

UNIVERSIDAD DEL AREA ANDINA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

VALLEDUPAR-CESAR

**INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL DEL TRASTORNO
OBESIVO COMPULSIVO EN EL ADULTO**

Cognitive conductual intervention of the obsessive compulsive disorder in the
adult

Natalia Maestre Ruiz*

Psicólogo en formación, Universidad del Área Andina.

Nmaestre5@estudiantes.areandina.edu.co

Resumen

La ansiedad en la vida del ser humano permite el impulso de acciones dependiendo el contexto en el cual se encuentra en el tiempo, se codifica y crea un desajuste.

Hoy por hoy, uno de los trastornos más comunes de la era moderna es el Trastorno de Ansiedad, el cual se puede volver incapacitante llevando al individuo a un estado de enajenación mental; E ahí la importancia del diagnóstico y la intervención temprana. En este

campo es importante señalar la necesidad de escoger un tratamiento psicológico eficaz cuyo objetivo sea el de resignificar los contenidos ansiosos en el individuo, con el fin de generar una expectativa más realista sobre los acontecimientos y sucesos de su vida diaria.

El siguiente artículo hace una reflexión que va desde lo general, partiendo del concepto del Trastorno Obsesivo Compulsivo, sus factores

desencadenantes, factores de mantenimiento, sintomatología; también se ilustran las raíces de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) haciendo un breve recorrido histórico de su formación, y termina en lo particular aterrizando la TCC en

el manejo terapéutico y su intervención frente al Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en el individuo adulto.

Palabras clave

Ansiedad, Ansiedad Patológica, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Terapia Cognitivo Conductual

Abstract

The anxiety in the life of the human being constitutes the cornerstone in the development of its life cycle, since it allows the impulse of actions depending on the context in which it is found.

Today, one of the most common disorders of the modern era is Anxiety Disorder, which can become disabling and maladaptive, leading the individual to a state of mental alienation; And there the importance of diagnosis and early intervention. In this field it

is important to point out the need to choose an effective psychological treatment whose objective is to resignify the anxious contents in the individual, in order to generate a more realistic expectation and that goes according to the thoughts that the compulsion generated before.

The following article makes a reflection that goes from the general, based on the concept of Obsessive Compulsive Disorder, its triggers, maintenance factors, symptomatology; The roots of

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) are also illustrated by making a brief historical tour of its formation, and it ends in particular by landing CBT in

therapeutic management and its intervention against Obsessive Compulsive Disorder (OCD) in the adult individual.

Keywords

Anxiety, Pathological Anxiety, Obsessive Compulsive Disorder, Cognitive Behavioral Therapy

Introducción

Al hablar del manejo terapéutico del trastorno obsesivo compulsivo en la etapa adulta desde el enfoque cognitivo conductual, primero es necesario esclarecer conceptos como lo son: Trastorno Obsesivo Compulsivo, enfoque cognitivo conductual y su aplicabilidad en la clínica muy puntualmente para el manejo de los casos de ansiedad y compulsión en el individuo adulto. A modo de reflexión se esbozarán los diferentes conceptos que permiten identificar las señales de alarma frente a la aparición de la ansiedad patológica y las técnicas y estrategias usadas por el terapeuta del enfoque objeto

de estudio para reducir y resignificar la ansiedad frente a los pensamientos desajustados dentro de la vida del consultante.

La ansiedad como lo afirma Minici (2014) “no siempre es patológica, es importante aclarar que el origen de esta es preservar nuestra integridad ya que tanto a nivel físico, cognitivo y conductual el cuerpo se prepara para dar una respuesta, e incluso esta nos motiva a alcanzar muchas veces metas, ideales, entre otros”, por ejemplo a veces nos sentimos ansiosos frente a una exposición en clase y de esta manera podemos rendir mejor gracias a la respuesta

excitatoria y de alerta que nos brinda el Sistema Nervioso Central (SNC) Ahora bien, a este respecto Minici y Rivadeneira (2014) manifiestan que “La ansiedad es una de las emociones más ligadas a la psicopatología acarreado mucho sufrimiento y malestar” (p.1). Este último tipo de ansiedad es la que nos atañe y en la que nos centraremos en el análisis a continuación descrito.

Ansiedad patológica

Como primera medida a la hora de definir el concepto de ansiedad se tiene que

“En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad”. (Reyes s.f , p. 10)

La vía más difundida por la cual la ansiedad se vuelve patológica es la genéricamente denominada traumática. En pocas palabras, una persona adquiere una reacción de miedo patológico porque se establece una

asociación entre un evento neutral con otro que representa una amenaza real. El proceso es uno de los casos particulares de condicionamiento clásico descrito inicialmente por Iván Pavlov.

