



Salud Mental

ISSN: 0185-3325

perezrh@imp.edu.mx

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la
Fuente Muñiz
México

Behobi Baudou, Walter A.; García, Fernando; Fernández-Álvarez, Héctor
Psicoterapia cognitiva individual del TOC
Salud Mental, vol. 36, núm. 4, julio-agosto, 2013, pp. 347-354
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58228969010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Psicoterapia cognitiva individual del TOC

Walter A. Behobi Baudou,¹ Fernando García,¹ Héctor Fernández-Álvarez¹

Caso clínico

SUMMARY

A case study is presented in which cognitive therapy is applied to a case of obsessive-compulsive disorder, with contamination and verification rituals. The treatment emphasizes the importance of intervening on the specific metacognitive biases that patients have on their intrusive thoughts. The center of the intervention is not in the obsessions, but in the biased assessments. The post treatment evaluation showed a moderate improvement, a reduction of the biases, and a notable improvement of the functionality of the patient.

Key words: OCD, bias, cognitive treatment.

RESUMEN

Se presenta un estudio de caso en el que se aplica psicoterapia cognitiva en un paciente con trastorno obsesivo compulsivo con intrusiones de contaminación y duda con rituales de lavado y verificación. El tratamiento se basa en el modelo cognitivo del TOC, que propone que los sesgos a través de los cuales se valoran las ideas intrusivas son el principal factor de mantenimiento del trastorno. Las intervenciones que de él se derivan incluyeron psicoeducación y técnicas cognitivas para flexibilizar esos sesgos. La evaluación de resultados post tratamiento mostró una mejoría moderada de los síntomas, una marcada flexibilización de los sesgos y una notable mejoría en la funcionalidad del paciente.

Palabras clave: TOC, sesgos, tratamiento cognitivo.

INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno mental caracterizado por dos elementos: las obsesiones (intrusiones mentales que generan ansiedad) y las compulsiones (acciones mentales y/o conductuales destinadas a neutralizar la aparición de las obsesiones).¹ Aquellos que lo padecen experimentan un gran malestar debido a sus obsesiones e invierten mucho tiempo en los rituales de neutralización, lo cual puede llevar a una incapacidad funcional parcial o total.² En términos epidemiológicos es considerado el cuarto trastorno mental en orden de prevalencia, afectando a un 1-2% de la población general.^{3,4}

La aparición del TOC se asocia con múltiples problemas. Entre 65% y 80% de los pacientes diagnosticados con TOC sufrirán un episodio depresivo mayor en el curso de su vida. Existe una baja calidad de vida percibida en aquellos que sufren TOC y mayor incapacidad funcional.⁵

Algunos estudios muestran que el momento de la consulta oscila entre seis y 17 años después de la aparición de los síntomas.^{6,7} Este retraso puede deberse a la culpa experimentada por tener obsesiones,⁸ a la falta de conocimiento sobre el trastorno, a la ausencia de educación para la salud

mental en la población, a la falta de aplicación de planes públicos de prevención y detección tempranas y a la falta de profesionales entrenados para reconocer y tratar el TOC.

TRATAMIENTOS

En los años 1960 Víctor Meyer desarrolló un tratamiento específico para este tipo de trastorno llamado "exposición con prevención de respuesta" o EPR.⁹ Este tratamiento mostró resultados alentadores, con una respuesta inmediata en 40% a 75% de los pacientes a los cuales se les aplicó¹⁰ y en la actualidad es el tratamiento específico para TOC con mayor cantidad de estudios de eficacia.¹¹

A pesar del éxito alentador en la utilización de la EPR, los resultados distan de ser óptimos. Algunos pacientes no parecen beneficiarse de la técnica puesto que no manifiestan progresos, rechazan la intervención debido a lo aversivo de la exposición (alrededor de 30%) o tienen sólo intrusiones sin realizar rituales conductuales o mentales (cerca de 10%).¹²

A partir de los trabajos de McFall y Wollersheim, comienzan a incorporarse técnicas cognitivas a la EPR, intentando aumentar su eficacia.¹³

¹ Departamento de Investigaciones. Fundación Aiglé. Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: Walter A Behobi Baudou. Fundación Aiglé. Virrey Olaguer y Feliú 2679. Ciudad Autónoma de BsAs C1426EBE, Argentina. E-mail: fundación@aigle.org.ar

Recibido primera versión: 21 de diciembre de 2011. Segunda versión: 11 de enero de 2013. Aceptado: 21 de marzo de 2013.

Desde entonces han existido numerosos modelos cognitivos del TOC.¹⁴ Los sucesivos modelos cognitivos sobre el TOC han identificado que ciertas creencias y evaluaciones erróneas relativas a los pensamientos intrusivos están implicadas en el mantenimiento del trastorno.

El modelo cognitivo del TOC del obsessive compulsive cognition working group (O-CCWG)

El tratamiento que se aplicó con este paciente es un abordaje cognitivo para el TOC desarrollado por Amparo Belloch en el marco del O-CCWG, y publicado recientemente.¹⁵

El tratamiento tiene formato individual y también puede aplicarse en forma grupal.¹⁶

Este modelo parte de la evidencia que la mayoría de las personas tenemos pensamientos intrusivos (PIOS). Es importante diferenciar las intrusiones normales y cotidianas de las obsesiones, que pueden definirse como intrusiones valoradas de manera negativa y sesgada.¹⁷

Numerosos estudios sobre los PIOS en población no clínica muestran que la mayoría de la población tiene intrusiones mentales de forma habitual.^{18,19} Se han replicado estudios similares en varios países como España,²⁰ Corea²¹ y Turquía²² con similares resultados.

