



**Universidad
Europea MADRID**

**Un caso clínico de trastorno obsesivo compulsivo con
predominio de obsesiones sexuales y compulsiones
sin obsesión asociada.**

Máster de Psicología General Sanitaria

Autora:

Rosalía Gesto Barata

Tutora:

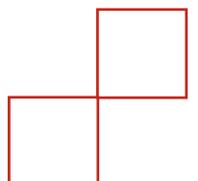
Elena Huguet Cuadrado

Fecha de realización del trabajo: 28/02/2023

Nº palabras: 10.075

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

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Resumen

En el presente trabajo se expone un caso de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) con obsesiones de temática sexual y compulsiones puras sin obsesión asociada, tratado desde un modelo de práctica clínica basado en la evidencia, a partir de la formulación clínica de caso y combinando la aplicación de la exposición con prevención de respuesta (ERP) y la terapia cognitivo-conductual (TCC), abordando las creencias y valoraciones disfuncionales, así como la importancia y poder que se les otorga a los pensamientos. El caso fue tratado durante un total de 26 sesiones, más 3 sesiones de evaluación, donde se aplicaron los siguientes instrumentos BAI, BDI-II, SCL-90-R y OCI-R y a posteriori, el Inventario de Padua y el OBQ-44. Aunque en la actualidad el caso continúa activo, la intervención ha demostrado ser efectiva en la reducción de compulsiones puras, así como en la disminución de obsesiones, recuperando el bienestar y un estilo de vida más normalizado por parte del paciente. De cara a futuras líneas de investigación, debido a la complejidad de este tipo de casos, se pone de manifiesto la necesidad de seguir investigando para conseguir tratamientos eficaces en la práctica clínica real. Por otro lado, según la literatura actual, las obsesiones de contenido sexual se presentan con una frecuencia más elevada en los hombres que en las mujeres, lo cual plantea la necesidad de seguir abordando todas las variables que intervienen en la aparición de las obsesiones de contenido sexual en el proceso de TOC.

Palabras clave

Estudio de caso único, obsesiones sexuales, práctica clínica basada en la evidencia, trastorno obsesivo-compulsivo.

Abstract

This paper presents a case of OCD with sexually themed obsessions and pure compulsions without associated obsession, treated from an evidence-based clinical practice model, based on the clinical formulation of the case and combining the application of ERP and CBT, addressing dysfunctional beliefs and appraisals, as well as the importance and power given to thoughts. The case was treated during a total of 26 sessions and 3 assessment sessions, where the following instruments were applied: BAI, BDI-II, SCL-90-R and OCI-R and a posteriori, the Padua Inventory and the OBQ-44. Although the case is still active, the intervention has proven to be effective in the reduction of pure compulsions, as well as in the reduction of obsessions, recovering well-being and a more normalized lifestyle for the patient. With a view to future lines of research, due to the complexity of this type of cases, the need for further research to achieve effective treatments in real clinical practice is highlighted. On the other hand, according to the current literature, obsessions with sexual content occur with a higher frequency in men than in women, which raises the need to further address all the variables involved in the occurrence of obsessions with sexual content in the OCD process.

Keywords

Case study, evidence-based clinical practice, obsessive-compulsive disorder, sexual obsessions.

*Gracias a todas las personas que me han apoyado y han creído en mí,
pero, sobre todo, gracias a ti por tu confianza.*

Índice

1. Introducción	7
1.1. Definición	8
1.2. Prevalencia y edad de aparición	13
1.3. Origen y experiencias tempranas que predisponen al TOC	14
1.4. Problemas asociados	15
1.5. Modelos psicológicos explicativos actuales.	16
1.6. Tratamientos en la intervención del trastorno del obsesivo compulsivo	18
2. Identificación del paciente y motivo de consulta	20
3. Estrategias de Evaluación	25
3.1. Instrumentos de evaluación	25
3.2. Resultados cuantitativos de la evaluación.	28
4. Formulación clínica del caso.	30
4.1. Evolución del problema	30
4.2. Hipótesis de origen	34
4.3. Hipótesis de mantenimiento	35
4.4. Análisis funcional de la conducta	35
5. Tratamiento	38
5.1. Plan de tratamiento	39
5.2. Temporalización del caso	40
6. Valoración del tratamiento	44
7. Discusión y conclusiones	53
8. Referencias bibliográficas	57
9. ANEXOS	66

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Criterios diagnósticos para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)</i>	9
Tabla 2 <i>Clasificación de las obsesiones y compulsiones más comunes</i>	11
Tabla 3 <i>Conductas problema y sintomatología referida por el paciente</i>	16
Tabla 4 <i>Conductas problema y sintomatología referida por el paciente</i>	22
Tabla 5 <i>Resumen de las puntuaciones obtenidas en las escalas durante el proceso de evaluación</i>	29
Tabla 6 <i>Análisis funcional del caso</i>	36
Tabla 7 <i>Plan de tratamiento individualizado para el paciente</i>	39
Tabla 8 <i>Cronograma de la intervención</i>	41

Índice de figuras

Figura 1 <i>Formulación de caso basado en el modelo metacognitivo de Wells (2009)</i>	38
Figura 2 <i>Evolución de la valoración del estado de ánimo con el periodo entre sesiones</i>	45
Figura 3 <i>Evolución de los resultados del BDI-II</i>	46
Figura 4 <i>Evolución de los resultados del BAI</i>	47
Figura 5 <i>Puntuaciones del paciente en el SCL-90-R durante el proceso de evaluación</i>	47
Figura 6 <i>Puntuaciones inter tratamiento en el SCL-90-R</i>	48
Figura 7 <i>Puntuaciones post tratamiento en el SCL-90-R</i>	49
Figura 8 <i>Evolución de los resultados del OCI-R</i>	50
Figura 9 <i>Evolución de los resultados del Inventario de Padua</i>	51
Figura 10 <i>Evolución de los resultados del Inventario OBQ-44</i>	52

1. Introducción

La primera descripción de un cuadro clínico de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), se le otorga al psiquiatra francés Jean Étienne Dominique Esquirol, que describió los síntomas de una paciente con esta problemática en 1838. Aunque la definición que él propuso fue la de “monomanía”, concepto referido a la obsesión con una idea o conjunto de ideas, con el avance de la ciencia y la investigación, la definición del trastorno fue transformándose y refinándose.

En los años 50, a consecuencia de la aparición de las teorías del aprendizaje, comienza a emplearse la terapia conductual para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. En la década de los años 90, en reacción a las críticas surgidas por las clasificaciones nosológicas, comienza a hablarse del espectro obsesivo-compulsivo (Hollander, 1993). En la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), la American Psychiatric Association (APA) (2014), separa el trastorno obsesivo compulsivo de los trastornos de ansiedad y se incluye como un trastorno organizador de una nueva categoría llamada “Trastorno Obsesivo Compulsivo y relacionados” comprendiendo: Trastorno obsesivo-compulsivo; Trastorno Dismórfico Corporal; Trastorno de acumulación, Tricotilomanía; Trastorno de excoriación; Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos; Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debido a otra afección médica; Trastorno obsesivo-

compulsivo y trastornos relacionados especificados; y Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados.

Esta nueva categoría resulta de las similitudes encontradas en la fenomenología, la comorbilidad, las características genéticas y familiares, los circuitos cerebrales involucrados y la respuesta al tratamiento (Hollander et al., 2009). No obstante, desde el ámbito académico todavía no se ha llegado a un consenso acerca de la propuesta de excluir el TOC de los trastornos de ansiedad, suscitando un importante debate. Autores como Abramowitz y Jacoby (2014) refieren que la ansiedad es la variable nuclear en el trastorno obsesivo compulsivo y no apoyan su salida de la categoría de los trastornos de ansiedad. López-Solà et al. (2016) refieren que la evidencia ha demostrado que, a nivel etiológico, el TOC estaría más relacionado con los trastornos de ansiedad que con el trastorno dismórfico corporal, el trastorno por acumulación, la tricotilomanía o el trastorno por excoriación.