Por ejemplo, una persona que viaja en automóvil por la ruta tiene un accidente con una seria amenaza a la vida. A partir de ese momento, desarrolla una fobia específica; viajar en autos por la ruta le provocará miedo, tanto así que ya no podrá hacerlo. Si bien la vía traumática de adquisición de miedos irracionales es válida, las investigaciones señalan que da cuenta como máximo, de un 47 ó 48 % de los casos de fobias específicas; vale decir, más de la mitad de estos cuadros tienen algún otro origen. Por otro lado, no existen datos concluyentes acerca de cuánto la vía traumática podría explicar la aparición de otras formas patológicas de la ansiedad, como las que se presentan en el Trastorno de Ansiedad Generalizada o la Agorafobia.

Un segundo camino por el cual las personas adquirimos miedos patológicos consiste en el aprendizaje por observación de modelos o Modelado, ilustrada en la teoría de Aprendizaje Social de Albert Bandura. En los humanos, este proceso transcurre de dos maneras diferentes.

Rivadeneira (2014) manifiesta que: “Por un lado, la observación directa de alguna persona que padece alguna forma de ansiedad patológica puede conducir a que el observador adquiera el mismo miedo o alguno relacionado, particularmente si este último se encuentra en la infancia. Es decir, los casos menos complejos”.

Los casos más simples son aquellos en los cuales los hijos acaban padeciendo las mismas fobias que sus padres.

En el artículo de revisión de Minici y Rivadeneira (2014) se expone:

Por ejemplo, si un niño pequeño observa a su madre reaccionar con miedo cuando se relaciona con extraños, resulta más probable que copie este patrón y que con los años, desarrolle alguna forma de ansiedad social. El rostro tenso, un tono de voz entrecortado, conductas de evitación sutiles, entre otras señales de miedo que inadvertidamente la madre envía a su hijo al relacionarse con personas desconocidas; le van dando al niño la pauta de que los extraños pueden resultar peligrosos. Ello siembra las bases para

que, conjuntamente con otros factores, se termine por desarrollar un Trastorno de Ansiedad Social.

Cuando este proceso natural de extinción del miedo biológicamente preparado falla, según Minici, Rivadeneira (2014) “entonces se darían las condiciones para la aparición la ansiedad patológica”. (p.6).

Existen numerosos factores que pueden modular y mantener la reacción de ansiedad patológica a largo plazo. Inevitablemente, la ansiedad con el paso del tiempo según las variables de personalidad, carácter y temperamento del individuo genera dos vías: evitación y escape, factores que tratados a tiempo mediante la terapéutica pueden ser atenuados y extinguidos en el transcurso del tratamiento.

Las conductas de evitación pueden ser indetectables para los observadores naturales pues adoptan la forma de los actos más comunes; no obstante ello, interfieren con el natural proceso de extinción y perpetúan así la ansiedad patológica. En estos casos, los comportamientos de evitación y escape suelen llamarse “de reaseguro” Minici, Rivadeneira (2014) “una expresión que busca enfatizar el hecho de que, al ejecutarse, estas acciones brindan a la persona una seguridad momentánea extra que en verdad no necesita” (p.8).

Lo más alarmante de todo esto, es que en algún momento, el control de la ansiedad y la “prevención” suele tomarse el epicentro de la vida de ese sujeto, es decir cuando viene a reaccionar todo el tiempo está pendiente y extremadamente preocupado por “no sentirse mal” “que no se note en los demás” pero sin saberlo todos estos cuestionamientos vienen a generar el efecto contrario, acentúan mucho más sus respuesta fisiológicas, pensamientos automáticos reforzando indirectamente la sintomatología del trastorno.

Si bien las causas originarias de los desórdenes de ansiedad resultan importantes a la hora de entenderlos, en la labor clínica concreta de la Terapia Cognitivo Conductual, los mecanismos de mantenimiento se revelan como factores más importantes pues hacia ellos ha de dirigirse la intervención.

Independientemente de cómo un problema se generó, si hoy existe es porque hay causas actuales y presentes que lo mantienen. Identificar estas últimas permite una acción eficaz que alivie el malestar y sufrimiento del paciente.

Sesgos cognitivos en la ansiedad

En este aparte, cobra gran importancia la teoría de Michael Eysenck, hijo del prominente

psicólogo Hans Eysenck, quien propone una forma de entender cómo la ansiedad patológica, es decir, exagerada; surge de distintas fuentes de acuerdo al trastorno que se trate

Sus trabajos se conocen como “la teoría de los cuatro factores” pues, como su nombre lo indica, propone cuatro direcciones hacia las que inconscientemente los sesgos cognitivos se dirigirían, dando lugar a los diferentes desórdenes por ansiedad, concretamente: la fobia específica, el trastorno de angustia, la fobia social, el trastorno obsesivo compulsivo (T.O.C.) y el trastorno de ansiedad generalizada (T.A.G.). (Darab, 2009, p.2)

Se describen los sesgos cognitivos en cada caso según Darab (2009)

- ✓ La fobia específica se caracterizaría por un sesgo orientado predominantemente hacia ciertos estímulos ambientales. (p.3)
- ✓ El trastorno de angustia se definiría por una orientación del sesgo hacia la propia actividad fisiológica y sensaciones corporales. (p.4).
- ✓ La fobia social se correspondería con el sesgo puesto en la propia conducta. (p.5)

- ✓ El T.O.C. se distinguiría porque los sesgos cognitivos se hallan desplegados hacia el propio pensamiento y cogniciones. (p.6).