Cuando estos pensamientos intrusos normales son valorados de manera negativa y catastrofista la persona comienza a sufrir una marcada ansiedad y preocupación, e interpreta los PIOS como si fueran algo grave, peligroso y de lo que es necesario ocuparse. Los rituales propios del trastorno tienen efecto de neutralización de la preocupación que los PIOS producen. Una vez neutralizada la ansiedad mediante el ritual, la persona se siente momentáneamente aliviada, con lo que la conducta ritual es reforzada negativamente y se consolida el trastorno.²³

De aquí se desprende la importancia de intervenir sobre esas valoraciones sesgadas que los pacientes realizan de sus PIOS. El objetivo del tratamiento es identificar los sesgos idiosincrásicos de cada paciente para posteriormente intervenir con diversas técnicas cognitivas.

Los diferentes modelos cognitivos sobre el TOC identificaron diversas valoraciones sesgadas como las responsables de la interpretación disfuncional (cuadro 1).

Definimos "obsesión" a las intrusiones mentales valoradas de manera negativa a través de los sesgos cognitivos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El paciente es un hombre de 46 años, casado, sin hijos, de nivel de escolarización medio. Refiere haber sido obsesivo desde "siempre", pero distingue el comienzo del trastorno hace 20 años. Los síntomas se han recrudecido y menguado

desde entonces, pero siempre se han mantenido de forma elevada. Trabajó en un comercio de propiedad familiar durante varios años hasta que tuvo que dejarlo hace unos siete debido a los síntomas. En relación a sus vínculos interpersonales, refiere una relación familiar conflictiva, definiendo a su familia como "muy demandante", mientras que relata sus actitudes frente a ellos como sumamente pasivas. Refirió que su padre padecía también de síntomas del TOC. No presentaba patologías médico-clínicas y tiene un nivel socioeconómico medio. Vive con su mujer desde hace al menos 15 años en una ciudad cercana a donde se desarrolló el tratamiento. Fue derivado a la red de asistencia clínica de la Fundación Aiglé por recomendación de un familiar directo.

En el momento de la derivación no trabajaba ni realizaba ninguna actividad que no fuera ocuparse de los rituales, los cuales le insumían gran parte del día e incluso lo obligaban a quedarse despierto hasta altas horas de la noche o hasta el día siguiente.

En la indagación por actividades placenteras, refirió que le gustaba la pintura abstracta y que antes que los síntomas lo interrumpieran totalmente, pintaba con asiduidad, asistía a exposiciones y realizaba actividades relacionadas con el arte y el periodismo.

Sus síntomas más salientes eran:

Obsesiones de contaminación: El paciente expresaba preocupaciones por la contaminación y la suciedad. Los rituales que cancelaban la preocupación por la suciedad era el limpiarse y limpiar todo lo que tocaba con toallas húmedas descartables, de las que poseía una enorme provisión.

Además intentaba evitar el tocar todo lo que podía ensuciarlo. Esto lo había llevado a interrumpir el contacto marital con su esposa y ni siquiera la besaba por miedo a la contaminación.

Cuadro 1. Glosario de sesgos

1. Responsabilidad excesiva	Sentirse muy responsable de todo lo que sucede a su alrededor. Creer que uno puede provocar y debe prevenir acontecimientos negativos importantes.
2. Sobreestimar la importancia de los pensamientos	La sola presencia de un pensamiento significa que es importante.
3. Fusión Pensamiento Acción: Probabilidad	Pensar algo aumenta la probabilidad de que ocurra de verdad.
4. Fusión Pensamiento Acción: Moral	Los malos pensamientos son tan malos como las malas acciones.
5. Importancia de controlar los pensamientos	Uno puede y debe controlar sus pensamientos.
6. Sobreestimación del peligro	Exageración de la probabilidad o gravedad del peligro.
7. Intolerancia a la incertidumbre	Dificultad con la ambigüedad, la novedad y el cambio inesperado.
8. Perfeccionismo	Hay una solución perfecta para cada problema, y hacerlo perfecto es posible y necesario. Cualquier fallo tendrá consecuencias graves.

En caso de no saber si el objeto a manipular había estado en contacto con la suciedad, el paciente asumía que: a) el objeto estaba sucio, b) la suciedad era de un grado de contaminación máximo, c) la suciedad era tremendamente peligrosa para su organismo y d) la única forma de evitar el daño era lavar de una forma extremadamente rigurosa el elemento contaminado o lavarse a sí mismo, en caso de contacto inevitable. Todo esto también lo llevaba a pensar que, en caso de contaminar a otros, él sería totalmente responsable de cualquier posible catástrofe que la contaminación pudiese causar.

Obsesiones de duda: El paciente presentaba dudas obsesivas sobre cierto tipo de cuestiones relativas a la seguridad del hogar. Por ejemplo, le asaltaba el pensamiento sobre si había cerrado correctamente la llave de gas de las estufas, si las ventanas estaban cerradas correctamente o si las cortinas estaban a una adecuada distancia de las estufas. Los rituales de neutralización que correspondían a estas obsesiones consistían en llevar a cabo una ronda de comprobación por toda la casa antes de acostarse, verificando ventanas, pestillos, llaves de paso, etc.