1.1. Definición

A continuación, en la tabla 1 se muestran los criterios diagnósticos para el trastorno obsesivo-compulsivo según el DSM-5:

Tabla 1

Criterios diagnósticos para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Criterio A: Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

-Las obsesiones están determinadas por: pensamientos, impulsos o imágenes reiteradas y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, de forma intrusiva o no deseada, generando ansiedad o malestar importante. El sujeto intenta eliminar o contrarrestar dichos pensamientos, imágenes o impulsos con otro pensamiento o acto.

-Las compulsiones se definen por: comportamientos o actos mentales que el sujeto realiza de forma repetitiva como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es la disminución del malestar o la ansiedad, o la evitación de alguna situación o acontecimiento temido. Si bien, en la realidad no se encuentra ningún tipo de conexión entre estos comportamientos o actos mentales y los destinados a evitar o disminuir el malestar, o bien resultan claramente excesivos.

Criterio B: Las obsesiones o compulsiones demandan mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan un elevado malestar clínico o deterioro en áreas importantes de funcionamiento de la vida del sujeto

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

Criterio D. La sintomatología de otro trastorno mental no podría proporcionar una explicación más adecuada a dicha alteración.

Un estudio de Ruscio et al. (2010), señaló que el tiempo consumido por las obsesiones y las compulsiones alcanza una media de 5,9 horas y 4,6 horas por día respectivamente, generando un importante impacto en la vida de las personas que lo sufren. Autores como Berry y Laskey (2012) afirman que el contenido de las obsesiones puede ser idéntico al de los pensamientos intrusivos de tipo obsesivo que padecen muchas personas sin problemas clínicos. No obstante, las obsesiones son más frecuentes, intensas, duraderas y poseen un carácter egodistónico. Las personas que padecen TOC piensan que dichas obsesiones revelan algo importante sobre su identidad. Por ende, la estrategia que llevan a cabo este tipo de pacientes se basa en intentar controlar dichos pensamientos, debido a su carácter amenazante e inaceptable. Sin embargo, dichas estrategias no suelen ser demasiado efectivas (García-Soriano, 2008).

Las obsesiones implican la anticipación de consecuencias negativas ante la exposición al pensamiento o a la situación temida, de modo que el paciente intenta suprimirlas o neutralizarlas mediante las compulsiones. Sin embargo, no existe una conexión realista con lo que se pretende neutralizar y prevenir. Las compulsiones también pueden ser acciones mentales encubiertas y no solo conductas motoras. Según un estudio de Abramowitz et al. (2003), los pacientes que presentan obsesiones de contenido religioso, agresivo o sexual presentan más compulsiones encubiertas y el 60% de los pacientes con TOC presentan obsesiones sin compulsiones manifiestas.

En función de la temática, a continuación, se muestra una tabla con una clasificación de las obsesiones y compulsiones más comunes (Cruzado, 1998; Salkovskis y Kirk, 1989; Steketee, 1999):

Tabla 2

Clasificación de las obsesiones y compulsiones más comunes (Cruzado, 1998; Salkovskis y Kirk, 1989; Steketee, 1999)

<i>Temáticas</i>	<i>Obsesiones</i>	<i>Compulsiones</i>
Contaminación	Relacionadas con sufrir daño o contagiarse a otros por contacto con sustancias percibidas como peligrosas, por ejemplo, suciedad, gérmenes, orina, heces, sangre, semen, secreciones vaginales, animales, etc.	Las compulsiones más comunes suelen ser lavarse o ducharse de forma excesiva y desinfectarse. Se tiende a evitar todo tipo de contacto con objetos posiblemente contaminados. Llevar a cabo conductas de evitación como pedir a otros que sean ellos los que toquen los objetos que se supone que están contaminados
Daño accidental	Obsesiones acerca de dejarse la llave del gas abierta y que haya una fuga; aparatos eléctricos encendidos; la puerta de casa abierta o mal cerrada; atropellar a alguien; hacerse daño con un objeto afilado; pensar que a algún familiar le puede pasar algo grave.	Las compulsiones más comunes suelen ser: comprobar en reiteradas ocasiones que la llave del gas y todo tipo de aparatos estén apagados; telefonar a hospitales, etc. Las personas que sufren estas obsesiones piensan que si no realizan las comprobaciones necesarias serán los responsables de que ocurra una desgracia.
Violencia física hacia sí mismo u otros por parte de uno mismo u otros	Engloba obsesiones como tirarse al tren, matar a un hijo con un cuchillo, ahogarlo con una bolsa de plástico, dar una paliza a un amigo, tirar a alguien al tren o imágenes de asesinatos.	Las compulsiones más habituales suelen ser, comprobar que no se ha causado ningún daño o, de forma encubierta, elaborar un contraimagen, llevar a cabo conductas de evitación como no acercarse a las vías del tren.

Cont. Tabla 2

<i>Temáticas</i>	<i>Obsesiones</i>	<i>Compulsiones</i>
Conductas socialmente inaceptables	Un ejemplo de este tipo de obsesiones podría ser: escribir obscenidades o insultos, decir algo poco respetuoso sobre una persona fallecida, robar, engañar, mentir.	Las compulsiones que se llevan a cabo se centran en mantener el control de la conducta, asegurarse de que uno se ha comportado de forma adecuada, consultándolo con los demás, o evitar situaciones sociales.
Sexo	Este tipo de obsesiones se relacionan con el miedo a cometer una violación, exhibirse, abusar sexualmente de niños o ancianos y tener dudas sobre la propia orientación sexual.	Las compulsiones más habituales suelen ser: recordarse experiencias heterosexuales con relación a la obsesión de homosexualidad y llevar a cabo conductas de evitación como no quedarse a solas con esa persona
Religión	Obsesiones relacionadas con imágenes o pensamientos blasfemos.	Las compulsiones más comunes suelen ser: rezar, confesarse, hacer penitencia, pensar en una frase que contrarreste la obsesión, elaborar una imagen alternativa.
Acumulación	Obsesiones relacionadas con deshacerse de cualquier objeto valioso o cosas que aparentemente no tienen una gran importancia, pero que pueden ser útiles en un futuro, sumado al hecho de provocar un daño si se tira ese objeto valioso o relacionado con la moralidad de malgastar.	Las compulsiones más habituales suelen ser acaparar una elevada cantidad de objetos como revistas, apuntes, papeles, ropa, etc, llegando a llenar habitaciones o lugares enteros. Las personas que lo sufren pueden tardar varias horas antes de decidirse a tirar algo.
Muerte	Obsesiones relacionadas con imágenes de seres queridos muertos.	La compulsión asociada suele ser imaginarse a esas mismas personas vivas y llevar a cabo conductas de evitación como no hablar de temas relacionados con la muerte.

1.2. Prevalencia y edad de aparición

Los datos de prevalencia pueden variar por diversos factores, como el instrumento utilizado, la clasificación diagnóstica usada, la metodología de entrevista, el país y los datos sociodemográficos (sexo, edad o nivel socioeconómico entre otros). Estudios epidemiológicos estiman que la prevalencia del TOC se sitúa entre el 3% y el 8% de la población (Diedrich y Voderholzer, 2015). Un estudio en Alemania mostró una prevalencia anual de TOC subclínico del 4,5% y una prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos recurrentes del 8,3%. En el estudio de Fullana et al. (2010), realizado en seis países europeos, se advirtió que la prevalencia-vida de síntomas obsesivo-compulsivos repetitivos fue del 13%; por dimensiones: daño/comprobación (7,8%), obsesiones somáticas (4,6%), orden/simetría (3,1%), acumulación (2,6%), contaminación/lavado (1,8%), cuestiones morales (1,4%) y obsesiones sexuales/religiosas (0,7%), obteniendo una mayor frecuencia en el caso de las mujeres que en el de los hombres en las dimensiones de daño/comprobación y obsesiones somáticas. Otro estudio de Mathis et al. (2011), reveló que las compulsiones relacionadas con la temática de higiene/ limpieza eran más frecuentes en mujeres, a diferencia de las obsesiones de contenido sexual, religioso y agresivo que resultan más predominantes en los hombres.