Analizando lo anterior, se asume que los individuos con ansiedad patológica se caracterizan por un elevado sesgo interpretativo amenazante, en otras palabras, tenderán a asignar significados amenazantes a la información proveniente del entorno o de sí mismos; por ello muchas veces se afirma que sobrevaloran la amenaza, y hasta en ocasiones a hacer generalizaciones de estos “peligros”.

Como lo afirma muy puntalmente el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur (2014) se entiende que “la ansiedad patológica dependerá de que la persona interprete a los mismos síntomas de ansiedad catastróficamente y como incremento de la ansiedad contribuyendo más aún al círculo vicioso de autoactivación tan característico del pánico en particular, señales de una inminente pérdida total de control. Tal interpretación conducirá a un nuevo pero presente en casi todas las formas de ansiedad patológica”.

Se puede afirmar entonces, que el trastorno de ansiedad representa un mal funcionamiento en el sistema

cognitivo, el cual activa y desactiva las respuestas defensivas a la amenaza (Beck y Emery, 1985). El modelo de diátesis–estrés, postulado por estos autores, ha sido el que más se ha estudiado. Como factores de explicación etiológica del trastorno, se han considerado la vulnerabilidad biológica y cognitiva.

La vulnerabilidad o sesgo cognitivo consiste en una manera estable de percibir y valorar el mundo. Beck y Emery (1985) la definen como “la percepción que tiene la persona de carecer o ser insuficiente el control interno o externo sobre los peligros, para sentirse a salvo. Los individuos con vulnerabilidad para los trastornos de ansiedad, dispone de esquemas cognitivos, relativos a la amenaza o peligro, en torno a la aceptación, la competencia y el control”.

Un estudio que corrobora lo anterior es el de Londoño, Jiménez, Juárez y Marín (2010) en el cual se evidenció que las personas con ansiedad se caracterizan por poseer los esquemas de abandono, desconfianza/ abuso, estándares inflexibles (autoexigencia) e insuficiente autocontrol /autodisciplina. Estos esquemas generan desconfianza e inseguridad con relación a los demás, así como ambivalencia entre la necesidad de ser

autoexigentes pero con dificultades para aplazar la satisfacción y alcanzar logros a largo plazo. Aquí una vez más se aprecia la fuerte influencia del procesamiento de información desadaptativo y el sesgo cognitivo que se hallan presentes en el estilo de atribución de estos individuos.

Es de resaltar también que a partir de la anterior investigación, se puede afirmar que las personas con trastornos de ansiedad reaccionan ante las situaciones percibidas como amenazantes expresando la ira y la hostilidad de forma abierta, por lo que es frecuente observar agresividad hacia los otros, hacia sí mismo o hacia los objetos, cuando se sienten frustradas.

Lo que el TOC no es

Las personas con Trastorno Obsesivo Compulsivo experimentan impulsos, imágenes o pensamientos irrazonables que provocan rituales mentales o comportamientos repetitivos.

Muchas personas utilizan los términos “obsesivo”, “compulsivo” y “TOC” incorrectamente, lo que lleva a fomentar mitos sobre el trastorno.

Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad

El TOC es una condición médica común y tratable. Si no se trata, este trastorno puede causar angustia y robarles tiempo precioso a las personas así como las alegrías de la vida, algunas veces hasta sus trabajos, educación, matrimonios o vidas.

Con demasiada frecuencia, las personas con TOC sufren en silencio, sin saber que sus síntomas son causados por un problema neurobiológico. Abundantes investigaciones indican que el trastorno responde bien a una clase especial de psicoterapia llamada terapia cognitiva conductual (CBT por su sigla en inglés), a veces en combinación con medicación.

El TOC no se caracteriza por los acosadores y fanáticos “obsesionados”, adictos al trabajo, mentirosos compulsivos, jugadores, compradores compulsivos o personas con fobias como miedos a las alturas o a volar. Si bien muchas personas con estos otros problemas pueden sufrir de enfermedades mentales tratables, no tienen TOC.

A continuación siguen algunos mitos comunes:

Mito: Las personas con TOC son simplemente estafalarias y

podrían detener sus comportamientos si realmente quisieran.

