, de gran importancia para la realización y evaluación del análisis funcional. Se le hizo entrega del consentimiento informado, la historia clínica y un autorregistro de malestar, para que pudiese rellenar los documentos con los datos necesarios se le dio una

explicación en detalle de cómo hacerlo correctamente y su utilidad dentro de la terapia. Del mismo modo, se ofreció un espacio para aclarar dudas e inquietudes sobre las sesiones, su desarrollo y funcionamiento.

Por otra parte, a partir de la *tercera sesión* se le dio una devolución sobre el análisis funcional de su conducta problema y su mantenimiento, adaptando el lenguaje y el nivel de explicación a la persona, para facilitar así su comprensión y se le propuso el plan de tratamiento en el que se iba a trabajar. Se empezó con psicoeducación sobre el funcionamiento general de la ansiedad, y en concreto de la curva de la ansiedad, debido a que a lo largo de las primeras sesiones M. había experimentado ansiedad al llenar el autorregistro, ya que había tenido que exponerse a situaciones que habían sido previamente condicionadas con malestar/miedo, se utilizaron ejemplos de objetivos de exposición ya conseguidos como prueba de realidad (Abramowitz, 2007). Para ello, se eligieron ejemplos de ítems a los que M ya se había expuesto en el pasado, y se utilizaron como pruebas de realidad para mostrar cómo la ansiedad se había ido reduciendo a medida que ella había conseguido exponerse. También se trabajó para que ella misma detectara que estrategias había puesto en marcha en esas situaciones para conseguir aguantar el malestar al exponerse y poder experimentar la bajada de la curva de ansiedad.

A continuación, se retomó la explicación sobre el análisis funcional en la *cuarta sesión*, esta vez abordando más las asociaciones secundarias que estaba ejecutando M. de manera encubierta con sus repasos en formato de pensamiento, daba vueltas a las cosas que había tocado y las que no, etc. Por ejemplo, al desarrollar ansiedad por el monedero que introdujo dentro del bolso, ya que en ese bolso había guardado un paquete de servilletas que usó para limpiar otro bolso sucio. También, se realizó psicoeducación sobre conceptos como

enfermedades, contagios, distinción entre riesgos reales a los que no y el uso correcto de internet. Este último fue muy importante debido a que M. estaba utilizando internet como fuente para aliviar su malestar, ya que realizaba diversas comprobaciones a través de este medio (Abramowitz, 2007). Aunque a largo plazo, generalmente disparaba sus niveles de ansiedad al encontrar con frecuencia información que le demostrara que sus protocolos de limpieza quizás no fuesen los correctos o que hubiese un posible riesgo de contagio para ella o su familia. En este punto, la variable disposicional de ser enfermera facilitó el debate sobre lo que “puede ser infeccioso y lo que no”, teniendo en cuenta sus conocimientos en el área de la salud y desestructurando pensamientos irracionales.

Entre la *quinta sesión* y la *décimo sexta*, se realizó una exposición con prevención de respuesta, se decidió utilizar esta técnica ya que permite detener el mantenimiento del problema, impulsando a la persona a confrontar el estímulo condicionado con miedo y al mismo tiempo habituarse a la ansiedad, comprobando de esta forma que las anticipaciones negativas no son verídicas. El desarrollo de esta técnica consiste en exponer de manera frecuente al sujeto a las situaciones que elicitaban malestar, sin realizar la compulsión a la que se suele recurrir como parte del ritual (Bados y Garcia, 2011).

Se separó el proceso de exposición en 2 fases, la primera estuvo conformada por objetos que provocaban una respuesta con niveles bajos de ansiedad (un 4 o menos, en una escala del 0 al 10) y la segunda fase, la constituyeron los objetos que provocaban los niveles más altos. Se hizo un registro semanal, descartando paulatinamente los objetos que mantenían resultados semanales entre 0 y 1. En todo momento se trabajaban conjuntamente las asociaciones secundarias desarrolladas, ya que a M. le costaba discriminar entre las situaciones u objetos que podrían ser fuente de contaminación, desarrollando miedo y

ansiedad por estímulos que de manera incierta, pudieron tener contacto con una situación de riesgo, (por ejemplo el cinturón del coche, debido a que a priori es un objeto que no induce un riesgo de contagio, pero M. tenía ansiedad al tocarlo ya que en algún momento ella pudo tocar un objeto contaminado y luego haber tocado el cinturón de su coche para conducir, por lo tanto el cinturón se asoció también con miedo/ansiedad).