La preocupación central era que algo le ocurriera a la casa o a su esposa, y que él fuera culpado de la desgracia por no haber sido suficientemente previsor.

Rituales con la computadora: El paciente presentaba la necesidad de completar ciertos rituales al usar la computadora, específicamente al jugar un videojuego por Internet, el cual no podía dejar si no completaba la máxima puntuación. Esto podía llevarle fácilmente más de seis horas. Como el paciente comenzaba a jugar por la noche, podía ocurrir que se pasara noches enteras jugando una y otra vez hasta lograr el resultado buscado. En esta conducta existe superposición entre adicción a la Internet y el TOC, puesto que el paciente tenía que jugar de manera estereotipada y ritualística, ganando en cierto orden y debiendo recomenzar el partido al menor fallo.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

El objetivo central de la intervención fue reducir la sintomatología mediante la flexibilización de los sesgos. También se intentó aumentar la actividad funcional del sujeto, estimulándolo a realizar actividades de su interés. Posteriormente se intervino en variables interpersonales del paciente, entrenándolo en cómo ser más asertivo con su familia.

Instrumentos de evaluación

Antes de comenzar el tratamiento se administró al paciente una batería de instrumentos para mensurar el grado de intensidad del TOC, el contenido de sus obsesiones, los sesgos más sobresalientes, la personalidad general, la

ansiedad, la depresión y el malestar psicológico. Esta batería fue administrada y corregida por un especialista en evaluación psicológica que diagnosticó presuntivamente el TOC. Luego el paciente fue entrevistado por un terapeuta experto que realizó un diagnóstico diferencial y lo confirmó.

La evaluación tuvo forma de diseño de caso único, siendo el sujeto su propio control.²⁴

Escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown (YBOCS): Es una escala desarrollada por Goodman et al.²⁵ que mide la intensidad de las obsesiones, las compulsiones y los subtipos del TOC. La escala se compone de 16 ítems tipo Likert de 0 a 4. El puntaje máximo es de 40 puntos y la graduación entre la intensidad es de malestar subclínico (0 a 7), leve (8 a 15), moderado (16 a 23), grave (24 a 31) y muy grave (31 a 40).

Inventario obsesivo-compulsivo de Clark-Beck (C-BOCI): Consta de 25 ítems que evalúan la frecuencia y la gravedad de los síntomas obsesivo compulsivos. Incluye elementos de investigaciones recientes referidas al trastorno, como puede ser la conciencia de enfermedad o los intentos de control. La escala fue desarrollada por Clark et al.²⁶ y se utilizó la versión española de Belloch et al.²⁷

Inventario de creencias obsesivas revisado (ICO-R): EL ICO es un cuestionario que mide creencias disfuncionales relativas a las obsesiones que posee un sujeto. La evaluación de cuáles de los sesgos son los más notorios permite organizar con mayor racionalidad la intervención. El cuestionario consta de 50 afirmaciones con las que el sujeto debe definir en qué medida lo describe, en una graduación de 1 a 7.²⁸ El inventario no tiene baremos ni puntos de corte, pero existe buena correlación entre el nivel de los sesgos y la intensidad de la sintomatología TOC.²⁹

Los resultados de la evaluación pretratamiento se muestran en la figura 1 y los sesgos comparados en la figura 2.

Descripción de la intervención

La terapia tuvo un formato semanal, de una hora de duración cada sesión. Fue administrada en la sede de la Fundación Aiglé, en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. El terapeuta era un psicólogo del sexo masculino, de 29 años, con cuatro de formación de posgrado en terapia cognitiva y con menos de cinco años de experiencia clínica. El caso fue supervisado por especialistas de la Fundación, expertos en TOC.

YBOCS	34 (Grave)
C-BOCI	
• Intrusiones	21
• Compulsiones	30
ICO-R	
• Responsabilidad excesiva	6.14
• Sobreestimación del peligro	3.50
• Perfeccionismo	5.86

Figura 1

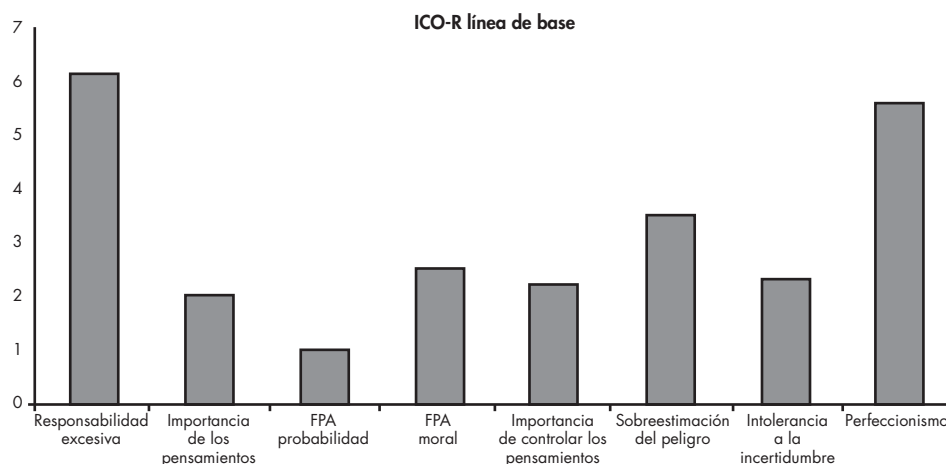


Figura 2. Sesgos.