El debut del trastorno suele darse en los primeros años de la edad adulta y alrededor del 50% de los casos se manifiestan en la infancia o la adolescencia. Teniendo en cuenta el sexo, los hombres manifiestan una edad de inicio más precoz que las mujeres, aunque en la edad adulta las mujeres superan a los hombres en una pequeña proporción. Cuando el TOC no se trata, desarrolla un curso creciente y decreciente pudiendo llegar a la cronificación con el tiempo. Solo se presenta una remisión espontánea del trastorno entre un 5% y un 10% y en casos puntuales en la infancia se puede dar un curso episódico (Goodman et al., 2014).

1.3. Origen y experiencias tempranas que predisponen al TOC

Desde un punto de vista biológico, la evidencia señala el componente hereditario del TOC (Diedrich y Voderholzer, 2015). Se ha demostrado que la heredabilidad se sitúa entre un 45% y un 65% en niños y en un 27% a un 45% en adultos (Chacon et al., 2018). Según Pauls et al. (2014), estudios con gemelos y familias han demostrado que el TOC es una enfermedad familiar en la que intervienen tanto factores de riesgo genéticos como ambientales. Según este mismo estudio, sufrir algún acontecimiento traumático de tipo perinatal, psicológico o neurológico, puede generar un cambio en la expresión de dichos genes de riesgo, dando lugar a la aparición de conductas obsesivo-compulsivas. En esta misma línea, Rector et al. (2009) afirma que los estilos de crianza con un elevado énfasis en la responsabilidad, el cumplimiento de normas rígidas de comportamiento y

estándares elevados de perfeccionismo, así como la sobreprotección frente a ciertas responsabilidades en la infancia, operarían como factores predisponentes al TOC. Otras investigaciones señalan que el abuso físico, el aislamiento social y la emocionalidad negativa son predictores del TOC en la edad adulta, así como los factores del neurodesarrollo, el comportamiento, la personalidad y el ambiente durante la infancia (Grisham et al., 2011). Miller y Brock (2017) refieren que la vivencia de eventos traumáticos como la violencia, el abuso sexual, el abuso emocional y la negligencia fomentan la probabilidad de aparición del TOC.

1.4. Problemas asociados

Los pacientes que padecen TOC a menudo presentan otros cuadros clínicos asociados: del 23% al 38% presentan algún trastorno depresivo y el 70% lo han sufrido puntualmente. Según un estudio de Brown et al. (2001) de pacientes con TOC, el 53% de la muestra recibieron un diagnóstico complementario de trastorno de ansiedad o trastorno depresivo. En otra investigación de Torres et al. (2013) solo el 7,7% de los pacientes no habían presentado ningún diagnóstico adicional a lo largo de su vida. Según el metaanálisis de Angelakis et al. (2015) el 44% de los pacientes con TOC han tenido pensamientos suicidas en algún momento de su vida (el 21% de ellos en el último año), una media del 13% han tenido intentos suicidas y una media del 6% de los pacientes con TOC terminan suicidándose.

1.5. Modelos psicológicos explicativos actuales.

Los modelos que más apoyo y evidencia empírica han recibido para intentar explicar el origen y mantenimiento del TOC han sido los cognitivo-conductuales. El origen de los modelos cognitivos tiene sus inicios en la teoría cognitiva de los trastornos emocionales propuesta por Beck (1976), según cual la ansiedad sería el resultado de las interpretaciones negativas que se realizan ante un estímulo determinado. A raíz de esta premisa surge el modelo cognitivo de Salkovskis (1985).

En la tabla 3, se muestra la evolución de los modelos psicológicos explicativos más actuales.

Tabla 3

Modelos psicológicos explicativos de TOC

Modelo de Paul M. Salkovskis

Según Salkovskis (1985), la diferencia entre los pensamientos intrusos normales y los obsesivos recae, en la interpretación que los pacientes obsesivos hacen de esa ocurrencia y/o del contenido de las intrusiones, es decir de la interpretación o valoración que se hace de ellos. Por otra parte, las neutralizaciones llevadas a cabo por la persona para disminuir el malestar producido por el pensamiento implican el intento por mitigar la responsabilidad del daño que pueda derivarse para uno mismo o para otros.

Cont. Tabla 3

Modelo de David A. Clark y Christine Purdon

La propuesta de Clark y Purdon (1993) nace de la revisión del modelo de Salkovskis y su idea radica en que las obsesiones son una consecuencia de creencias disfuncionales relacionadas con la necesidad de control sobre los propios pensamientos. En base a sus investigaciones sobre la supresión, la idea es que los intentos reiterados de control del pensamiento aumentarán, en contra de la lógica, la frecuencia e importancia de estos. Según su propuesta, las obsesiones se desarrollan como respuesta a intentos fallidos en el control de los pensamientos. Con posterioridad, Purdon y Clark (1999) incluyeron la metacognición y egodistonia en el desarrollo del modelo. Para dichos autores, la valoración de un pensamiento como egodistónico, sumado a las creencias metacognitivas sobre la importancia de ejercer control sobre el pensamiento, conducirá a intentos excesivos por controlar el pensamiento, convirtiéndose en una experiencia fracasada por parte de la persona. Según Clark (2004) es importante considerar la valoración que realiza la persona sobre sus propios esfuerzos por controlar la obsesión.

Modelo de Stanley Rachman

Según Rachman (1997), en la misma línea que Salkovskis, las valoraciones tienen un papel fundamental en el desarrollo de las obsesiones. La persona entiende que ese pensamiento muestra algo oculto del yo que puede ser amenazante y peligroso. Estas interpretaciones generan un malestar emocional, surgiendo la necesidad de neutralizarlo e impidiendo que la persona pueda comprobar que sus pensamientos intrusos no son más que pensamientos y que nada de lo que tema pueda ocurrir. Plantea la propuesta de los sesgos de procesamiento como factores influyentes en el desarrollo de las obsesiones, haciendo referencia a la fusión pensamiento-acción, a la que más tarde hará alusión Wells (2009) con su modelo metacognitivo del TOC.

Cont. Tabla 3

Modelo Metacognitivo de Wells

El modelo metacognitivo de Wells (2009) destaca el efecto de las creencias metacognitivas sobre el significado e importancia de los pensamientos e intrusiones y las creencias diferenciando tres tipos:

- Fusión pensamiento-evento: creencia de que un pensamiento intruso puede causar que una situación ocurra.
 - Fusión pensamiento-acción: creencia de que tener un pensamiento, imagen o impulso intruso tiene el poder de que uno realice las acciones no deseadas.
 - Fusión pensamiento-objeto: creencia de que los pensamientos intrusos pueden ser transferidos a los objetos.
-

