

PROTOCOLO DE TERAPIA INDIVIDUAL

El término “**Trastorno Obsesivo-Compulsivo**” se utiliza para definir un cuadro psicopatológico caracterizado por dos síntomas principales: las obsesiones y las compulsiones.

Las Obsesiones se definen como: Pensamientos, impulsos, imágenes o sensaciones recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusivos o inapropiados causando un malestar significativo en la persona. · El sujeto intenta evitarlas, suprimirlas o neutralizarlas mediante otros pensamientos o actos. · El sujeto las reconoce como algo inherente a su persona y a su mente.

Las Compulsiones se definen como: Comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo que el sujeto se ve obligado a realizar en respuesta de una obsesión o reglas que debe seguir estrictamente. · El motivo es la prevención o la reducción del malestar, o la prevención de algún suceso negativo que podría desencadenarse en caso de no llevar a cabo el ritual.

Gracias a los esfuerzos de la investigación, hoy en día disponemos de una terapia psicológica – la Terapia Cognitivo –Conductual – que ha demostrado su eficacia en el abordaje de este cuadro psicopatológico y de las problemáticas que acarrea. Avanzar paso a paso por el camino que implica el tratamiento del **TOC** no es tarea fácil.

VALORACION GLOBAL DEL TRASTORNO

Las primeras sesiones irán dirigidas a establecer una buena relación terapéutica, así como la recopilación de información sobre el paciente, con el objetivo de realizar una evaluación lo más exhaustiva posible de la sintomatología presentada por la persona, tanto por lo que concierne a los síntomas propios del **TOC** como para detectar otras problemáticas que se puedan detectar en comorbilidad con el mismo. El proceso de evaluación y diagnóstico se llevará a cabo por un psicólogo, en una entrevista semiestructurada de manera que podamos conocer toda la información necesaria para el correspondiente Análisis Funcional y, por consiguiente, poder diseñar una terapia adaptada a las necesidades particulares de cada persona. La información de la familia y su participación en la terapia, si hay consentimiento del afectado, es fundamental se estudia el ambiente familiar, social y laboral. Posibles problemas, principalmente familiares, incluida la incompreensión del trastorno. Es importante saber que los

familiares y personas cercanas al paciente no podrán ejercer el rol de co-terapeuta dada su implicación personal, por lo que siempre tendrá mayor efectividad el trabajo de un psicólogo profesional.

- Valorar la motivación y autoestima del paciente, para comprobar si se encuentran en unos niveles aceptables para comenzar la terapia cognitiva conductual. Se valorarán otras cuestiones que puedan afectar al tratamiento del **TOC** y que necesitarán ser abordadas antes del comienzo del mismo, como traumas infantiles, alcohol, drogas, efectos secundarios de la medicación tomada.
- Valoración de la farmacología. En caso de no tener tratamiento farmacológico, o evidenciarse la necesidad de un ajuste en el mismo, se derivará a psiquiatría para valorar su implantación o su ajuste.
- Información acerca de los siguientes aspectos:
 1. Explicarle qué es el **TOC**, si el psicólogo lo ve oportuno en ese momento qué le pasa, por qué le pasa, los objetivos propuestos y terapia o tratamiento.
 2. Manifestaciones típicas del trastorno.
 3. TERAPIA COGNITIVA – CONDUCTUAL.

TERAPIA COGNITIVA

Según el modelo explicativo cognitivo conductual para el desarrollo y mantenimiento del **TOC**, algunas creencias disfuncionales con respecto a los pensamientos, a la valoración e interpretación de los mismos y a algunos contenidos típicos, pueden influenciar negativamente en la reacción de las personas con la presencia de los pensamientos. Es, por tanto, fundamental identificar tales creencias disfuncionales y modificarlas por otras más adaptativas y realistas.

Técnicas Cognitivas: -Ventajas y desventajas. – Debate socrático – Escalonamiento ascendente. Flecha descendente usos de metáforas y analogías. Técnica del continuo. Diferenciar entre posible-probable. A lo largo del proceso terapéutico, no dejaremos de comentar con el afectado las creencias erróneas e irracionales que pueden existir en el **TOC**, de manera que la **terapia cognitiva** represente un camino que se va desarrollando y enriqueciendo a lo largo de todo ese proceso. Para que el cambio resulte más efectivo, es indispensable que la persona vaya descubriendo sus creencias subyacentes a través de un proceso de conocimiento personal que le motive para modificar los errores cognitivos.