A lo largo de la *sexta sesión* se promovió la activación conductual, con el fin de aumentar la tasa de reforzadores en M. ya que en su rutina hay escasas actividades gratificantes o de ocio, a lo largo de la sesión se ha planteado como meta ir a clases de “crossfit”, actividad que le gusta mucho a la paciente y puede compaginar horarios con su familia; M. en dicha sesión verbalizó que “el crossfit le funcionaba para descargar su ansiedad y que cuando hace ese deporte se siente más relajada y mucho mejor”.

Durante las siguientes sesiones, se ha continuado trabajando en el discriminativo de lo que puede ser contagioso y lo que no, mediante reestructuración cognitiva. Para ello la terapeuta ha trabajado en sesión las autoinstrucciones verbales de “sangre-mucosas”, ya que M. desarrolló objetivamente mediante el debate que para que “algo” se pudiese considerar contagioso debía estar en presencia de sangre o mucosas, de esta manera las autoinstrucciones empezaron a implantarse efectivamente como un discriminativo para poder emitir conductas alternativas a las comprobaciones (Belloch et al. 2011), como las distracciones, seguir trabajando, hacer otra cosa, etc. En estas sesiones también se tuvo como objetivo realizar exposición con prevención de respuesta a situaciones como no poner lavadoras, salir el fin de semana, ver a sus amigos.

También, se trabajó paralelamente en psicoeducación sobre las obsesiones y las compulsiones, reforzando positivamente la participación activa en la exposición gradual y

promoviendo la disminución de las compulsiones (lavado de manos con menor frecuencia, guardar la ropa del trabajo con el resto de su ropa, lavar ropa del trabajo en casa, mantener contacto físico con su familia, usar el mismo ratón y teclado que sus compañeras de trabajo, comer comida que le hayan regalado y no tirarla, mantener relaciones sexuales).

Luego se hizo un entrenamiento con técnicas de relajación, con el fin de disminuir la activación que presentaba M. principalmente al despertar, se trabajó en la respiración diafragmática y en la disminución de pensamientos anticipatorios con relación al miedo, que generaban mayor malestar los días lunes, asociados al inicio de una nueva semana.

En la *décimo séptima sesión*, se trabajó más a profundidad la validación de las emociones de M. con el fin de disminuir sus patrones de autoexigencia. Se realizó un moldeamiento verbal para sustituir reglas verbales que estuviesen directamente asociadas a la autoexigencia, del tipo “hoy tengo que poner todas las lavadoras y no puede haber nada en el cesto de ropa sucia” por otras aproximaciones más adaptativas y racionales del tipo: “si no logro terminar hoy no pasa nada, seguiré mañana y si no, pasado mañana”. Se fijaron pautas más “alcanzables”, debido a que M. expresa que “si planifica hacer una serie de tareas y obligaciones y no las cumple todas, se siente mal”. En dicha sesión se refuerza positivamente que M. haya salido el fin de semana sin poner todas las lavadoras ya que prefirió compartir con un amigo y tener tiempo para el disfrute, resultado que beneficia también el objetivo de aumentar las actividades gratificantes para la paciente.

En las últimas sesiones se trabajó con M. la prevención de recaídas, debido a que luego de exponerse y visualizar mejoras en sus niveles de ansiedad, en ocasiones mostró un discurso atemorizado por “tener retrocesos”. En función a esto, se le explicó la diferencia

entre una caída y una recaída y se racionalizaron los avances obtenidos hasta los momentos en las sesiones.