1.6. Tratamientos en la intervención del trastorno del obsesivo compulsivo

El abordaje terapéutico del TOC siempre ha sido una tarea compleja. Hoy en día los tratamientos que han demostrado más eficacia de una forma controlada son la exposición con prevención de respuesta (EPR), la terapia cognitivo-conductual (TCC) y el tratamiento psicofarmacológico. En la técnica de exposición más prevención de respuesta, el paciente se expone en vivo y/o en la imaginación a los estímulos externos e internos que le producen rechazo. A su vez, previene la generación de compulsiones manifiestas y encubiertas hasta que la ansiedad disminuye significativamente. La evidencia científica ha demostrado que es más eficaz que el entrenamiento

en el control de la ansiedad (Lindsay et al., 1997), el entrenamiento en relajación (Fals-Stewart et al., 1993) o los placebos farmacológicos (Kozack et al., 2000). Vallejo (2003) señala que tanto la terapia racional-emotiva de Ellis como la terapia cognitiva de Beck han evidenciado resultados superiores al no tratamiento y han demostrado la misma eficacia a corto y a medio plazo que la ERP. Los datos obtenidos en un estudio Anholt et al. (2008) apoyan que la TCC y la EPR disminuyen las obsesiones y las compulsiones en medidas similares. Sin embargo, para pacientes con presencia de obsesiones de contenido sexual o religioso se observa una mejoría más leve al aplicar TCC o los fármacos (Abramowitz et al., 2003; Bloch et al., 2014; Keeley et al., 2008). Con el fin de mejorar estos resultados, algunos autores proponen un tratamiento cognitivo-conductual que incluya la EPR, y en el que se aborden específicamente las estrategias de neutralización, las creencias y valoraciones que el paciente realiza sobre sus obsesiones (Freeston et al., 1997; O'Connor et al., 2005; Rachman, 2003). A pesar de la evidencia empírica existente sobre la eficacia de la aplicación combinada de la ERP y la TCC en obsesiones de contenido sexual, el número de pacientes que acuden a consulta con esta problemática cada vez es más habitual. La escasez de estudios basados en el abordaje específico de este tipo de obsesiones sigue suponiendo un reto para el ámbito clínico, por lo que resulta de gran importancia ampliar la investigación en estudios de casos procedentes de la práctica clínica real.

De acuerdo con todo lo mencionado, el objetivo del presente trabajo es analizar la efectividad de una intervención clínica para el TOC con predominio de obsesiones sexuales y con compulsiones

sin obsesión asociada, a partir de la formulación clínica y la aplicación de la ERP y la TCC, abordando las creencias y valoraciones disfuncionales que el paciente realiza sobre sus pensamientos, así como la importancia que les otorga. Con el objetivo de eliminar y/o reducir las compulsiones y conductas de evitación, corregir la sobrestimación del poder de los pensamientos y disminuir la ansiedad y el malestar ocasionado, recuperando el bienestar en un estilo de vida más normalizado.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Identificación del paciente

Con el fin de garantizar la confidencialidad, y atendiendo a la *Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (2018)*, se ha usado un pseudónimo en referencia al paciente y se ha modificado todo tipo de información que pueda influir en su anonimato.

Roberto es un hombre de 24 años, soltero y estudiante de ciencias del deporte que compagina sus estudios con la profesión de entrenador personal. Creció en una familia con un nivel socioeconómico medio-alto y es el mediano de tres hermanos, con los que convive, además de con sus padres. El paciente se define como una buena persona, muy perfeccionista y meticuloso, sociable, amigo de

sus amigos, y una de las actividades que más satisfacción le reporta, es la práctica de deporte entrenando en el gimnasio de forma regular.

Motivo de consulta

El paciente acude a consulta por primera vez en el mes de marzo de 2022 y presenta un aspecto cuidado y aseado. A la hora de expresarse, se advierte un gran abatimiento en sus palabras, cargadas de un estado de emocionalidad muy negativo y se percibe cierta vergüenza a la hora de iniciar el discurso. A medida que Roberto se siente con más confianza para hablar, indica que, desde hace un tiempo, presenta grandes dificultades para conciliar el sueño, sufre muchos problemas de concentración que le están afectando en la toma de decisiones, sintiendo elevados niveles de ansiedad y a nivel emocional se siente muy triste y decaído: *“Me siento sin ilusión por nada”*, refiere.

Roberto indica que, a raíz de una conversación mantenida acerca de los efectos secundarios del consumo de anabolizantes y, más específicamente, sobre la posibilidad de pérdida de la respuesta de erección. Declara que no puede dejar de experimentar una serie de pensamientos e imágenes intrusivas, de carácter recurrente, con contenido sexual inadecuado, que le generan un elevado nivel de nerviosismo y ansiedad. Roberto califica sus pensamientos como *“inmorales”*, sintiendo una gran culpabilidad y malestar consigo mismo, *“Me estoy volviendo loco”*; *“¡Tengo un problema!”*.

Refiriendo que ha dejado el entrenamiento en el gimnasio, ya que últimamente es incapaz de concentrarse debido a la aparición incontrolable de dichos pensamientos e imágenes que le generan tanto malestar “*¡Cómo puedo pensar estas cosas, soy un monstruo!*” indica. El paciente señala que dicha situación se ha extrapolado a otras situaciones de su vida personal, así como, abandonar las relaciones personales y sexuales con mujeres o el cese de la masturbación. Todo ello como consecuencia del temor que le genera la posibilidad de aparición de dichos pensamientos e imágenes.

Roberto señala que con la terapia le gustaría alcanzar los siguientes objetivos: “*Quiero aumentar más la confianza en mí mismo*”; “*Me gustaría aumentar la comprensión sobre ciertos pensamientos que no quiero tener y que me hacen tanto daño*”; “*Quiero volver a ser feliz con poco y disfrutar de las cosas*”; “*No quiero ser tan frágil cuando me viene un pensamiento que me hace daño*”; “*Quiero controlar más mi mente*”.

A continuación, se detallan todas las conductas problema y la sintomatología referida por el paciente durante el transcurso de la terapia, a nivel cognitivo, motor, fisiológico y emocional.

Tabla 4

Conductas problema y sintomatología referida por el paciente

Conductas Problema

Nivel cognitivo

Pensamientos Obsesivos:

- Relacionados con la respuesta sexual fisiológica: “¿Y si no consigo una erección?”;
- Relacionados con contenido sexual inadecuado que le generan miedo: “¿Y si soy un pedófilo?”

Imágenes Intrusivas:

- Visualización de imágenes con contenido sexual inmoral e inaceptable: imagen con ciertas connotaciones eróticas de poblaciones vulnerables (personas de la tercera edad, niños...)

Compulsiones de reaseguración o comprobación:

- Pensamientos relacionados con asegurarse de que ha entendido bien las cosas y no ha malinterpretado ninguna situación o evento.
- Pensamientos relacionados con recordarse y decirse a sí mismo que siente atracción sexual hacia las mujeres.
- Generación de contraimágenes de mujeres que le parecen sexualmente atractivas.

Pensamientos anticipatorios que se presentan ante determinadas situaciones:

- Antes de mantener una relación sexual: “Voy a tener sexo y se me va a venir a la cabeza”; “No pienses en eso”
- Antes de masturbarse: “No pienses en eso”

Pensamientos que generan malestar, culpabilidad y autorreproche:

- “¡Estoy loco!”; “Algo no funciona bien en mí”; “¡Soy horrible!”; “¡Cómo puedo estar pensando en esto!”; “Yo no soy así”

Cont. Tabla 4

Conductas Problema

Nivel motor

Compulsiones o comprobaciones motoras

- Masturbarse con el fin de comprobar que es capaz de tener una erección con normalidad.
- Evitar situaciones que le provoquen la aparición de algún pensamiento o imagen aversiva: dejar de ir al gimnasio; abandonar las relaciones con mujeres tanto a nivel de interacción personal como sexual; dejar de masturbarse por placer; evitar noticias relacionadas con la pedofilia y anuncios de niños.
- Conductas de control tales como, la hipervigilancia de la zona genital y conductas de presión sobre el suelo pélvico, con el fin de asegurarse de que es capaz de controlar la respuesta fisiológica sexual de excitación.

Compulsiones puras sin obsesión asociada

- Conductas motoras de orden como, asegurarse de que todo está en el sitio y lugar adecuado.
- Conductas motoras de comprobación como, asegurarse de que lleva todo lo necesario antes de salir de casa; asegurarse de que ha apagado todas las luces de casa, así como asegurarse de que ha apagado las luces del coche cuando conduce.

Nivel fisiológico

- Nerviosismo.
- Insomnio.
- Dificultades de concentración y focalización de la atención.