TERAPIA CONDUCTUAL

Es necesaria para modificar la conducta disfuncional de la persona frente a determinados estímulos, pensamientos obsesivos o sensaciones. El objetivo a perseguir es la modificación de las conductas no adaptativas y, por consiguiente, la ruptura del círculo vicioso que mantiene el TOC. Conseguir esta meta a través de un esfuerzo constante, significa poder influenciar y modificar los circuitos neuronales y, a largo plazo, alcanzar la recuperación del paciente según los objetivos planteados al principio de la terapia. El trabajo con el paciente aquí será muy gradual, adaptado a la capacidad de afrontamiento que muestre, con lo cual, en esta fase y sobre todo al comienzo de la misma, debemos potenciar su motivación para hacer frente y aceptar la ansiedad que le provoque enfrentarse a los estímulos que le generan malestar.

PRINCIPALES TÉCNICAS CONDUCTUALES DEL TOC:

- **TERAPIA DE EXPOSICIÓN** Es una de las claves principales de la terapia conductual, siendo fundamental el diseñar un buen programa de exposición, interpretando e integrando perfectamente todos los miedos, situaciones y estímulos, a los que el paciente deba enfrentarse. Dicho programa deberá presentarse jerarquizado, de menos a más intensidad. Para lo cual se crea con el paciente una escala de USA (Unidad subjetiva de Ansiedad), donde 0 sería el nivel de menos intensidad y 10 el de máxima. Pistas para diseñar un programa de exposición. Entre otras, nos las darán preguntas tales como: – ¿qué te dicen tus pensamientos obsesivos? – ¿qué miedos tienes? – ¿qué estímulos te causan miedo y ansiedad? – ¿qué situaciones te causan miedo y ansiedad? – ¿qué cosas o actividades te gustaría hacer y actualmente no haces?
- **Normas para la terapia de exposición:** Estar motivado y convencido (pero no forzar). Establecer una buena relación entre terapeuta y paciente. Diseñar el programa de exposición entre el psicólogo, co-terapeuta y afectado, de manera que el paciente se comprometa con su cumplimiento. Tener la exposición perfectamente programada, que el afectado nunca infravalore lo conseguido. Recordarle que antes no era capaz. Elegir un buen día en el que el paciente se encuentre bien emocionalmente, procurando así que no sufra fuertes alteraciones emocionales. Hacer que el paciente acepte sus pensamientos obsesivos y ansiedad. No pelear con la incomodidad. “No beneficia la exposición si se combate la ansiedad (sería como no realizar la tarea). En lugar de eso, sólo permítete sentirte ansioso. Lo peor que puede ocurrir es que te sientas incómodo por un tiempo”. “Esperar sentirte incómodo. Al principio, las tareas de exposición deben inducir molestia para tener éxito”.

Hacer la exposición en forma gradual. Comenzar con tareas de exposición que provoquen sólo niveles moderados de angustia y progresar a tareas más difíciles. Realizar las prácticas de exposición sin distraer al paciente y procurando que no aplique estrategias para distraerse mientras se enfrenta al estímulo objeto de exposición.

Utilizar las prácticas de exposición para probar las predicciones negativas sobre las consecuencias de enfrentar su temor. Antes de iniciar la exposición, pensar en lo que el paciente teme que pudiera pasar durante la tarea. Después, revisar lo que aprendió de la exposición y cómo se compara con su predicción temerosa original. “¿Ocurrió la peor? ¿Cómo lo hiciste?”

Revisar su nivel de temor, prestar atención a cómo se siente durante la tarea de exposición, tomando nota de su nivel de ansiedad a intervalos regulares calificando su nivel de temor de 0 a 10, intentar no abandonar nunca la exposición antes de finalizar la misma, permanecer en la exposición hasta disminuir la ansiedad entre un 50-70%, intentar después de la exposición no realizar la compulsión, para lo cual se utiliza el reenfoque y otras técnicas para la prevención de respuesta. Una vez hecha la exposición, el paciente debe seguir haciendo exposiciones del mismo estímulo acompañado de su co-terapeuta hasta la siguiente sesión. Hacerle ver que el progreso no es uniforme. En ocasiones, lo superado reaparece. Son coletazos del problema.

TIPOS DE TERAPIA DE EXPOSICIÓN:

IMAGINADA Y GRABADA. Escribirlo primero, grabarlo en presente durante cinco minutos y escucharlo varias veces al día hasta bajar ansiedad al 50%. **VISUAL**, exponer a los estímulos temidos en fotografías o imágenes.