7. Valoración del tratamiento

Es fundamental mencionar que en el caso de M. la adherencia al tratamiento ha sido muy buena, desde el primer momento ha tenido una conducta colaboradora y se ha esforzado por la consecución de los objetivos de intervención, a pesar de la gran dificultad que representó el proceso terapéutico para ella. Ha asistido a todas las sesiones y ha mantenido un rol activo en cada una de ellas, involucrándose no solo para obtener buenos resultados, sino para entender cómo ha podido iniciar su conducta problema y que ha hecho que se mantenga en el tiempo.

Para valorar el tratamiento, no se han aplicado pruebas pre y post tratamiento, en su lugar se ha evaluado el alcance de los objetivos terapéuticos de manera verbal, según lo que iba expresando la paciente a lo largo de las sesiones.

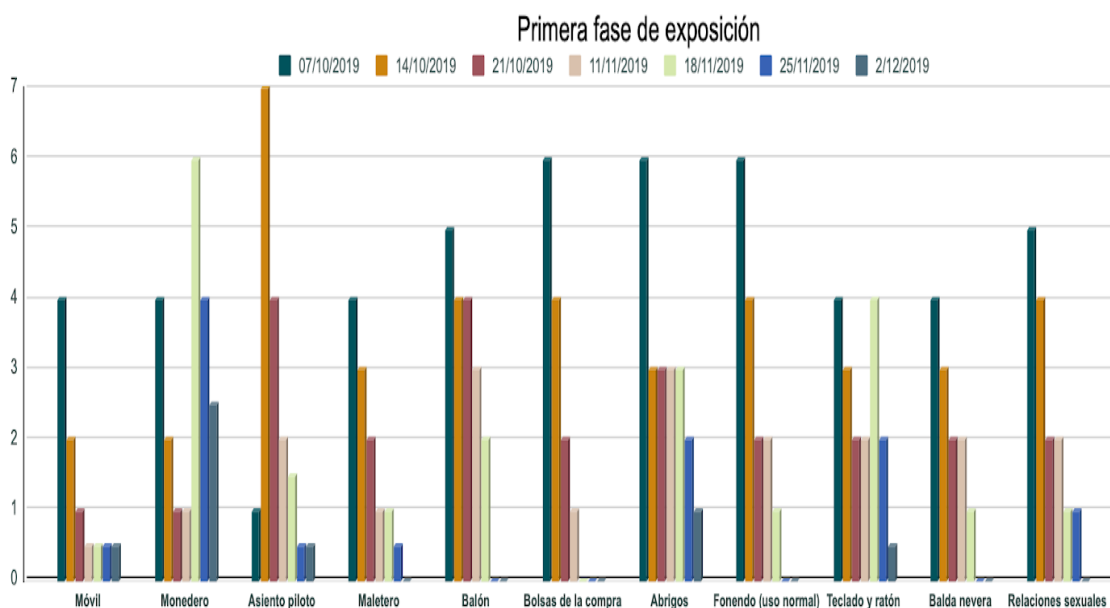
También, con el fin de tener algunas medidas objetivas y observar la evolución de nuestro objetivo principal, se realizó un registro de los niveles de activación que presentaba M. ante estímulos previamente condicionados. El registro estuvo distribuido en dos fases, la primera fase contenía una exposición semanal a estímulos que provocaban una baja respuesta ansiosa (un nivel de 4 en una escala del 0 al 10), mientras que en la segunda fase se observaron los resultados de ansiedad ante los estímulos de mayor activación. Dicha evaluación tuvo una duración de 9 semanas, a lo largo del registro se excluían los estímulos que obtenían un resultado entre 0 y 1 en más de una sesión, considerándolos comportamientos dentro de la norma y a su vez ítems conseguidos satisfactoriamente de la

jerarquía de exposición, de igual manera se hizo el repaso de que se mantuvieran dichos resultados con el tiempo.