Nivel emocional

- Tristeza, culpa, ansiedad, miedo y sensación de inadecuación
-

3. Estrategias de Evaluación

3.1. Instrumentos de evaluación

Entrevista semiestructurada de Muñoz y Vázquez (2002): se trata de una guía de entrevista semiestructurada orientada a la evaluación conductual de la problemática del paciente y el establecimiento del análisis funcional de la conducta.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II): (Beck, Steer y Brown, 1996. Adaptación de Sanz et al., 2005): Instrumento de autoinforme que valora la intensidad de la sintomatología depresiva, en un rango temporal de dos semanas. Cuenta con 21 ítems que se valoran con entre 0 y 3 puntos, estableciendo un rango de puntuaciones entre 0 y 63 puntos. Se considera que una puntuación comprendida entre 0-13 indica un grado de depresión mínimo, entre 14-19 leve, entre 20 y 28 moderado y entre 29 y 63 grave. La prueba dispone de una adaptación al castellano y está validada por la población española tanto clínica como no clínica, obteniendo unos índices psicométricos adecuados en todos los casos, con $\alpha = 0,89$ en población clínica (Sanz et al., 2005).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): (Beck y Steer, 1990, adaptación española de Sanz y Navarro, 2003). Instrumento de autoinforme que valora la intensidad de la sintomatología ansiosa en un rango temporal de dos semanas. Cuenta con 21 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 4 puntos, donde 0 es “en absoluto” y 3 “severamente, casi no podría soportarlo” que se valoran con entre 0 y 3 puntos, estableciendo un rango de puntuaciones entre 0 y 63 puntos. La prueba dispone de una adaptación al castellano y está validada para la población española tanto clínica como no clínica, obteniendo unos índices psicométricos adecuados en todos los casos, con $\alpha = 0,90$ para población clínica.

Listado de 90 síntomas (SCL-90-R): (Derogatis, 1983. Adaptación de González et al., 2002). Instrumento de auto aplicación multidimensional, diseñado para valorar la presencia de 90 síntomas. Ofrece una valoración de nueve dimensiones y tres índices generales de malestar, expresados en centiles y puntuaciones T. La prueba está dirigida a cuantificar el malestar subjetivo del paciente contemplado en la semana anterior a la de la cumplimentación del cuestionario. La prueba dispone de una adaptación española con baremos para las poblaciones no clínica y; psiquiátrica (tanto interna como externa) en ambos sexos.

Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado (OCI-R); (Foa et al., 2002): Instrumento de autoinforme que evalúa el malestar asociado a los síntomas obsesivo-compulsivos. Cuenta con 18 ítems distribuidos en 6 subescalas: Acumulación, Comprobación, Orden, Neutralización, Lavado y Obsesión. Cada ítem es valorado de 0 a 4 según el grado de malestar que provoca. Se puede obtener una puntuación total de la escala o puntuaciones individuales para cada subescala. El rango de puntuaciones oscila de 0 a 72 puntos. Todas las escalas, excepto la de acumulación, discriminan entre pacientes con y sin TOC. Existe una versión validada del cuestionario en español (Fullana et al., 2005).

Cuestionarios aplicados durante la intervención clínica.

Inventario de Padua (PI); (Sanavio, 1988): Instrumento que evalúa la intensidad de los síntomas obsesivos y compulsivos, en población clínica y no clínica. Cuenta con 60 ítems distribuidos en cuatro factores: control debilitado sobre actividades mentales (dudas y rumiaciones exageradas; 17 ítems), contaminarse (11 ítems), conductas de comprobación (8 ítems) e impulsos y preocupaciones sobre la conducta motora (conducta violenta y antisocial; 7 ítems).

Cuestionario de Creencias Obsesivas (OBQ- 44): Instrumento de autoinforme diseñado para evaluar las creencias que facilitan la aparición o el riesgo del TOC. Está compuesto por 44 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos. Los ítems se organizan en tres subescalas: responsabilidad excesiva y sobreestimación de la amenaza, perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, e importancia y control de los pensamientos. Puede consultarse en Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005).

3.2. Resultados cuantitativos de la evaluación.

En la tabla 5 se presenta un resumen de las puntuaciones de todos los cuestionarios empleados durante el proceso de evaluación.

Tabla 5

Resumen de las puntuaciones obtenidas en las escalas durante el proceso de evaluación

Prueba	Puntuación	Interpretación
BDI-II	18	Sintomatología depresiva leve.
BAI	31	Sintomatología ansiosa moderada.
SCL-90-R	V. figura 5	Puntuaciones globales de relevancia clínica indican un elevado malestar emocional global.
OCI-R	30	Sintomatología obsesivo- compulsiva, con predominio de malestar asociado en las subescalas de obsesión, comprobación y orden
Acumulación	1	
Comprobación	9	
Orden	7	
Neutralización	1	
Lavado	0	
Obsesión	12	

Cabe destacar que durante el proceso de evaluación se ha descartado cualquier tipo de situación abusiva durante la infancia o situación traumática sexual. Tras la interpretación de los resultados obtenidos en el proceso de evaluación, según el DSM -5, el paciente cumple sintomatología acorde al trastorno obsesivo-compulsivo, 300.3 (F42).

4. Formulación clínica del caso.

4.1. Evolución del problema

Aparición del problema

A partir de la conversación mantenida con su compañero de gimnasio, se genera en el paciente una emoción de miedo, que desencadena la aparición inminente de pensamientos intrusivos y obsesivos relacionados con el miedo a perder la respuesta sexual. El miedo que le suscita dicha posibilidad le conduce a la búsqueda de seguridad a través de conductas motoras de comprobación y reaseguración que lleva a cabo mediante la masturbación. A posteriori, durante el entrenamiento en el gimnasio, el paciente relata la aparición de pensamientos intrusivos causados por el miedo que le produce que otro compañero pueda malinterpretar una situación, como, por ejemplo, haberle mirado más de la cuenta. A continuación, se genera un temor en Roberto que dispara pensamientos e imágenes intrusivas de duda y miedo respecto a su sexualidad “*¡Si lo miro tanto, es porque igual me gusta!*” “*¿Y si me gustan los hombres?*”. Dicho contenido, genera un sentimiento de alarma que lo lleva de nuevo a la búsqueda de seguridad, realizando conductas cognitivas de reaseguración, a través de pensamientos, donde se repite a sí mismo que lo que verdaderamente le gusta son las

mujeres y elaborando contraimágenes con contenido sexual de mujeres que le excitan. Debido a los intentos de control poco eficaces sobre los pensamientos que experimenta, Roberto realiza conductas motoras de evitación como el abandono del entrenamiento en el gimnasio, lo cual dará lugar a un estado de emocionalidad muy negativo, ya que esto supone renunciar a una de las actividades que más placer le reportan.

Curso del problema

Tras el suceso del gimnasio, el paciente no deja de experimentar pensamientos e imágenes intrusivas con contenido sexual inadecuado, desencadenando conductas cognitivas de reaseguración y comprobación mediante pensamientos y la elaboración de contraimágenes de mujeres sexualmente atractivas, recuperando la seguridad de nuevo. Debido a la sensación de alarma emocional vivida por Roberto y a la asociación de estímulos producida por situaciones de la vida cotidiana, se desencadena una generalización de estímulos, a través de la cual, el paciente acaba sufriendo la aparición, no solo de pensamientos e imágenes intrusivas de tipología obsesiva relacionadas con el miedo a tener deseo sexual por animales o por personas de su mismo sexo, sino que acaba por extrapolarse al miedo a sentir deseo sexual por niños y ancianos. Como respuesta a todas las obsesiones e imágenes intrusivas, el paciente comienza a aumentar las conductas de evitación motoras plasmadas a través del abandono de las relaciones personales y sexuales con mujeres y

consigo mismo. Cuando sale a pasear a su perro, evita todo tipo de contacto con niños, así como ver noticias.