Desarrollo de la intervención

El procedimiento de la intervención consta de 20 sesiones, distribuidas en tres fases diferenciadas (cuadro 2).

Fase inicial: En la primera parte de la intervención, (tres sesiones) se llevó a cabo una labor de psicoeducación sobre el TOC, definiendo el trastorno según el criterio DSM, explicando los síntomas cognitivos y conductuales específicos

Cuadro 2

Fase inicial: Psicoeducación (1 a 3 sesiones)

- Descripción del diagnóstico (¿Qué es el TOC? Obsesiones, rituales).
- Paradigma de normalización (El TOC como un continuo de conductas racionales pero disfuncionales).
- Dar "Rol de enfermo".
- Psicoeducar sobre diferencia entre conductas TOC/No TOC en base a la funcionalidad.
- Presentación del modelo cognitivo del TOC, mostrando el diagrama.
- Explicar que el centro del mantenimiento del problema son las valoraciones y creencias negativas (Sesgos).
 1. Definición de Sesgo.
 2. Presentación de los 8 sesgos.
 3. Identificación de los sesgos más elevados en el paciente.

Fase intermedia: Modificación de los sesgos (16 sesiones aprox.)

- Identificar los rituales más salientes.
- Identificar las obsesiones que llevan al ritual.
- Identificar las creencias que se asumen en las obsesiones.
- Identificar los sesgos dentro de esas creencias.
- Intervenir en esos sesgos mediante técnicas de modificación de creencias, TREC, debate, mini experimentos, etc.
- Una vez que los sesgos de un ritual son debatidos, modelar una conducta alternativa "no TOC" y encargarla como tarea intersesión.
- Continuar con el siguiente ritual hasta completar los más salientes.

Fase final: Prevención de recaídas (2 sesiones)

- Recapitulación del modelo.
- Proponer y reforzar actividades adaptativas (ocio, trabajo, salud conductual general).
- Identificación de situaciones que aumentan las obsesiones y rituales.
- Preparación frente a posibles recaídas futuras (armar la "Caja de herramientas").

y normalizando la experiencia del trastorno dentro de un continuo de experiencias normales, explicando que todas las personas sufrimos intrusiones.

Posteriormente se instruyó al paciente en el modelo cognitivo del TOC. Se describió cómo los rituales son en realidad formas de reducir la ansiedad provocada por las obsesiones. Siendo las intrusiones una parte de la experiencia mental normal, se mostró cómo los sesgos son los que favorecen una evaluación negativa de las intrusiones, provocando un aumento de la ansiedad y el malestar que llevan a ritualizar. Por tanto, se explicó que la forma de disminuir estos rituales era intentar flexibilizar los sesgos todo lo posible, en vez de intentar detener las obsesiones. Para reforzar la comprensión, se entregó al paciente una copia del "Modelo Circular del TOC", una copia del "Glosario de Sesgos" (cuadro 1) y una copia de la gráfica del ICO-R, con los datos de sus sesgos más salientes (figura 3).

Fase de tratamiento: Una vez concluida la psicoeducación se procedió a entrenar al paciente en la identificación de sus rituales y de los sesgos que operaban en el ritual.

Para comenzar, se le pidió que trajera una lista de los rituales más notorios, con una medida del grado de ansiedad

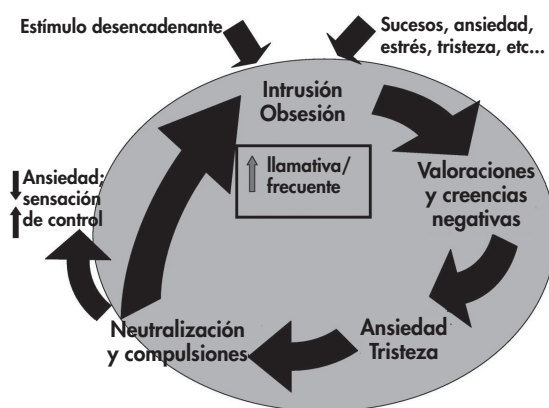


Figura 3

que le causaba no hacerlos y del tiempo invertido en cada uno de ellos.

Utilizando el Modelo ABC de Ellis³⁰ se entrenó al paciente en identificar y tabular cuáles eran sus obsesiones más sobresalientes. La utilización de este modelo ayudó a identificar los pensamientos intrusivos que sostenían cada ritual. De esta manera se volvió más claro identificar cuáles eran los sesgos que estaban interpretando a cada intrusión como catastrófica y peligrosa. Según este modelo, "A" son las situaciones que disparan la obsesión, "B" son las intrusiones que el paciente tiene y "C" son los rituales de neutralización.

Se comenzó por uno de los rituales menos demandantes (revisar el gas antes de dormir) para que sirviera de modelo para el resto de los abordajes. Primero, el terapeuta mostró cómo se podía tabular un ritual, diferenciando correctamente eventos disparadores, obsesiones y rituales. Luego se pidió al paciente que diera ejemplos y se le dió como tarea intersesión que tomara algún ritual y lo desarrollara según el modelo ABC.

En la figura 4, se muestra la tabla completada por el paciente como tarea intersesión sobre sus rituales de chequeo.

Una vez identificados las obsesiones que sostenían cada ritual, se procedió a identificar qué sesgos sostenían dichas obsesiones con ayuda del "Glosario de Sesgos".