En la primera fase de exposición (véase figura 5), se visualizó una disminución importante ante la ansiedad de M. al exponerse a situaciones u objetos relacionados al contagio y contaminación. La ansiedad fue disminuyendo consecutivamente ante la exposición a situaciones como el tocar el móvil, el maletero del coche, el balón con el que juega su familia, las bolsas de la compra, los abrigos y ante la práctica de relaciones sexuales. Algunos estímulos han tenido picos de activación, como el uso del monedero, el contacto con el asiento de piloto del coche o el teclado y el ratón de su trabajo, principalmente porque a lo largo del proceso terapéutico se volvieron a asociar con otros estímulos de posible contagio, por lo tanto volvían a adquirir sus propiedades ansiógenas. No obstante, en esta fase todos los estímulos han obtenido finalmente resultados entre 0 y 1.

Figura 5.

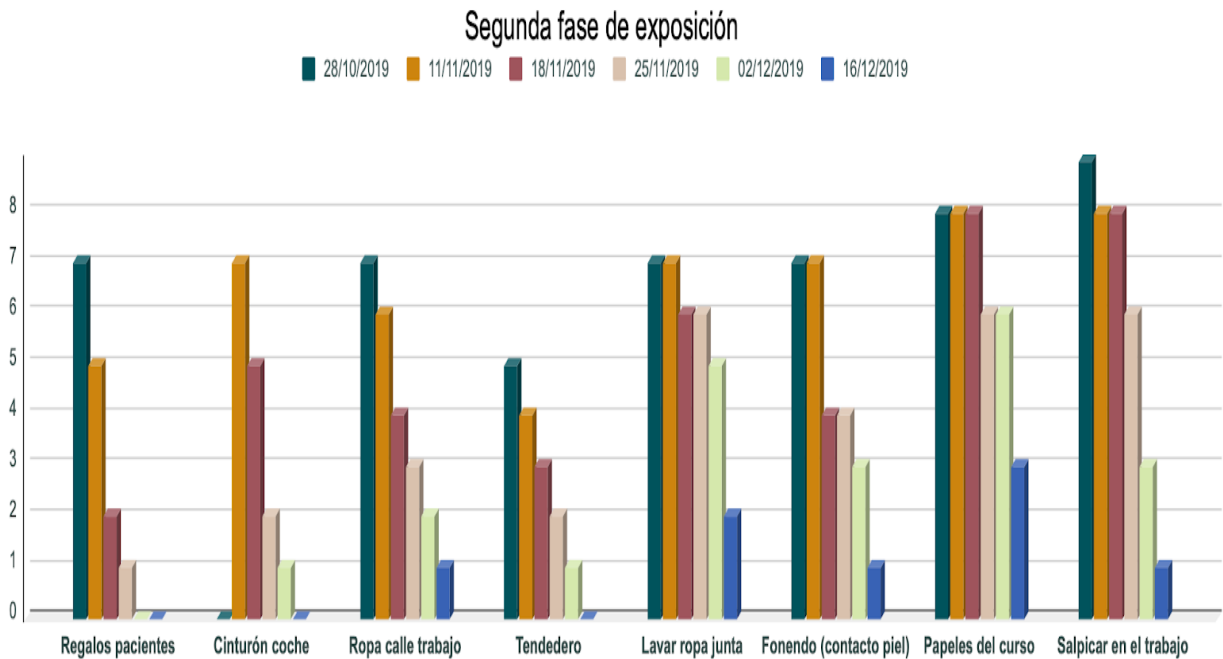
Primera fase de exposición



Posteriormente, se procedió a registrar la intensidad de la ansiedad de M. ante situaciones u objetos calificados por la paciente como los de mayor malestar (todos los que habían arrojado más de 4 basádonos en una escala del 0 al 10). Esta fase tuvo una duración de 6 semanas, se presentaron dificultades ante la exposición de M. a los papeles del curso y lavar la ropa del trabajo junto a la de casa, sin embargo siempre se fomentó que no se detuviese la exposición aunque los resultados se estaban manteniendo iguales y finalmente aunque no se llegó a los niveles más bajos, se visualizaron resultados favorables. Otros estímulos han obtenido una línea de descenso muy positiva, como el aceptar regalos de pacientes, el uso de la ropa de la calle junto a la del trabajo, la utilización del tendedero, el uso del fonendo (con contacto con la piel) y una salpicadura en el trabajo. Esta última partió del nivel de ansiedad más alto y fue de los resultados más positivos y gratificantes para la paciente (véase figura 6).