REALIDAD: El TOC no es cuestión de personalidad ni de poder de voluntad. A pesar de que se desconoce la causa exacta del TOC, una combinación de factores biológicos, genéticos, de comportamiento, cognitivos y/o ambientales es la responsable del desarrollo de este trastorno.

Mito: El comportamiento de TOC se debe a problemas en la dinámica familiar, de autoestima o a un trauma de la niñez.

REALIDAD: Si bien los factores familiares y de crianza pueden contribuir con el mantenimiento de los síntomas del TOC, no hay evidencia que estos factores causen el TOC.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo es definido por la Asociación Americana de Psiquiatría en su manual (DSM) como un trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia recurrente de obsesiones y/o compulsiones que interfieren en el funcionamiento adecuado y la adaptación de la persona. Pero, ¿qué hemos de entender por obsesiones y compulsiones?

1. Obsesiones: son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes experimentados, al menos en un primer momento,

como inapropiados y aversivos y que generan ansiedad o malestar acusados. En ocasiones, las obsesiones no son fáciles de identificar porque no tienen un contenido preciso o delimitado y no resultan fáciles de percibir por la persona, quien, simplemente, experimenta malestar más o menos intenso ante determinadas situaciones (p.ej., suciedad o desorden). Suelen tener que ver con la anticipación de consecuencias negativas si no se realizan ciertas conductas (compulsiones).

La persona reconoce que, aunque involuntarias, son el producto de su propia mente (no vienen impuestas desde fuera, como en los delirios o alucinaciones). Su frecuencia, duración y contenido varía mucho de una persona a otra. En general, las obsesiones suelen generar angustia y malestar a la persona, quienes suelen desarrollar algún tipo de conducta (manifiesta o encubierta) para hacer frente a dicho malestar (compulsiones). Es importante señalar que las obsesiones no son preocupaciones excesivas o intensas sobre problemas de la vida real. Lee y Kwon (2003) clasifican las obsesiones en autógenas y reactivas:

Obsesiones autógenas: son aquellas para las que es difícil encontrar estímulos

desencadenantes, suelen tener un contenido relacionado con temas que la persona considera inmorales (p.ej., blasfemias, sexo inmoral y/o agresividad) y son experimentadas con intensa angustia y malestar por la persona, quien, para controlarlas, suele recurrir a rituales encubiertos, esto es, estrategias mentales neutralizadoras (p.ej., rezar o imaginar escenas o imágenes contrarias a la obsesión).

La presencia de este tipo de obsesiones se relaciona con una tendencia de las personas que las sufren a sobreestimar la importancia de los propios pensamientos, que se consideran equivalentes a las acciones a las que se refieren (p.ej., “pensar en la posibilidad de matar a mi hijo es tan malo y deplorable como la acción real de matarle”). Algunos autores se refieren a esta tendencia como fusión pensamiento-acción y consideran este tipo de creencias disfuncionales como un aspecto nuclear en una gran proporción de casos de TOC (Rachman, 2000, p. 27).

b) Obsesiones reactivas: este tipo de obsesiones se activan ante situaciones y estímulos específicos y no son experimentadas por la persona

que las tiene con tanto malestar como las obsesiones autógenas, ya que se asumen como reacciones más o menos lógicas ante estímulos que se consideran aversivos, tales como asimetría, fallos o errores, suciedad, objetos relacionados con la seguridad, etc. La persona que experimenta este tipo de obsesiones puede tender a sobreestimar su grado de responsabilidad y/o control sobre la ocurrencia y/o prevención de eventos aversivos tales como contaminarse, ser robado, que entren en la propia casa, etc. Por esta razón, cuando le surgen estas obsesiones, la persona suele recurrir a rituales observables (conductas manifiestas) con el objetivo de prevenir tales consecuencias desastrosas y el malestar asociado a ellas. Estos rituales serían precisamente las compulsiones (de lavado, de comprobación, de orden o de seguridad, entre otras).

A continuación González, Romero y Fernández (2017) proponen la siguiente definición de compulsión y clasificación:

2. Compulsiones: son conductas motoras y/o cognitivas dirigidas a reducir o prevenir el malestar generado por las obsesiones y/o a neutralizar/prevenir las consecuencias negativas anticipadas por éstas. A veces tienen poca conexión con el daño que pretenden prevenir

(p.ej., tener que repetir mentalmente una palabra 100 veces para evitar que alguien tenga un accidente) y, cuando existe dicha relación (p.ej., limpieza para evitar contaminación), son claramente desproporcionadas e interfieren en el desarrollo de la vida de la persona. Pueden ser conductas motoras observables (p.ej., rituales de comprobación o limpieza) o respuestas encubiertas, específicamente, actos cognitivos neutralizadores (p.ej., ante la obsesión de haber enviado una enfermedad a alguien sólo por pensar en ello, rodear las imágenes de las personas con un círculo de luz para “protegerlas” de esa enfermedad).