Factores predisponentes o de vulnerabilidad

La madre del paciente cuenta con un diagnóstico de TOC en la infancia. A nivel familiar ha recibido una educación rígida y basada en “*el buen hacer*”, dando una elevada importancia a “*cómo se debe ser en la vida*”, así como lo que se espera de él. Igualmente, Roberto relataba en sesión que a la edad de 8 años vio un programa televisivo acerca del trastorno, que le generó sensaciones de desasosiego y malestar, así como la toma de conciencia acerca del trastorno y el inicio de las conductas compulsivas sin obsesión asociada. En la adolescencia, señala relaciones donde había mucha competitividad y era sometido a enormes críticas por parte de su entorno. En lo referido a sus primeras relaciones sentimentales, narra que a los 15 años comenzó a salir con una chica un año más pequeña que él, y que durante mucho tiempo fue objeto de burla y mofa de sus amigos que le llamaban “*pederasta*”. También refiere que, en la adolescencia, comienza a importarle mucho lo que los demás piensen de él. Indica haber dedicado mucho tiempo a comprender las cosas que le iban ocurriendo y asegurarse de que una situación no se malinterpretase. En estos acontecimientos se pueden observar las primeras conductas cognitivas de reaseguración y comprobación que Roberto pone en marcha.

Factores protectores

El paciente cuenta con un contexto social y familiar donde se siente apoyado, él mismo declara sentirse muy querido tanto por su familia como por sus amigos. A nivel de autoestima, refiere “*Creo que soy lo suficientemente inteligente como para afrontar la situación que estoy atravesando*”, presentando una gran motivación para el cambio. Señala “*Aunque piense cosas que me hacen daño y que me hacen sentirme humillado, me quiero a mí mismo y lo único que deseo es estar bien*”. En el plano profesional, tiene grandes proyectos que lo animan y motivan a seguir creciendo de cara a un futuro.

Recursos para afrontar el problema

Roberto se muestra muy comprometido con la terapia, realiza todas las tareas, acude siempre a consulta y manifiesta un verdadero interés por comprender los que ocurre. Durante el trabajo en terapia, Roberto usa el humor como una estrategia de afrontamiento que le ayuda a bajar el nivel de importancia ante ciertos pensamientos. Poco a poco va ganando flexibilidad cognitiva y va

experimentando un cambio de perspectiva sobre la importancia y valoración de los fenómenos cognitivos que experimenta

4.2. Hipótesis de origen

A raíz de una conversación relacionada con los efectos de los anabolizantes en la respuesta sexual fisiológica, el paciente presenta pensamientos e imágenes intrusivas de tipología obsesiva con contenido sexual inadecuado, conductas de comprobación y reaseguración a través de la generación de contraimágenes de mujeres que le parecen sexualmente atractivas. A consecuencia de esto, el paciente también refiere problemas a nivel emocional como un bajo estado de ánimo y un gran malestar, que se relaciona con conductas de evitación plasmadas a través del abandono del entrenamiento en el gimnasio, el cese de las relaciones personales y sexuales, y dificultades a nivel fisiológico como problemas en la concentración y la toma de decisiones. Previo a este acontecimiento, el paciente manifestaba conductas compulsivas de reaseguración de tipo subclínico, muy relacionadas con la importancia que le otorgaba a los pensamientos y a la imagen social, originadas en determinadas situaciones de la infancia y la adolescencia como haber recibido una educación basada en unos valores morales muy acentuados, un elevado énfasis en la responsabilidad y el cumplimiento de unos elevados estándares de perfeccionismo. La madre del paciente cuenta con un diagnóstico de TOC en la infancia e igualmente, durante la adolescencia, en ocasiones, fue

objeto de burla y de constantes críticas por parte de sus iguales. A consecuencia, de todo lo mencionado, el paciente otorga una gran importancia a los pensamientos y a la influencia de estos, desencadenándose una necesidad de control, con el fin de reasegurar que cumple con los cánones establecidos desde su infancia y adolescencia, interfiriendo enormemente con su estado de ánimo.

4.3. Hipótesis de mantenimiento

A partir del episodio vivido en el gimnasio se produce una generalización de estímulos, derivada de la vivencia de situaciones de la vida cotidiana, donde el paciente, no solo experimenta temor a sentir deseo sexual por animales o por personas de su mismo sexo, sino que acaba por extrapolarse al miedo a sentir deseo sexual por niños y ancianos. Dicha situación se produce como consecuencia de la evitación a través de conductas motoras y cognitivas. A corto plazo, disminuye la respuesta ansiosa, produciéndose una desaparición del malestar por refuerzo negativo y un refuerzo positivo sobre la sensación de control. A largo plazo se genera un refuerzo positivo sobre las creencias disfuncionales de cómo los pensamientos influyen en lo que el paciente piensa y hace.

4.4. Análisis funcional de la conducta

Tabla 6

Análisis funcional del caso

<i>Antecedentes</i>	<i>Variables del Organismo</i>	<i>Conductas Problema</i>	<i>Consecuentes</i>
<u><i>Próximos</i></u>	<u><i>Predisponentes</i></u>	<u><i>Cognitivas</i></u>	<u><i>A corto plazo</i></u>
<i>Internos</i>	<i>Personales</i>	-Pensamientos obsesivos relacionados con el miedo a no poder tener una erección (fusión pensamiento-evento)	Disminución del malestar (R-)
Recuerdos de su abuela.	Rigidez cognitiva		Sensación de control (R+)
Imágenes de su abuela fallecida, imagen de un niño.	Gran autoexigencia, forma de ser “ <i>Intachable</i> ” incrementando la necesidad de control.	-Pensamientos obsesivos que generan dudas sobre su sexualidad (fusión pensamiento-acción)	Disminución de la autoestima (C-)
	Creencias metacognitivas sobre el significado e importancia de los pensamientos: Fusión pensamiento-evento;	-Visualización de imágenes intrusivas de actos sexuales inadecuados. (fusión pensamiento-acción)	Aumento de la inseguridad (C+)
<i>Externos</i>	fusión pensamiento-acción.	-Pensamientos de reaseguración y comprobación de que ha entendido bien las cosas “Asentar la idea”	Pérdida de la autoeficacia (C-)
Ver noticias sobre casos de pedofilia.			<u><i>A largo plazo</i></u>
Ver anuncios de niños.	<i>Familiares y sociales</i>	-Pensamientos de reaseguración relacionados con decirse que lo que le gustan son las mujeres.	Bajo estado de ánimo
	Madre con diagnóstico de TOC en la infancia	-Generación de contraímagenes de mujeres que le parecen sexualmente atractivas	Problemas académicos
	Crianza basada en normas rígidas, familia exigente, emocionalmente culpógena e invalidante	-Pensamientos que generan culpabilidad y autorreproche	Problemas sociales

Cont. Tabla 6

<i>Antecedentes</i>	<i>Variables del Organismo</i>	<i>Conductas Problema</i>	<i>Consecuentes</i>
	<p>Visionado del programa de TOC a los 8 años.</p> <p>Críticas de un compañero y burlas llamándole “Pedófilo”</p> <p><i>Precipitantes</i></p> <p>Conversación en el gimnasio sobre los efectos del consumo de anabolizantes y posible pérdida de la respuesta sexual fisiológica</p>	<p><i>Motoras</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Comprobaciones mediante la masturbación con el fin de obtener la erección. -Evitar situaciones que puedan generar la aparición de pensamientos o imágenes intrusivas: -Abandonar las relaciones personales y sexuales con mujeres. -Dejar de masturbarse por placer. -Evitar noticias sobre pedofilia. -Evitar ver anuncios de niños. -Hipervigilancia sobre la zona genital y suelo pélvico para controlar la respuesta sexual fisiológica <p><i>Fisiológicas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Insomnio, dificultades de concentración y atención, dificultades en la toma de decisiones. <p><i>Emocionales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Tristeza, culpa, miedo, ansiedad 	

La formulación de caso basada en el modelo metacognitivo de Wells (2009) puede consultarse en la figura 1.