En la siguiente viñeta se muestra cómo la sobreestimación del peligro estaba impulsando las comprobaciones que el paciente llevaba a cabo de las estufas de su casa:

T: *-Fíjate dentro de estos pensamientos, podemos a empezar a identificar que están los sesgos. Por ejemplo. Pensar que un chispazo...no, ni siquiera hablamos de chispazo... pensar que una cortina toque (el terapeuta toca la cortina que está a su izquierda)...*

"A" "Me queda la duda si dejé o no bien cerrada la llave de paso del gas de la cocina".

"¿Y si dejé abierta la llave de paso del gas de la cocina?"

"Seguro se puede provocar alguna pérdida de gas, en las hornallas o en el horno y provocarse una explosión, por algún chispazo ocasional, e incendiarse el departamento ¿qué le digo al dueño, que soy un inquilino inconsciente? Le voy a tener que pagar todos los daños, nos espera la ruina económica".

"B" "Seguro se puede provocar alguna pérdida de gas imperceptible, que no nos da tiempo a reaccionar, a mi esposa o a mi, o morimos asfixiados los dos, intoxicados por el gas".

"Seguro viene una factura del gas, imposible de pagar: ¿cómo le digo a mi madre el débito terrible que va a entrar en mi cuenta del Banco? No me voy a animar o me voy a poner muy mal, para decirle; al final voy a tener que romper el contrato del alquiler e irme con mi esposa a vivir con ella: sería terrible".

"C" • Ansiedad

• Miedo

• Ganas de comprobar si la llave de paso del gas de la cocina está bien cerrada, durante mucho tiempo, antes de irme a dormir o de salir.

Figura 4

P: *-Sí, pensá que ese es el "Eskabe" (señala la estufa que está a espaldas del terapeuta).*

T: *-Pensar que al hacer esto y la cortina toque aquí (el terapeuta acerca la cortina a la estufa) va a producir un incendio donde yo pierdo la casa... ¿A qué sesgo te recuerda? Tenías tres sesgos elevados.*

P: *-Sobreestimación del peligro es uno.*

T: *-Exactamente. Es evaluar que un peligro... ¿Puede haber un peligro que se incendie la cortina? Mira, sí. Puede que nos caiga un meteorito arriba y nos haga pelota a todos... pero... es evaluarlo. Ahora tenemos que ver si la evaluación esa está bien.*

Luego de identificar los sesgos más sobresalientes en las obsesiones sobre los chequeos, se procedió a flexibilizar los sesgos mediante diversas técnicas cognitivas clásicas como el debate socrático, la técnica ABC o los miniexperimentos.

La siguiente viñeta ejemplifica cómo se abordó el perfeccionismo del paciente sobre sus chequeos.

P: *-Walter, ¿No hay otra creencia aparte? ¿No está la creencia metida en mí de que no me pasó porque yo soy tan cuidadoso?*

T: *-Obvio, totalmente. Eso hace que se mantenga el ritual, eso lo mantiene.*

P: *-Porque vos decís, "nunca te pasó". Pero nunca me pasó porque reviso mucho.*

T: *-Bien, te lo doy vuelta. Tu esposa, ¿revisa mucho?*

P: *-(risas) No, ¡Nada!*

T: *-¿Y cuántas veces se le quemó la casa a tu esposa?*

P: *-No, nunca.*

T: *(el terapeuta sonríe y se encoge de hombros).*

Como forma de tarea intersesión, se explicó al paciente cómo llenar las secciones D y E del modelo ABC, siendo "D" un debate directo de las valoraciones contenidas en "B", y "E" las conductas alternativas que surgían de tales debates.

En la figura 5 se muestra lo que el paciente aportó a la sesión siguiente.

Nótese que el debate sobre las ideas abarca varios sesgos.

Una vez abordado el ritual de los chequeos, y debatidos los sesgos, el paciente comenzó a experimentar una mejoría

"No necesariamente va a pasar una catástrofe si dejé abierta la llave de paso del gas de la cocina del departamento".

"¿Cuántas veces vi que un lugar se destruyese por alguna llave de paso del gas sin cerrar?"

"D" "Es más probable que no suceda nada, salvo que alguna hornalla no haya quedado bien cerrada y, entonces, se sentirá, enseguida, un leve olor a gas, que se disipará con una mínima ventilación; aparte, uno no prende un fósforo, si siente olor a gas, a menos que uno sea un suicida aunque, igual, no creo que la acumulación de gas sea tan grande, como para provocarse una explosión, de exterminio total del departamento, con todo lo que tenga adentro".

"Tener esta duda es desagradable, pero no es insoportable".

"Es inútil que me haga tanto problema ponerme nervioso no va a cambiar nada".

"Si compruebo me voy a sentir mejor en el momento, pero voy a tener que seguir comprobando los siguientes días así que, mejor lo soporto".

"E" "Incomodidad tolerable".

"Cierto alivio".

Figura 5

Cómo se enfrenta a un ritual
1. Identificar el ritual.
2. Ver cuánta ansiedad provoca no hacer el ritual; ver cuánto malestar le genera a mi entorno, que yo haga el ritual, y cuánto tiempo me saca.
3. Preguntarse: "Y, ¿qué pasa si no lo hago?"
4. Discutir la idea tras el ritual.
5. Exponerme a no hacer el ritual.
6. Hacer una conducta alternativa.