VIRTUAL. Mediante un sistema virtual, donde el paciente se expone al estímulo temido en 3D, monitorizando el nivel basal y el nivel subjetivo de ansiedad.

EN VIVO. Exponer al paciente directamente al estímulo temido. Siempre que podamos, es la terapia de elección.

INTEROCEPTIVA. Realizar ejercicios que provoquen las sensaciones físicas que generan preocupación excesiva, como palpitaciones, hiperventilación y tensión muscular, combinadas con una exposición en vivo a la situación u objeto temidos.

SOBREEXPOSICION. Algunos autores recomiendan la utilidad de exponerse a niveles del 110% de exposición, aunque esto signifique diseñar escenarios de exposición que no se ajusten a la vida real, siempre y cuando se pueda o resulte necesario para asegurarnos de la capacidad del afectado para hacer frente a los estímulos que le

producen su **TOC**. **Ejemplo:** si tengo TOC de contaminación física y miedo a entrar en aseos públicos, en mi exposición en vivo, no sólo debo entrar en los aseos públicos citados y hacer mis necesidades sin más, sino que debo tocar el inodoro, paredes, pomos, grifos... aunque en la vida real esto no lo haga, pero sí lo debo hacer en las exposiciones programadas de alto nivel. Situación a valorar por el terapeuta y paciente. Otra manera menos agresiva de comprobación de los efectos de la terapia y, como tal, de la mejoría del paciente es someterlo a un alto nivel de estrés y en ese momento presentarle los estímulos aversivos, de manera que podamos asegurarnos que hay control por parte del afectado. Todo esto siempre se hará de forma pactada entre terapeuta y paciente. En ningún caso se obligará al paciente a hacer nada que no quiera.

- **ESTRATEGIAS EN LA TERAPIA DE EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE RESPUESTA:** Uno de las dificultades con las que los terapeutas pueden encontrarse al llevar a cabo la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), es la indicación que se le da al paciente de “no realizar” la conducta compulsiva en respuesta al pensamiento obsesivo. Para minimizar la posibilidad de llevar a cabo la compulsión nos ayudamos de “Los Cuatro Pasos” del Dr. Jeffrey Schwartz.

“Los Cuatro Pasos” del Dr. Jeffrey Schwartz:

1º. Etiquetar: es fundamental diferenciar los pensamientos normales de un día a día de los pensamientos obsesivos y conductas intrusivas, etiquetándolos como tal. O sea, solamente decirnos **“esto lo reconozco como un pensamiento obsesivo”**. Para poder realizar dicha función debemos fortalecer su **“Espectador Imparcial”**, la capacidad de salir de él mismo y poder observar sus acciones con saber consciente.

¿Cómo etiquetar un pensamiento obsesivo? Debe cumplir éstas características: – Intrusivo e involuntario. – Repetitivo. – Genera duda y miedo. – Genera ansiedad, posible culpabilidad y desesperación. – Lo intentas rechazar. – Egodistónico, (referido a comportamientos, valores y sentimientos que no están en armonía o no son aceptables para las necesidades y objetivos del ego o yo, no son coherentes con los ideales de su auto-concepto)

2º. Atribuir: debemos atribuir ese pensamiento obsesivo que ya hemos reconocido en el primer paso como un problema de nuestro cerebro, desvinculándolo en todo momento de nuestra responsabilidad o personalidad, y atribuirlo a un fallo en el procesamiento de la información que hace que no podamos filtrar pensamientos,

sensaciones y emociones, reaccionando por tanto a cosas que no tienen sentido. Todo esto se puede resumir en la expresión: **NO SOY YO, ESTO ES TOC.**

3º. Reenfocar: a pesar de que nuestro pensamiento obsesivo siga en nuestra mente, aceptándolo como tal, tenemos que seguir con lo que estábamos haciendo o reenfocar nuestra actividad o conducta hacia algo que nos haga tener una atención plena e impida que llevemos a cabo nuestra compulsión. Este es el verdadero cambio de conducta. Hay que tener reenfocos preparados y entrenados para las distintas situaciones que se nos puede presentar en casa, en el trabajo, con amigos... En este paso utilizaremos **la regla de los quince minutos:** aparcar por un tiempo de quince minutos sus conductas compulsivas, llevando a cabo otra actividad que le sea más agradable y placentera. Después de ese tiempo, se toma conciencia del descenso de la necesidad de compulsión (**Revalorar**) y se intenta alargar otro periodo de tiempo más, hasta que la necesidad de compulsión se pueda evitar o aplazar.