Figura 1

Formulación de caso basado en el modelo metacognitivo de Wells (2009)



5. Tratamiento

5.1. Plan de tratamiento

Objetivos Terapéuticos

Tras la evaluación del caso, se procedió a la devolución de información y a la exposición de la propuesta de tratamiento, en base a los objetivos terapéuticos acordados con el paciente, para obtener el consentimiento informado y comenzar con la intervención.

La intervención propuesta se detalla en la tabla 7.

Tabla 7

Plan de tratamiento individualizado para el paciente

<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas</i>
Aumentar la comprensión del problema.	Entrevista de evolución de información.
Orientación positiva hacia el problema.	Psicoeducación del proceso obsesivo compulsivo.
Mejora del estado de ánimo.	Activación conductual con el trabajo en áreas vitales.

Cont. Tabla 7

<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas</i>
Modificación de supuestos disfuncionales, abordaje de los pensamientos obsesivos y disminución de las conductas compulsivas.	Establecimiento de una jerarquía de exposición y aplicación de exposición con prevención de respuesta.
Identificación de pensamientos disfuncionales, anticipadores y catastróficos.	Reestructuración cognitiva. Experimentos conductuales.
Mejora de las habilidades de afrontamiento interpersonales.	Práctica de estrategias asertivas de comunicación
Comprensión y regulación emocional	Psicoeducación emocional

5.2. Temporalización del caso

Tras la aceptación por parte del paciente, y la intervención clínica se compuso de 26 sesiones, teniendo en cuenta que el paciente acudió a consulta durante 9 meses, saltando los periodos vacacionales del mes de agosto y el mes de diciembre.

Una vez iniciada la intervención y de forma transversal se ha llevado a cabo un trabajo de carácter exponencial, comenzando por aquellas conductas de poco riesgo y de poca relevancia para el paciente, disminuyendo la frecuencia de aparición de estas a lo largo de la terapia.

Cabe destacar que durante el proceso clínico se ha abordado la temática de la homosexualidad. El paciente refiere que el temor acerca de su orientación sexual se relaciona con la controversia que le produce tener ese tipo de pensamientos con relación a su identidad. Rechazando cualquier pensamiento, ideología o conducta de carácter homofóbico por su parte.

En la tabla 8 se detalla el cronograma de la intervención, teniendo en cuenta los aspectos más importantes de cada sesión.

Tabla 8

Cronograma de la intervención

<i>Sesiones</i>	<i>Contenido</i>
1-3	Evaluación
4	Devolución de información. Psicoeducación del proceso compulsivo de TOC. Psicoeducación acerca de las conductas de reaseguración, así como, la importancia y valoración de los pensamientos.

Cont. Tabla 8

<i>Sesiones</i>	<i>Contenido</i>
5	Trabajo de activación conductual para la mejora del estado de ánimo y los problemas de sueño. Psicoeducación sobre la importancia de los pensamientos y el proceso fusión pensamiento-acción. Trabajo orientado a la disminución de la frecuencia de las compulsiones de menor riesgo o relevancia para el paciente.
6	Trabajo de activación conductual, reducción de la frecuencia de compulsiones puras y trabajo de la línea de vida.
7	Psicoeducación acerca de las conductas de re-aseguración, así como, la importancia y valoración de los pensamientos. Exposición con prevención de respuesta
8	Psicoeducación y trabajo de conductas cognitivas orientadas al contenido sexual.
9-10	Trabajo sobre conductas de reaseguración y comprobación, específicamente sobre el proceso fusión pensamiento-acción.
11	Trabajo acerca de la importancia de los pensamientos. Exposición con prevención de respuesta. Trabajo de focalización atencional, orientado a la mejora del estado de ánimo.
12	Exposición con prevención de respuesta.
13	Exposición a estímulos que evocan la aparición de obsesiones y compulsiones.
14	Psicoeducación emocional, trabajo de comunicación y habilidades de afrontamiento interpersonales, creencias y validación emocional.

Cont. Tabla 8

<i>Sesiones</i>	<i>Contenido</i>
15-16	Exposición a pensamientos y creencias relacionados con la orientación sexual. Psicoeducación emocional, trabajo orientado a la identificación, reacción y validación emocional. Trabajo de habilidades de afrontamiento.
Vacaciones de verano	No acude a terapia
17-18	Exposición con prevención de respuesta y trabajo orientado a la reducción de la hipervigilancia. Psicoeducación emocional orientada a la mejora del estado anímico.
19	Exposición con prevención de respuesta y psicoeducación del proceso del proceso cognitivo de TOC.
20	Exposición con prevención de respuesta
21	Exposición con prevención de respuesta y estrategias de asertividad con las chicas.
22	Exposición con prevención de respuesta.
23	Exposición con prevención de respuesta ante un estímulo infantil, concretamente un libro para niños. Psicoeducación en asertividad familiar.
24-25-26	Exposición con prevención de respuesta.
27	Exposición con prevención de respuesta. Disminución del hiper control sobre el horario (disminución de la elaboración de listas de lo que tiene que hacer diariamente)
Vacaciones de Navidad	No acude a terapia en un mes.

Cont. Tabla 8

<i>Sesiones</i>	<i>Contenido</i>
28	Exposición con prevención de respuesta y psicoeducación acerca de las recaídas.
29	Exposición con prevención de recaídas.

6. Valoración del tratamiento

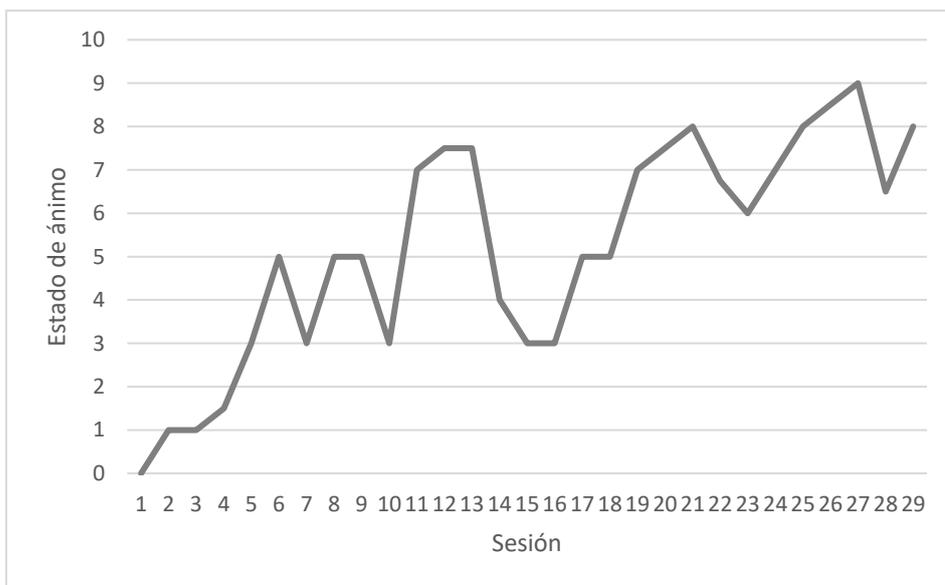
Es importante mencionar que este caso aún se encuentra en activo, donde el paciente acude a terapia cada quince días. Tras los resultados obtenidos en las medidas de las escalas aplicadas, así como los avances del proceso terapéutico, cabe resaltar que actualmente el paciente refiere la reducción de las compulsiones puras, así como de la reducción de las obsesiones y conductas cognitivas de reaseguración relacionadas con ancianos, personas del sexo contrario o animales. Actualmente el foco de la intervención clínica está centrado en niños, refiriendo que es la temática que más le afecta, dada la vulnerabilidad de dicha población. Las relaciones personales con las chicas se encuentran en un estado más normalizado, donde incluso se plantea el inicio de una relación sentimental.

Desde la primera sesión se ha llevado a cabo una valoración del estado de ánimo del paciente sesión a sesión. En la figura 2, se puede observar detalladamente su evolución, así como las fluctuaciones producidas a lo largo de la intervención. Del mismo modo se exponen figuras que detallan la

evolución del proceso de intervención a través de medidas pre, inter y post, de todos los cuestionarios aplicados, salvo del Inventario de Padua y del OBQ-44, de los que solo se dispone de medidas pre y post.