Figura 6

gradual en referencia a los tiempos insumidos en chequear. Utilizando como modelo al ritual de chequeos se extendió la intervención a los demás rituales.

Por ejemplo, una de las creencias del paciente era que "si no se sabía dónde había estado un objeto, seguramente estaba muy sucio y contaminado", en una forma de intolerancia a la incertidumbre. La siguiente viñeta muestra cómo se debatió esta idea.

- T: -Cuando hay duda, es como que uno ya elige lo peligroso. "No sé, entonces seguro está contaminado" ¿Y vos como sabés?
- P: -Y sí, ante la duda tengo que limpiar.
- T: -Claro... Como diciendo "Esto estuvo acá" (el terapeuta toma un teléfono celular de la mesa) ¿Y estará contaminado?... ¡Seguro que sí! Qué sé yo, estaba acá... Esto es una mesita, no sé que hará la gente acá...
- P: -Risas... No ¡Seguro que se te cayó en la calle y hay que limpiarlo!
- T: -Claro, lo usé así... lo bajé con un hilito por la cloaca así ¡Cloc! ¡Cloc! ¡Cloc! (hace el gesto de atar el celular y bajarlo por el desagüe).
- P: -(Risas)
- T: -No... No son muy baratos éstos (risas). Aparte, ¿para qué voy a hacer eso?, ¿para qué voy a hacer esas cosas? (risas).

Una vez completado el debate sobre los sesgos de un ritual, se reevaluaba la necesidad de ritualizar. La siguiente viñeta muestra cómo se reevaluó la conducta de limpiar la tecla (manija) del baño de forma exhaustiva, luego de que se habían discutido las creencias perfeccionistas sobre la capacidad de limpiar algo de manera absoluta.

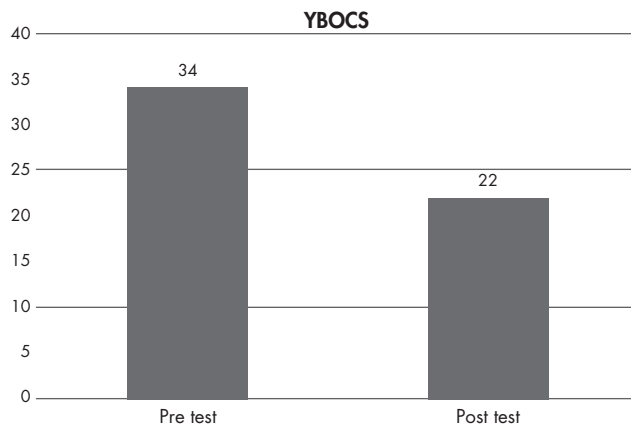


Figura 7

- T: -Pensando todas estas cosas que están perfectas... ahora, pensando en la tecla...
- P: -Hay que tomar la decisión de no limpiarla.
- T: -¿Es tan jodida la tecla ché?
- P: -Para mí sí. (risas)
- T: -Es verdad. Pero ahora teniendo esta nueva información...
- P: -Y... ya... Es como que te duele más limpiarla.

Además, se ayudó al paciente a identificar qué conductas serían las más funcionales ahora que debía comenzar a hacer las cosas distinto. La idea era que el paciente pudiera discriminar entre versiones "TOC" y "No TOC" de tareas de higiene, uso de la computadora, chequeos y orden, teniendo como criterio la practicidad y la economía de tiempo, en vez de la tranquilidad.

Una vez completo el procedimiento, se generalizó el criterio de intervención hacia el resto de los rituales.

Fase de prevención de recaídas: La prevención de recaídas se organizó en torno a la confección de una "Caja de herramientas Anti-TOC", con estrategias que el paciente pudiera poner en marcha cuando notase que los rituales estaban aumentando. El paciente confeccionó la siguiente tabla como recordatorio de cómo enfrentar un ritual (figura 6).