4º. Revalorar: es el resultado de la práctica de los tres primeros pasos, donde el paciente llega a ser consciente de que sus pensamientos obsesivos y sus conductas compulsivas son manifestaciones no adaptativas, son aspectos sin valor que deben ser ignoradas y, en consecuencia, se desvanece la necesidad de llevar a cabo la conducta compulsiva. Para tal fin, podemos utilizar la regla de las dos **A (Anticiparse – Aceptar).** Este paso retroalimenta o impulsa a llevar a cabo posteriormente los tres primeros pasos, aun persistiendo el pensamiento en nuestro cerebro. Este paso se puede intercalar entre la regla de los quince minutos. Con todo esto estamos fortaleciendo nuestro **“Espectador Imparcial”** y como tal construyendo una mente poderosa que pueda cambiar el cerebro alterando las respuestas a los mensajes que envía.

ESTRUCTURA GENÉRICA DE LAS TERAPIAS:

Las Dos primeras sesiones (o más, según el psicólogo lo estime necesario) de recogida de información y evaluación. Entrevista y cuestionarios. Seguirá una sesión de Psicoeducación junto al familiar y co-terapeuta. Los contenidos propios de la psicoeducación se recordarán a lo largo del proceso terapéutico dependiendo de las necesidades de cada caso. Si el paciente presentara alguna otra problemática, se iniciará el tratamiento de la misma y después se procederá con la terapia cognitiva individualizada para el TOC.

Una sesión (o más, dependiendo de las necesidades) se dedicará a la elaboración, entre psicólogo, co-terapeuta y afectado, del programa de exposición. A partir de aquí comenzará la terapia de exposición. Durante la aplicación de la terapia de exposición

se alterna terapia cognitiva y motivación para afianzar cambios en la estructura o esquemas base del paciente.

ACTUACIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA TERAPIA.

CONFECCIONAR UN PLANNING DE TAREAS DIARIAS: Es fundamental elaborar una lista con las actividades de cada día. La cama, el sillón o el sedentarismo es lo peor que puede hacer el paciente para recuperarse de éste problema. Se trata de modificar los hábitos adquiridos.

PLANIFICAR JUNTO CON EL TERAPEUTA UN PROYECTO DE VIDA: si no lo hubiera, tanto a nivel familiar, social, laboral.

LA FIGURA DE PADRINO: Esta figura será aportada por el psicólogo en caso de necesidad. Consiste en una persona que ya ha superado el TOC y que, a través de un contacto directo o telefónico, motiva y aconseja al paciente principiante.

REGISTROS DIARIOS: Una vez avanzada la terapia de exposición, y cuando el psicólogo lo considere necesario, el afectado enviará por email tres registros relativos a:

1- Compulsiones, entendiendo como tales todas aquellas conductas, pensamientos o evitaciones que nos hagan disminuir nuestra ansiedad.

2- Credibilidad al pensamiento. Valorar de 0 a 10 el nivel de ansiedad, siendo 10 el máximo y 0 el mínimo.

3- Bienestar Personal. Valorar de 0 a 10, siendo 10 el mayor bienestar y 0 un día de los llamados “fatales”. El mejor registro que se puede obtener es el de: 0 – 0 – 10

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

A fin de mantener los cambios derivados del proceso terapéutico, la psicóloga, junto con el paciente, elaborará un “**proyecto de vida**” basado en sus valores, donde queden reflejados las acciones que acercan al paciente a sus metas personales. Advertir al paciente de la posibilidad de que se experimente alguna recaída, preparándolo para su aceptación y continuación de su propósito de avanzar en dirección a lo que le importa y ha aprendido durante la terapia. El psicólogo puede ayudar al paciente a elaborar listas de situaciones de alto riesgo y estrategias para afrontarlas, apoyándose en la revisión de las recaídas previas que ha podido experimentar a lo largo de la terapia y la manera en que les hizo frente. Se puede entregar material específicamente diseñado para la prevención de recaídas.

CONCLUSIONES GENERALES: Todo éste protocolo está basado en los manuales especializados de Terapia Cognitiva Conductual, así como en el estudio y análisis de las

distintas opiniones de personalidades científicas del mundo del TOC (Dr. Jeffrey Schwartz, la Dra. Edna Foa, el Dr. David Veale, etc.)