Aunque en la mayor parte de los casos (un 90%) las compulsiones suelen llevarse a cabo como respuesta a las obsesiones, existen compulsiones sin obsesión o malestar (ansiedad) previos que la persona pueda identificar (un 10% de los casos). Estas compulsiones se han establecido en el repertorio de la persona por su gran efectividad para prevenir la aparición de la obsesión o el malestar y están muy integradas en la forma de funcionar de las personas, quienes no las experimentan como aversivas o indeseables.

Con relativa frecuencia, las personas perciben sus

obsesiones y compulsiones como exageradas o irracionales. Cuando esto no ocurre, suele emplearse el término “poca conciencia de enfermedad” como una especificación del trastorno.

Lochner y Stein(2003) citados por Gonzáles et., al. (2017) manifiestan que: “Se ha encontrado que la baja conciencia de enfermedad podría ser más habitual en ciertos perfiles obsesivos tales como el de acumulación (, que se describe más adelante. “

La mayoría de las personas con TOC presentan tanto obsesiones como compulsiones, si bien un pequeño porcentaje (2%) parece presentar obsesiones puras, sin rituales externos o internos identificables y otra pequeña proporción de casos (10%), como ya se ha comentado, pueden presentar compulsiones sin obsesiones previas identificables. La clasificación internacional de trastornos mentales de la OMS (CIE-10) establece una distinción entre casos de TOC con predominio de pensamientos obsesivos y casos con predominio de rituales compulsivos.

Además de las obsesiones y compulsiones, suelen aparecer en los casos de TOC numerosas conductas de evitación y/o escape de estímulos y situaciones que activan el

malestar y las obsesiones correspondientes (p.ej., la persona con obsesión con la limpieza que evita pasar al lado de cubos de basura).

Origen y Mantenimiento del TOC

La explicación actual baraja factores de diferentes tipos que pueden contribuir a generar en la persona una vulnerabilidad elevada a desarrollar el trastorno:

- **Factores Biológicos.** Hay datos que sugieren cierta heredabilidad genética del TOC: Las personas con este trastorno tienen 4 veces más probabilidades de tener otros familiares TOC que personas sin el trastorno. Otros estudios encuentran diferencias entre personas TOC y personas sin el trastorno en el funcionamiento de ciertas regiones cerebrales (fundamentalmente, corteza órbito-frontal, núcleo caudado y ganglios basales).

- **Factores socio-ambientales.** Determinados estilos educativos que enfatizan la responsabilidad y el perfeccionismo, o una formación moral o religiosa que establezca rígidamente la frontera entre lo que está bien y lo que está mal o que conceda una importancia especial al pensamiento, concediendo la misma importancia (gravedad) al hecho de pensar “cosas malas”

que al hecho de hacerlas pueden sin duda contribuir a la aparición de un TOC. La sobreprotección de los padres puede favorecer el desarrollo de una vulnerabilidad a la ansiedad en los hijos, asociada al déficit en el desarrollo de habilidades de afrontamiento y solución de problemas o al aprendizaje de miedos por condicionamiento clásico. Asimismo, modelos familiares de personalidad obsesiva o comportamientos compulsivos pueden favorecer aprendizaje por modelado.

También pueden contribuir a moldear el desarrollo del TOC factores de tipo sociocultural, fundamentalmente creencias culturales, morales y/o religiosas que enfatizan la importancia de unos aspectos (p.ej., moral, limpieza, pecado) y resten importancia a otros o incluso juzguen negativamente (p.ej., placer, disfrute, juego).

- **Factores psicológicos (variables disposicionales).** Algunas variables que pueden predisponer a desarrollar un TOC (y a mantenerlo, una vez desarrollado) están relacionadas con el repertorio conductual de la persona, moldeado por su historia de aprendizaje particular. Algunas de las más importantes son creencias (reglas verbales) que sobreestiman la importancia del pensamiento y la responsabilidad o implicación de

la propia identidad en lo que se piensa (“pensar algo malo es igual que hacerlo”) y/o exageran la conexión entre pensamiento y realidad en lo que se ha denominado fusión pensamiento-acción (“pensar algo puede hacer que ocurra”).

La intolerancia de la duda o incertidumbre, la hiperresponsabilidad, el perfeccionismo entendido como la creencia de que existe una respuesta perfecta para todo y que los fallos son intolerables porque pueden producir consecuencias terribles y la exageración de la importancia de controlar los pensamientos inaceptables son también variables disposicionales fundamentales. (González, Romero y Fernández, 2017, p.13)

Según el modelo de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring (1977) citado por González, et., al. (2017): El temor a cometer errores puede asociarse a una gran dificultad para tomar decisiones y la tendencia a transferir a otras personas esta responsabilidad. Todas estas variables psicológicas podrían contribuir a formar esa disposición a desarrollar un TOC cuando se produce algún acontecimiento estresante en la vida de la persona.