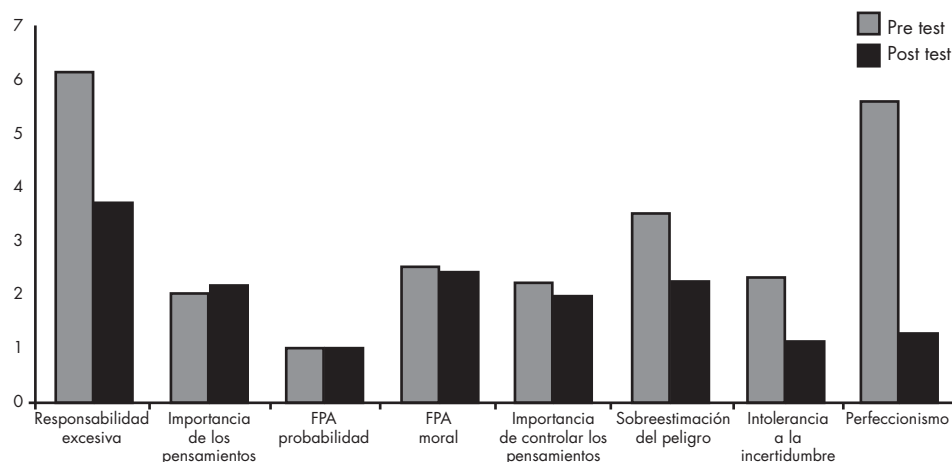


Figura 8. ICO-R comparado

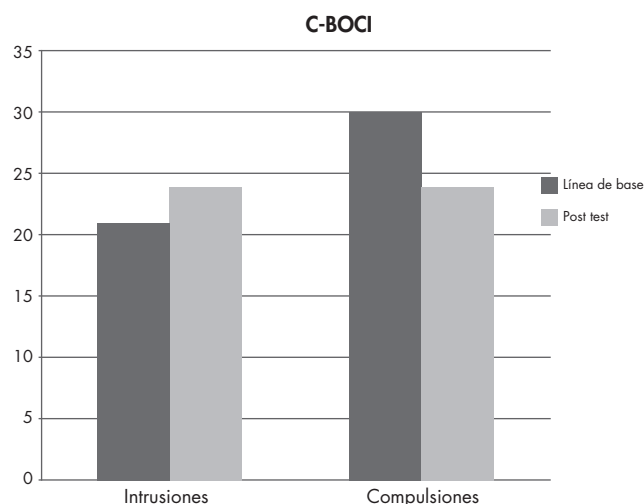


Figura 9

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO

Luego de 20 sesiones se reevaluó al paciente con el YBOCS, el ICO-R y el C-BOCI. Como se muestra en la siguiente figura, el paciente tuvo una mejoría observable en el índice de intensidad de sus síntomas. Si bien el criterio de recuperación del YBOCS no pudo alcanzarse (terminar el tratamiento con menos de siete puntos), se aprecia una mejoría sustancial al pasar de la categoría "MUY GRAVE" (entre 40 y 31 puntos) a "MODERADO" (16 a 23) (figura 7).

Asimismo, los sesgos mas notorios del paciente presentaron una reducción apreciable, especialmente, *responsabilidad excesiva*, *intolerancia a la incertidumbre* y *perfeccionismo*. Todos ellos fueron abordados durante el tratamiento. Al no existir baremos, el sujeto fue su propio control, al ser evaluado en situación pre test y post test (figura 8).

En la evaluación del C-BOCI se observa que las compulsiones mermaron considerablemente pero las intrusiones aumentaron levemente (figura 9).

En las últimas sesiones, cuando se interrogó sobre como se sentía con aquellos síntomas que interferían con su vida, el paciente expresó sentir mayor tranquilidad y refirió una reducción notable en los tiempos del baño (de unas 2hs. al comenzar el tratamiento a unos actuales 45 minutos), una reducción de sus rituales de chequeo antes de dormir y mayor tranquilidad general.

Además aumentó su involucramiento en actividades adaptativas. Ha vuelto a pintar, se anotó en un curso de arte y preparó con mucho esfuerzo una caja para sus pinturas, la cual decoró, lijó y barnizó él mismo.

Comenzó a concurrir nuevamente a exposiciones de arte con su esposa e implementaron una rutina de salidas placenteras como una forma de revitalizar a la pareja.

Al momento de la finalización del tratamiento el pa-

ciente había retomado el contacto marital con su mujer y estaban esperando un hijo.

Contactado un año más tarde, nos refiere que ha sufrido recaídas ocasionales pero utiliza las herramientas obtenidas en terapia para sobreponerse. Desde que completó el tratamiento se encuentra trabajando como artista plástico y escritor, presentando sus trabajos en galerías de arte locales y trabajando en su segundo libro. Su obra tiene cobertura en diversos medios de su ciudad.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se describió un tratamiento cognitivo con un paciente con varios tipos de síntomas propios del TOC, siendo el más sobresaliente una obsesión referida a la contaminación. El tipo de intervención fue específicamente el diseñado por Belloch,¹⁵ en el cual se incide en los sesgos cognitivos que evalúan las obsesiones.

Se intentó circunscribir todo lo posible el arsenal técnico al campo de la terapia cognitiva, dejando por fuera intervenciones como la EPR. Con la inclusión de miniexperimentos no se propuso realizar una exposición, sino que estaban orientados a cuestionar empíricamente algunas de las creencias catastrofistas del paciente. Sin embargo, es posible argumentar que existe una dificultad en poder distinguir si los miniexperimentos en realidad no funcionan como exposiciones conductuales. Además, los pacientes suelen embarcarse en exposiciones espontáneas las cuales dificultan aún más la identificación de los componentes activos de la intervención. Se requieren futuras investigaciones sobre estos hechos.

Como evidencia a favor del modelo cognitivo, puede decirse que los cambios fueron altamente generalizados a rituales disímiles, pero que compartían, según el modelo, los mismos sesgos, como puede ser la sobreestimación del peligro que existe tanto en la creencia de que "No lavarse el cuerpo adecuadamente traerá enfermedades terribles" como la idea de que "Si no miro durante varios minutos la llave de paso del gas, con toda seguridad la casa quedará reducida a cenizas".

Una interpretación de los resultados iría en la dirección de que el tipo de estrategia terapéutica utilizada arroja evidencia de que podemos considerar los sesgos cognitivos como variables mediadoras del cambio terapéutico en el tratamiento del TOC, al permitir disminuir la credibilidad de las intrusiones y la consiguiente intensidad emocional de las respuestas a ellas. En otra dirección, los resultados podrían interpretarse en términos conductuales por habituación a los estímulos aversivos.

Una posible crítica al modelo de los sesgos es que, según un estudio realizado por Belloch y otros,²⁹ los sesgos aparecen en una muestra de pacientes que tienen síntomas de depresión y ansiedad pero no de TOC, pareciendo que éstos no son específicos de un trastorno concreto. Se espera

que en el futuro contemos con mayor investigación específica acerca del modelo de los sesgos y su especificidad.