Figura 6:

Segunda fase de exposición



Los resultados obtenidos de la exposición de M. a situaciones condicionadas con miedo y ansiedad, han hecho que también disminuyan los niveles de ansiedad presentes en las mañanas. Debido a que la paciente ha ido consolidando formas de afrontar el inicio de los días de una manera más adaptativa, por lo tanto, menos ansiosa. Esta mejoría también se ha expresado en los días domingos.

Del mismo modo, las conductas de comprobación han ido disminuyendo a lo largo de las sesiones, tanto en frecuencia como en intensidad. Por ejemplo, ha disminuido la frecuencia de lavados de manos, las comprobaciones en internet, el fonendo lo usa normalmente, no ha vuelto a hacerse exámenes de sangre. La paciente ha aprendido a discriminar lo que puede ser un posible riesgo de contagio y lo que no. Por consiguiente, se han ido disminuyendo las

asociaciones secundarias que producían respuestas condicionadas de malestar y al mismo tiempo, aumentaban su necesidad de comprobación.

Las reglas verbales de la paciente se han ido moldeando y acercando a un discurso más congruente con sus objetivos, por ejemplo planifica las tareas del hogar, ya no “tiene” que hacer todo en un mismo día, se ha flexibilizado en cuanto a rendimiento y el cumplimiento de tareas.

Por otra parte, se logró aumentar su activación conductual, se implementaron actividades gratificantes en su rutina que a su vez, generaron respuestas condicionadas apetitivas, como el asistir semanalmente al gimnasio y destinar tiempo a reunirse con amigos, familia o con su pareja.

Es por este motivo, que se considera haber logrado una remisión significativa en las conductas problemas por las que M. inicialmente ha acudido a terapia, el tratamiento ha sido eficaz y se han conseguido los objetivos de intervención propuestos.

8. Discusión y conclusiones

Como se ha reflejado anteriormente, a lo largo del trabajo se ha abordado un caso de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) de limpieza y contaminación, mediante el análisis de conducta. Queda constatado que el TOC además de ser uno de los problemas de salud con mayor incidencia a nivel mundial, también resulta ser bastante incapacitante y genera un gran malestar en las personas, interfiriendo en diversos ámbitos de su vida (Bados, 2005; García Soriano, 2008; OMS, 2014).

Es fundamental recalcar que la etiqueta de un trastorno sirve para describir y agrupar un conjunto de conductas, sin embargo no todos los casos son exactamente iguales. Por lo

que se ha dedicado gran esfuerzo en realizar un estudio a detalle e individualizado de las variables que en este caso han podido generar impacto en la contingencia de las conductas de la paciente, influyendo en el mantenimiento o la reducción de las mismas.

En línea a lo realizado, se ha observado que las obsesiones de la paciente se han adquirido mediante condicionamiento clásico luego de haber sufrido un accidente mientras trabajaba como enfermera, y por otra parte las compulsiones se han mantenido como una respuesta de evitación al posible riesgo de contagio o contaminación. Esto va de la mano con los aportes de Rasmussen y Eisen (1992).

Del mismo modo, se ha visualizado que las conductas de comprobación de M. aparecen con el fin de reducir el malestar (que en este caso lo genera el riesgo a contaminarse o tener contacto con algún objeto que haya podido estar contaminado). Autores como Wolpe coinciden con este hallazgo, mencionando que las personas repiten patrones de conductas que han sido útiles para reducir la ansiedad en algún momento de sus vidas (1958). Por otra parte, se ha visualizado que la paciente ha tenido una historia de aprendizaje llena de conductas de comprobación hacia las enfermedades, donde su padre solía llevarla al hospital frecuentemente con el fin de descartar la existencia de alguna enfermedad, este hecho nos hace considerar el estudio de Lebowitz, donde se expuso que las personas ejercen patrones de conducta como aprendizaje luego de observar en la infancia la reacción de los demás ante un estímulo concreto (2016). Es probable, que en este caso M. haya observado por parte de su padre una respuesta de miedo/angustia ante las enfermedades. Otro hallazgo interesante ha sido que la crianza de M. estuvo guiada por unos padres sobreprotectores, factor que según Bandura puede aumentar las probabilidades de aparición de rituales de limpieza (1978).