A continuación se hará un breve recorrido por los principios de la TCC para luego aterrizar en el tratamiento del TOC bajo este enfoque.

Terapia Cognitiva Conductual

Para ilustrar los orígenes de esta disciplina se dice que

Podríamos diagramar el desarrollo de la Terapia Cognitiva Conductual en tres etapas. La primera de ellas se desarrolla entre los años 1950 y 1970 de manera paralela pero independiente en Inglaterra y Estados Unidos. Este período se halla signado por un fuerte auge de la teoría del aprendizaje fruto de la investigación básica en laboratorio. (Minici, Dahab y Rivadeneira, 2003, p. 1)

El artículo de Minici (2003) hace una ilustración donde señala que “este enfoque otorgaba escasa importancia a los fenómenos mentales o cognitivos y representa históricamente la arista conductual de la actual Terapia Cognitiva Conductual. Definitivamente, la Terapia Cognitiva de Beck selló su éxito en la historia de la Psicología con el tratamiento de la depresión”.

Minici, Dahab y Rivadeneira (2003) proponen que “el nuevo enfoque enriqueció sustancialmente a las estrategias

terapéuticas derivadas de las teorías del condicionamiento que no habían logrado respuestas totalmente satisfactorias para el desorden mencionado”. (p.3).

Hacia finales de la década del 80, el desarrollo exitoso del tratamiento para el desorden por pánico establece el vínculo de las dos corrientes mencionadas en un sistema de trabajo más amplio, inaugurando así la tercera etapa del desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual, que continúa hasta nuestros días.

De este modo, el enfoque de la Terapia Cognitiva, el enfoque cognitivo puro, se refiere a un sistema de trabajo terapéutico basado fundamentalmente en el rol que las cogniciones y los procesos cognitivos juegan en generación de las emociones. Se sostiene que el cambio en los pensamientos y en los sistemas de procesamiento conducirá a cambios emocionales y comportamentales. En esta línea se ubican las técnicas terapéuticas: identificación, discusión y puesta a prueba de pensamientos automáticos; identificación, análisis y cambio de creencias y supuestos básicos; modificación de esquemas disfuncionales de procesamiento.

Todos estos procedimientos se hallan orientados al proceso de reestructuración cognitiva, su fin consiste en rediseñar, remodelar,

cambiar el sistema de pensamientos, ideas, creencias que presenta el paciente a fin de transformarlas en más racionales, más realistas, más funcionales.

En comparación con lo anterior, el enfoque conductual se fundamenta en la concepción de que el comportamiento en general y los desórdenes emocionales en particular, responden a contingencias ambientales de acuerdo con las leyes del condicionamiento. Así, las técnicas derivadas proponen un cambio comportamental basado en la creación de nuevas conexiones de estímulos y respuestas que reemplacen a las viejas y menos funcionales asociaciones.

Esto se logra a través de una manipulación sistemática y cuidadosamente planificada de las contingencias ambientales, tal como cuando para ayudar a una persona a superar sus miedos, ordenamos los estímulos provocadores de ansiedad y los presentamos gradualmente mientras ella se relaja. Buscamos así crear una nueva asociación entre el evento disparador de ansiedad y la respuesta de relajación.

Hoy por hoy se puede decir que hay condiciones de la psique humana para las cuales no se puede prescindir de las técnicas conductuales tal es el caso de los

hábitos nerviosos (tricotilomanía, tartamudez), desórdenes del control de impulsos, adicciones, depresiones graves o problemas de aprendizaje. Como por ejemplo lo expone Minici (2003) “en el tratamiento de la agorafobia la terapia de exposición con prevención de la respuesta, una técnica eminentemente comportamental, constituye la opción más efectiva”. (p.4).

TCC APLICADA AL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

La intervención que ha demostrado mayor efectividad es la basada en Terapia Cognitiva Conductual. Si bien, se han ido proponiendo distintas técnicas procedentes de distintas corrientes psicológicas para el tratamiento de TOC y que pueden ser utilizadas de forma complementaria a la TCC.

En el caso de las técnicas para disminuir la valoración negativa de los pensamientos obsesivos, se ha comprobado que facilitan la exposición, por lo que se recomienda que sean aplicadas en el tratamiento previamente a la exposición con prevención de respuesta

A continuación, se exponen las técnicas existentes para el tratamiento de TOC según Gonzáles, Romero y Fernández

(2017) en relación a los dos objetivos principales de intervención: disminuir la valoración negativa de los pensamientos obsesivos y reducir la frecuencia y/o la duración de las compulsiones y conductas de evitación. Se exponen en el orden recomendado de aplicación.