Durante la intervención se tuvo especial interés en la relación del paciente con su familia puesto que en un trastorno tan deteriorante como es el TOC, una mejora en los síntomas tiene un efecto multiplicador en la calidad de vida del paciente y su sistema familiar.

Si bien la intervención se cionó a los factores específicos del cambio cognitivo, la atención a factores inespecíficos como la empatía, la aceptación y el compromiso con el cambio, fueron de importancia primordial. El desarrollo de una fuerte alianza terapéutica se considera imprescindible para permitir el arduo trabajo que el paciente enfrentó con valor.

REFERENCIAS

1. American Psychiatry Association. DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Ed. Masson; 2002.
2. Rachman S, Hodgson RJ. Obsessions and compulsions. New Jersey: Prentice-Hall; 1980.
3. Fontenelle LF, Hasler G. The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: Risk factors and correlates. *Progress Neuro-Psychopharmacology Biological Psychiatry* 2008;32:1-15.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Robertson MS et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives General Psychiatry* 2005;62:593-602.
5. Huppert JD, Simpson HB, Nissenson KJ, Liebowitz MR et al. Quality of life and functional impairment in obsessive compulsive disorder: a comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depress Anxiety* 2009;26(1):39-45.
6. Samuels J, Nestad G. Epidemiology and genetics of obsessive-compulsive disorder. *Int Rev Psychiatry* 1997;9(1):67-71.
7. Yaryura Tobías JA, Neziroglu F. Un viaje al interior del cerebro. Buenos Aires: Polemos; 2001.
8. Belloch A, Del Valle G, Morillo C, Carrió C et al. To seek advice... or not to seek advice about the problem: The help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 2009;44:257-264.
9. Meyer V. Modifications of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research Therapy* 1966;4:273-280.
10. Steketee G, Shapiro L. Obsessive compulsive disorder. En: Bellack AS, Hersen M (eds.). *Handbook of behavior therapy in psychiatric setting*. New York: Plenum; 1993.
11. Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatment for obsessive compulsive disorder: A quantitative review. *J Consulting Clinical Psychology* 1997;65:44-45.
12. García F. Cap. 7: Aportes de la terapia cognitiva-conductual al tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. En: Cía Alfredo H (comp.). *El trastorno obsesivo compulsivo y su espectro*. Buenos Aires: Polemos; 2006.
13. McFall ME, Wollersheim JP. Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive behavioral formulations and approach to treatment. *Cognitive Therapy Research* 1979;3:333-348.
14. Clark DA. Cognitive behavior therapy for obsessions and compulsions: New applications and emerging trends. *J Contemporary Psychotherapy* 2000;30(2):129-147.
15. Belloch A, Cabedo E, Carrió C. TOC. Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo. Madrid: Alianza Editorial; 2010.
16. Fernández Álvarez H, García F, Fraga Míguez M, Rial V. Tratamiento grupal para el trastorno obsesivo compulsivo. En: Fernández Álvarez H (comp.). *Integración y salud mental, el proyecto Aiglé 1977-2008*. Bilbao: Descleé de Brower; 2008.
17. Julien D, O'Connor KP, Aardema F. Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review* 2007;27:366-383.
18. Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N. Cognitive intrusions in non-clinical population. I. Response style, subjective experience and appraisal. *Behaviour Research Therapy* 1991;29:585-597.
19. Prudon C, Clark DA. Obsessive-compulsive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research Therapy* 1993;31:713-720.
20. Morillio C, Giménez A, Belloch A, Lucero M et al. Pensamientos intrusos en obsesivos subclínicos: contenidos, valoraciones, y estrategias de control. *Revista Psicopatología Psicología Clínica* 2003;8(1):23-38.
21. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research Therapy* 2003;41:11-29.
22. Altin M, Clark DA, Karanci AN. The impact of religiosity on obsessive compulsive cognitions and symptoms in Christian and muslim students. Barcelona, España: World Congress of Behavioural and cognitive Therapy; 2007.
23. Clark DA. Cognitive-behavioral Therapy for OCD. Nueva York: The Guilford Press; 2004.
24. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS): Part 1, Development use and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1006-1011.
25. Roussos A. El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina Clínica Psicológica* 2007;14(3):261-270.
26. Clark DA, Beck AT. Manual for the Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory. San Antonio: Ed. Psychological Corporation; 2002.
27. Belloch A, Reina N, García-Soriano G, Clark D. El Inventario Clark-Beck de Obsesión-Compulsión (C-BOCI): Validación para uso en población española. *Revista Psicopatología Psicología Clínica* 2009;14:95-105.
28. Belloch A, Cabedo E, Morillo C, Lucero M. Diseño de un instrumento para evaluar las creencias disfuncionales del trastorno obsesivo-compulsivo: resultados preliminares del Inventario de Creencias Obsesivas (ICO). *Revista Internacional Psicología Clínica Salud* 2003;3:235-250.
29. Belloch A, Morillo C, Luciano JV, García-Soriano G et al. Dysfunctional Belief domains related to obsessive compulsive disorder: A further examination of their dimensionality and specificity. *Spanish J Psychology* 2010;13(1):376-388.
30. Lega LI, Caballo VE, Ellis A. Teoría y práctica de la terapia racional emotivo conductual. Madrid: SXXI; 1997.

Artículo sin conflicto de intereses