A lo largo del estudio, se ha observado gran eficacia en cuanto a los objetivos y técnicas planteados para la intervención. En primer lugar, mediante la exposición con prevención de respuesta, psicoeducación y reestructuración cognitiva se han eliminado las conductas de comprobación y el miedo obsesivo relacionado al contagio/contaminación, también se ha disminuido la ansiedad ante estímulos condicionados previamente. Así mismo, haciendo un entrenamiento en técnicas de relajación se logró una disminución en la ansiedad que presentaba M. en las mañanas. Se utilizó el moldeamiento verbal y la validación de emociones para reducir patrones de autoexigencia de la paciente, acercándose a verbalizaciones más adaptativas y racionales a su contexto. Finalmente, promover la activación conductual contribuyó en el aumento de actividades reforzantes, otro de nuestros objetivos establecidos.

En este caso, el hecho de ser enfermera ha influido positivamente para que M. haya tenido que realizar en algunas ocasiones una sobreexposición ante algunos objetos o situaciones que le generaban miedo y ansiedad. Otra variable que ha influido positivamente en la consecución de los objetivos ha sido el acompañamiento y apoyo de sus seres queridos, principalmente de su esposo, quien se ha mostrado colaborador y ha sido un gran apoyo a lo largo del proceso terapéutico. Para los pacientes con TOC, resulta importante siempre que se pueda instruir a la familia sobre el TOC, en qué consiste, cuáles son las variables que influyen para que se mantenga el problema y sobre todo evaluar si ellos intervienen (y de qué modo) en la conducta problema (Gavino, 2008). Con frecuencia, se visualiza que la familia con el fin de minimizar el malestar del paciente, realizan las compulsiones de sus familiares y refuerzan las mismas.

Algunas de las dificultades que se encontraron a lo largo de las sesiones ha sido el impedimento de M. para valorar los avances obtenidos y en general darse un valor positivo a sí misma y por tanto, a sus mejoras en la terapia. Por otra parte, la paciente expresaba con frecuencia el deseo de que “la terapia fuese breve”, por lo que la intervención se basó en eliminar conductas problemas relacionadas al TOC, pero no se trabajaron ciertos aspectos que podrían estar en la base del problema, por ejemplo la asertividad o la autoestima. Sería interesante haber abordado estos elementos debido a que pueden actuar como variables disposicionales que faciliten o hagan más probable que la paciente dude de sí misma y a futuro utilice la anticipación y la evitación como estrategias de afrontamiento a sus problemas.

En conclusión, gracias a la realización de la presente investigación, se pudo abordar un caso de TOC desde una perspectiva conductual. Se realizó un análisis detallado y a profundidad de las variables que influyeron en la aparición y mantenimiento del problema y se establecieron una serie de objetivos que tuvieron como principal función disminuir el malestar de la paciente. En la actualidad, el caso de M. se encuentra en remisión, lo que nos confirma que el abordaje ha sido realizado con éxito y por lo tanto, los resultados han sido beneficiosos para la paciente.

Referencias bibliográficas.

- Abramowitz, J. S., Holaway, R. M., Sandin, B., Stewart, S. H., Coles, M., Eng, W., Daly, E. S., Arrindell, W. A., Bouvard, M., & Cardenas, S. J. (2007). *Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3*. Psychological Assessment.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5th ed.). Editorial médica Panamericana.
- Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). *Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica*. Escritos de Psicología.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003&lng=es&tlng=es.
- Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). *Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS)*. Psicothema.
- Bados, A., & García, E. (2011). *Técnicas operantes*. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos: Universidad de Barcelona.
- Bandura, A. (1978). *Reflections on self-efficacy*. Advances in behaviour research and therapy.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0146640278900127?via%3Dihub>
- Bayés, R (1980). *Una introducción al método científico en Psicología*. Barcelona: Fontanella.
- Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, G. (2011). *TOC, obsesiones y compulsiones, tratamiento cognitivo*. Madrid: Alianza Editorial.
<http://hdl.handle.net/11162/92112>