VALORACIÓN DEL TRASTORNO

- Antecedentes familiares
- Inicio del trastorno, (Antecedentes)
- Evolución del trastorno, (Precipitantes y mantenedores)
- Frecuencia e intensidad
- Conciencia de enfermedad
- Medicación actual y duración
- Sueño y ejercicio físico
- Patologías añadidas, en comorbilidad
- Tratamientos recibidos

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL PENSAMIENTO OBSESIVO

- Desencadenantes externos de obsesiones.
- Pensamientos, impulsos, imágenes, dudas obsesivas.
- Interpretaciones de pensamientos intrusivos
- Consecuencias temidas de la exposición a desencadenantes obsesivos
- Temores de ansiedad/molestia a largo plazo

COMPORTAMIENTOS DE ASEGURACIÓN

- Evitación pasiva (identificar su relación con el temor obsesivo; p.ej., evitar los edificios antiguos por temor al asbesto)
- Rituales compulsivos manifiestos (identificar relaciones con el temor obsesivo; p.ej., verificar la puerta para prevenir un robo; búsqueda de confirmación)
- Neutralizaciones, Rituales mentales, (p.ej., supresión de pensamientos, revisión mental, uso de imágenes positivas, identificar relaciones con el temor obsesivo)
- Rituales mentales y conductuales menos evidentes.
- Y finalmente evaluación de la motivación, análisis funcional del paciente, conclusión y tratamiento.

TERAPIA BASADA EN LA INFERENCIA (TBI)

Actualmente el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) afecta alrededor de un 2.5% de la población. A lo largo del tiempo, muchos han sido los intentos de tratamiento psicológico, aunque no todos han llegado a obtener resultados exitosos. La Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) es la estrategia terapéutica que ha

demostrado mayor eficacia hasta el momento, aún un porcentaje de la población clínica, o bien rechaza esta terapia conductual debido al elevado nivel de ansiedad que les supone, o bien no obtiene resultados positivos. Este hecho ha dado lugar a diversas investigaciones cuyo objetivo ha sido buscar intervenciones alternativas para poder dar esperanza a esta parte de la población clínica que actualmente no encuentra una salida viable a su situación. Una de estas líneas de investigación es la Terapia Basada en la Inferencia (TBI), que surgió hace algunos años en Canadá, de manos de Kieron O'Connor y su grupo de trabajo. Se trata de una terapia de tipo cognitivo cuya principal hipótesis se basa en que el origen del TOC reside en un razonamiento inductivo erróneo que le lleva a la duda obsesiva. Este razonamiento erróneo consta de dos pilares básicos: la persona no confía en la información percibida a través del uso de los cinco sentidos y confunde una posibilidad remota como algo real. O'Connor y su grupo llamaron a este fenómeno Confusión Inferencial, y es la base sobre la que se sostiene su modelo.

A diferencia de los conocidos modelos cognitivos tradicionales (Salkovskis, Rachman, etc) que sitúan el origen del TOC en la interpretación errónea de los pensamientos intrusivos, el modelo inferencial afirma que no es necesaria una interpretación irracional o catastrófica, sino que la duda en sí misma es donde radica el problema, sin necesidad de interpretación alguna, ya que la persona ha llegado a la duda a través de un proceso de razonamiento erróneo y es ahí donde se encuentra la base del problema y por lo tanto donde la terapia ha de focalizarse. Los temores derivados de la interpretación (consecuencias) pasan a un segundo plano, concebidos como “un efecto secundario” de la confusión inferencial que desaparecería sin necesidad de tratamiento específico una vez corregida dicha confusión.

La explicación del ¿por qué? de la gran diferencia de perspectiva de estas dos visiones reside en que los modelos cognitivos clásicos abordan el TOC desde el llamado “Modelo Fóbico” mientras que O'Connor y su grupo no creen que el TOC deba ser abordado desde este modelo, ya que existen matices importantes que justifican la necesidad de diferenciar entre este trastorno y el resto de trastornos clasificados como trastornos de ansiedad.

Nos gustaría dar a conocer en mayor profundidad esta innovadora terapia que ha demostrado ya, no solo resultados exitosos en TOC sino también en otros trastornos del espectro obsesivo compulsivo, como la Bulimia Nerviosa o el Trastorno por Dismórfico, y para ello os facilitamos el enlace de la ponencia de la psicóloga Sara Llorens Aguilar en la V Reunión Nacional de TOC Granada, donde lo explica de una manera muy clara, cercana y amena.