No hemos de olvidar que todo tratamiento debe adaptarse a la individualidad de cada paciente, es decir luego de elaborar el análisis funcional de la conducta, se puede recurrir al listado de técnicas y estrategias descritas a continuación:

En primer lugar, y como inicio del tratamiento, se desarrollará la psicoeducación o explicación de aspectos relevantes que ayuden a comprender el origen y, sobre todo, el mantenimiento del problema en el caso específico del cliente. Consiste en dar información al cliente basada en evidencia científica sobre los tipos de TOC, la epidemiología, la evolución y el pronóstico, la función de las obsesiones y de las compulsiones, la neutralización, las evitaciones, etc. Abramowitz (2007) citado por Gonzáles et., al. (2017) manifiesta que: La psicoeducación enseña a los clientes a conceptualizar y comprender los síntomas del TOC y les ayuda a entender cómo estos pueden ser debilitados con las técnicas

psicológicas de tratamiento adecuadas

Técnicas de intervención para disminuir la valoración negativa de los pensamientos obsesivos

- Reestructuración cognitiva

(Salkovskis, 1999). “La importancia del papel de los factores y procesos cognitivos en el desarrollo y mantenimiento del TOC ha sido puesta de manifiesto. Concretamente, cómo valore e interprete la persona que presenta un TOC sus propios pensamientos intrusivos y obsesivos, se considera un factor fundamental que influye en la adquisición y/o mantenimiento de este trastorno”.

Así, ante pensamientos intrusivos “normales” que tienen la mayoría de las personas, la interpretación errónea y catastrofista de estos pensamientos aumenta la probabilidad de transformarlos en obsesiones, favoreciendo así el desarrollo del TOC. En esta línea, se ha encontrado (Rachman, 2002) que “existen tres factores que agravan las compulsiones de la persona con TOC: a) la responsabilidad percibida por la persona en relación con la amenaza; b) la probabilidad de que se produzca algún daño; y c) la anticipación de la gravedad de dicho daño”.

Por tanto, el objetivo fundamental de la técnica es identificar los pensamientos distorsionados y modificarlos por otros más adaptativos y realistas.

- Exposición al pensamiento mediante grabaciones en audio

(Leahy y Holland, 2000, p. 108). Esta técnica “tiene la finalidad de exponer a los clientes a sus propios pensamientos obsesivos que han sido previamente grabados. La grabación se presenta de forma repetitiva, de manera que el cliente no lleva a cabo las comprobaciones o rituales encubiertos que tienen como finalidad suprimir o evitar los pensamientos obsesivos. El cliente termina por habituarse a dichos pensamientos obsesivos”.

Y por último y no menos importante se tiene como lo manifiesta Gonzáles, et., al. (2017): “**La exposición en vivo con prevención de respuesta (EPR)** es el procedimiento que ha demostrado la mayor efectividad y una mayor estabilidad del éxito terapéutico a largo plazo” (p.30).

Uno de los objetivos de la intervención previamente descrita es que el cliente incorpore actividades comunes (por ejemplo aquellas que no haya podido realizar debido al

TOC pero que en el fondo siempre haya querido hacerlas) a su vida diaria a medida que se valla progresando en el tratamiento. Por ejemplo, actividades de ocio, obligaciones habituales, responsabilidades, etc.). De esta manera, Gavino (2008) recomienda que “el cliente elabore una lista de actividades y las ordene por orden de dificultad. Tras previo acuerdo entre el terapeuta y el cliente, se empiezan a incorporar las actividades más sencillas de realizar a lo largo del tratamiento a medida que se van reduciendo las conductas problemáticas”.

Conclusiones

En definitiva el TOC es una enfermedad que ejerce un gran impacto negativo en el bienestar general del individuo, que según su sintomatología puede ser evaluada de manera leve a grave. Por lo tanto, afecta varias de las áreas del desempeño del individuo como son el funcionamiento familiar, social y escolar. En la actualidad se presentan varios casos a nivel general de la población y su complejidad requiere del apoyo

(Pedrick y Hyman, 2003, p. 52). “Además de la exposición en vivo, se ha empleado la exposición en imaginación para potenciar los resultados de la EPR a largo plazo, especialmente cuando las catástrofes que temen constituyen un componente fundamental en el problema del cliente así como para aquellos casos en los que resulte muy difícil o poco práctico recrear las situación temida, como por ejemplo el miedo a enfermarse, a perder al ser amado o a futuros desastres”.

familiar para sobrellevar de mejor forma.

Como se mencionó anteriormente, la Terapia Cognitiva Conductual ha demostrado gran eficacia en el abordaje terapéutico del TOC ya que contiene un bagaje rico de técnicas y estrategias que permiten convertir pensamientos irracionales en adaptativos, durante todo el tratamiento el terapeuta clínico es clave para desempeñar la labor de psicoeducación frente al paciente y por supuesto el

involucramiento con la familia, ya que es de ahí donde empieza a generarse la adherencia al tratamiento.