- Belloch, A., Reina, N., García-Soriano, G., y Clark, D.A. (2009). *Inventario Clark-Beck de Obsesión-Compulsión (C-BOCI): validación para su uso en población española*. *Revista de psicopatología y psicología clínica*.
- Costa, M. y López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling*. Madrid: Pirámide.
- Froxán, M. X. P. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana: concepto, metodología y aplicaciones*. Pirámide.
- García, A. M., Freeman, J. B., Himle, M. B., Berman, N. C., Ogata, A. K., Ng, J. & Leonard, H. (2009). *Phenomenology of early childhood onset obsessive compulsive disorder*. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*.
- García Soriano, G. (2008). *Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones clínicas: contenidos y significado personal*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, España.
<https://roderic.uv.es/handle/10550/15436>
- Gondra, J.M. (2008). *El Instituto de Relaciones Humanas de la Universidad de Yale y la Brigada Abraham Lincoln: las entrevistas sobre el Miedo a los voluntarios de la Guerra de España*. *Revista de Historia de la Psicología*.
- González, H. y Pérez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- González-Pardo, H., & Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales: Escuchando al fármaco o al paciente*. Alianza.
- Labrador, F.J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.

Lebowitz, E. (2016) *Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update*. Expert Review of Neurotherapeutics.

Lozano-Vargas, A. (2017). *Aspectos clínicos del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados*. Revista de neuropsiquiatría.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n1/a06v80n1.pdf?fbclid=IwAR2etfrbT>

Márquez, M., Romero, R., Fernández, T., & Ortega, M. (2007). *Guía para la Intervención Psicológica en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. Madrid: Facultad de Psicología Universidad Autónoma de Madrid.

Mathis, M. A. D., Alvarenga, P. D., Funaro, G., Torresan, R.C., Moraes, I., Torres, A. R., & Hounie, A. G. (2011). *Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature review*. Brazilian Journal of Psychiatry.

<https://www.scielo.br/j/rbp/a/W65bDdWFWVN6fQQQL6yKtSB/abstract/?lang=en>

Miserocchi, A., Cascardo, B., Piroddi, C., Fuschillo, D., Cardinale, F., Nobili, L., & Cossu, M. (2013). *Surgery for temporal lobe epilepsy in children: relevance of presurgical evaluation and analysis of outcome*. Journal of Neurosurgery: Pediatrics.

Myers, S. & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: the contributions of metacognitions and responsibility. Journal of Anxiety Disorders.

Olatunji, B. O., Wolitzky-Taylor, K.B., Willems, J., Lohr, J. M., & Armstrong, T. (2009). *Differential habituation of fear and disgust during repeated exposure to threat relevant stimuli in contamination based OCD: An analogue study*. Journal on Anxiety Disorders.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S088761850800100X>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)* 172-180. Madrid: Meditor.

Peiró Gomar, À. (2021). *Trastorno obsesivo compulsivo y terapia cognitivo conductual*. Una revisión bibliográfica.

<http://hdl.handle.net/20.500.11797/TFG3280>

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

Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). *The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder*. *Psychiatric Clinics of North America*.

<https://psycnet.apa.org/record/1993-25868-001>

Ruscio, A.; Stein, D., Chiu, W. & Kessler, R. (2010). *The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication*. *Molecular Psychiatry*.

Soriano, J. B., Rojas-Rueda, D., Alonso, J., Antó, J. M., Cardona, P. J., Fernández, E., & Trujillo, U. (2018). *La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016*. *Medicina clínica*.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775318303312>

Steketee, G. & McKay, M. (1998). *Overcoming Obsessive-compulsive disorder. A behavioral and cognitive protocol for the treatment of OCD*. Nueva York: Publishers Group West.

Vallejo Pareja, M.A. (2006). *Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo-compulsivo*. *Psicothema*.

Wolpe, J. (1968). *Psychotherapy by reciprocal inhibition. Conditional reflex: a Pavlovian journal of research & therapy*. *Meditor*.