Las técnicas terapéuticas que ofrece la Terapia Cognitivo Conductual han mostrado gran eficacia al abordar el TOC, mediante una secuencia de pasos bien dirigidos, permite que el paciente haga conciencia de la necesidad de acoplarse al proceso terapéutico y logre identificar que su tipo de pensamiento no es acorde a la realidad, así se motiva a la consecución de logros mediante técnicas como son los autorregistros que le permite al paciente conocer el grado de sintomatología a través de las sesiones, el entrenamiento en solución de problemas, técnica de exposición con prevención de respuesta, autoinstrucciones, detención del pensamiento. Estas permiten mejorar la calidad de vida del paciente y modificar sus esquemas cognitivos. (Ríos, 2019, p.12).

Es fundamental también decir que los avances en materia del TOC han sido numerosos pero aún queda gran camino por recorrer, y dentro de este camino se reconoce que la TCC junto a

la terapia farmacológica ofrece un tratamiento de eficacia importante, aunque limitada, habiendo un número de pacientes relevante que no se trata, abandona el tratamiento, no mejora o recae.

Es esencial como lo afirma Dávila (2014) la detección temprana de este síndrome para evitar su cronificación. Así mismo se han de mejorar las técnicas de tratamiento. A este respecto, en el momento actual, dentro de la TCC están cobrando protagonismo las terapias de Tercera Generación o Tercera Ola. Se fundamentan en una aproximación empírica y en los principios del aprendizaje. Son particularmente sensibles al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, subrayando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto, además de otras más directas y didácticas. Estas nuevas terapias cognitivo-conductuales se comienzan a estudiar y a aplicar al Trastorno Obsesivo-Compulsivo dándose indicios de

una optimización en la respuesta a tratamiento.

En esta misma medida se sugiere continuar la investigación para encontrar parámetros objetivos para así agrupar de manera más realista la gran variedad de subgrupos del TOC, de tal manera que pueda el tratamiento ajustarse a la patología y a la persona que la padece.

El futuro de este enfoque y su aplicación a la patología es incierto quizás pero lo que si es

seguro es que en la actualidad hay dos aspectos que tienen relevancia y seguramente la tendrán mayor en el próximo futuro: la tecnología informática y la genética molecular, todo ello es muestra de que, aunque aún queda mucho por saber acerca del trastorno obsesivo-compulsivo, existe una base ya cimentada, constituida por la TCC entre otros elementos, desde donde continuar consolidando y ampliando los progresos.

Referencias bibliográficas

- Bados, A. (2005). Trastorno obsesivo compulsivo. Universitat de Barcelona. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i tractament Psicològics.
- Dávila, W. (2014). Terapia cognitivo-conductual en el trastorno obsesivo-compulsivo. *Norte de salud mental*. vol. XII, nº 49: 48-64.
- Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur (2014). Universidad de Chile
- Gavino, A. (2005). Trastorno obsesivo-compulsivo. Técnicas, estrategias generales y habilidades terapéuticas. Madrid: Psicología Pirámide.
- González, R., Romero, R., y Fernández, T. (2017). Guía para la Intervención Psicológica en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo Facultad de Psicología: UAM. Recuperado de file:///C:/Users/Carmen/Downloads/PROYECTOS%20NUEVOS/GRUPO%202/PROYECTO%20NATALIA%20INTERVENCION%20CC%20DL%20TOC/Guía%20para%20la%20Intervención%20Psicológica%20en%20el.pdf
- Leahy, R. L. y Holland, S. J., (2000). Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. New York: Guilford Press.
- Londoño, N., Jiménez, E., Juárez, F. y Marín, C. (2010). Componentes de vulnerabilidad cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada. *International Journal of Psychological Research*. 3(2), 43-54.
- Minici, L., Rivadeneira, C., y Dahab, J. (2003). ¿Porqué terapia cognitiva conductual? *Revista de terapia cognitiva conductual*. N. 4, 120-130
- Minici, L., Rivadeneira, C., y Dahab, J. (2009). Sesgos cognitivos en los trastornos de Ansiedad. *Revista de terapia cognitiva conductual* (16). Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/sesgos-cognitivos-en-los-trastornos-de-ansiedad/>

- Pedrick, C., y Hyman, B.M. (2003). *Guía práctica del TOC. Pistas para su liberación*. Editorial Desclée de Brouwer
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 625-639.
- Reyes. J. (S.F). *Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Recuperado de <https://docplayer.es/3018058-Trastornos-de-ansiedad-guia-practica-para-diagnostico-y-tratamiento-dr-j-americo-reyes-ticas.html>
- Ríos, C. (2019). *Plan de intervención para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo desde el enfoque cognitivo-conductual*. Universidad Técnica de Machala: México.
- Salkovskis, P.M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 29-52.