Figura 2

Evolución de la valoración del estado de ánimo con el periodo entre sesiones

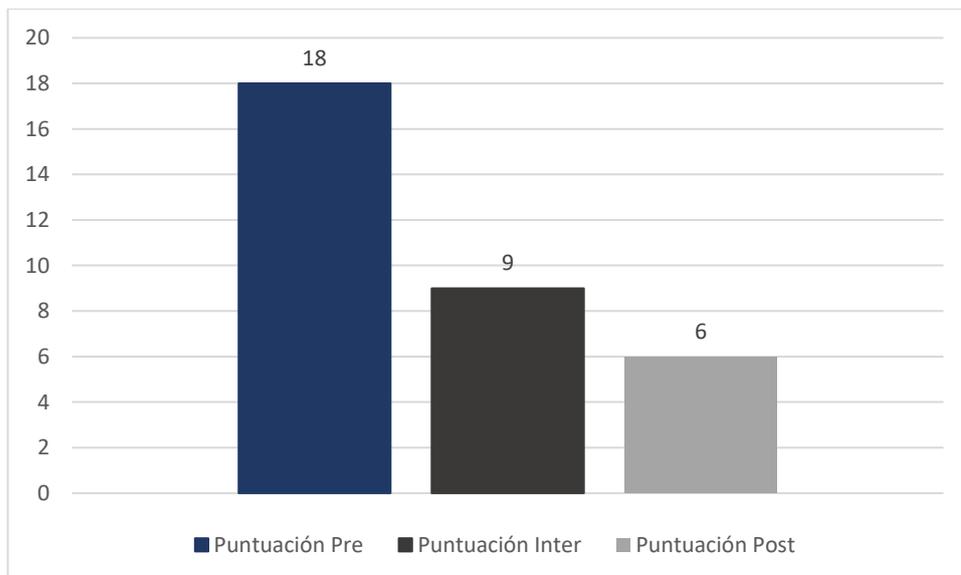


En la figura 2 se observa la evolución del estado anímico sesión a sesión. Resaltando una mejora en el inicio de la terapia y con periodos que fluctúan. El descenso que se observa a partir de la sesión decimoquinta está mediado por el periodo vacacional en el mes de agosto, donde el paciente no acude a terapia y de igual forma, la vigésimo séptima sesión coincide con las vacaciones de Navidad.

Dichos datos informan sobre la importancia de la terapia como un espacio de seguridad que otorga al paciente la posibilidad de expresarse y crecer en la problemática que sufre. La ausencia de este puede dar lugar a pequeñas recaídas durante el proceso terapéutico.

Figura 3

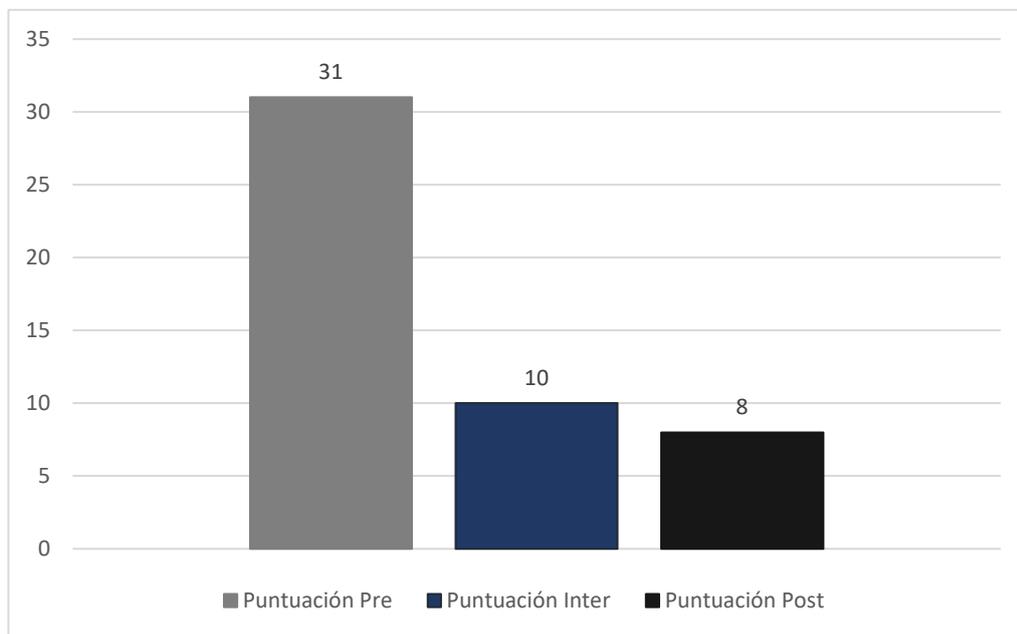
Evolución de los resultados del BDI-II



El paciente experimentó una reducción significativa en la sintomatología depresiva a lo largo de la intervención, obteniendo una puntuación de 18 (depresión leve) en la evaluación. Un mes después del inicio de la terapia, obtiene una puntuación de 9 (depresión mínima) y 6 meses después se mantiene en el rango de depresión mínima como se detalla en la figura 3.

Figura 4

Evolución de los resultados del BAI



Como se detalla en la figura 4, en el caso de las puntuaciones del BAI se produce una reducción significativa de la ansiedad, obteniendo en el inicio de la terapia una puntuación de 31 (ansiedad moderada), que disminuye significativamente al mes de acudir a terapia, obteniendo una puntuación de 10 (ansiedad muy baja) y que se mantiene en el tiempo en la medida post.

Figura 5

Puntuaciones del paciente en el SCL-90-R durante el proceso de evaluación

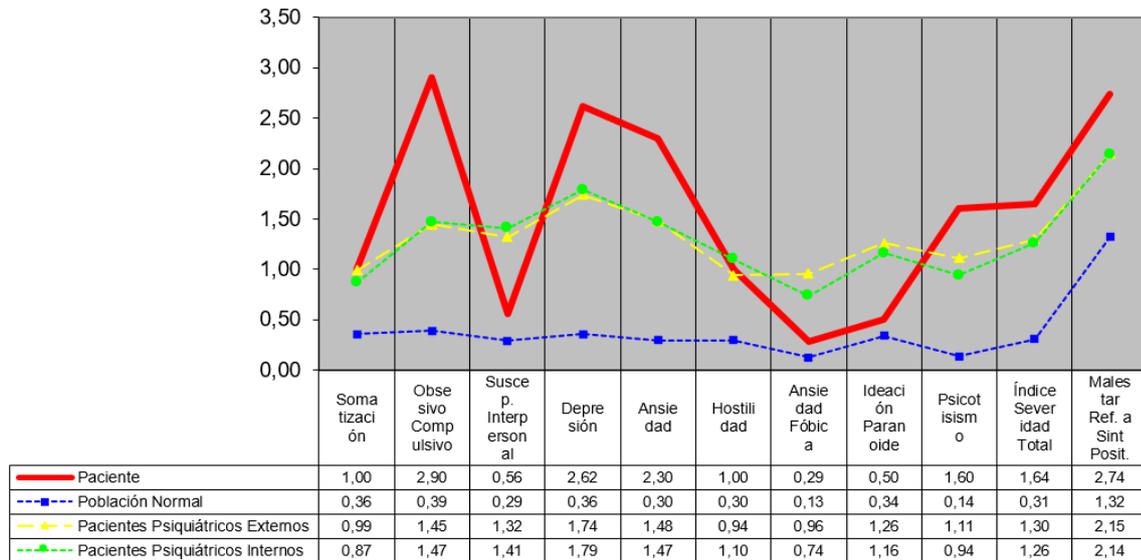


Figura 6

Puntuaciones inter tratamiento en el SCL-90-R

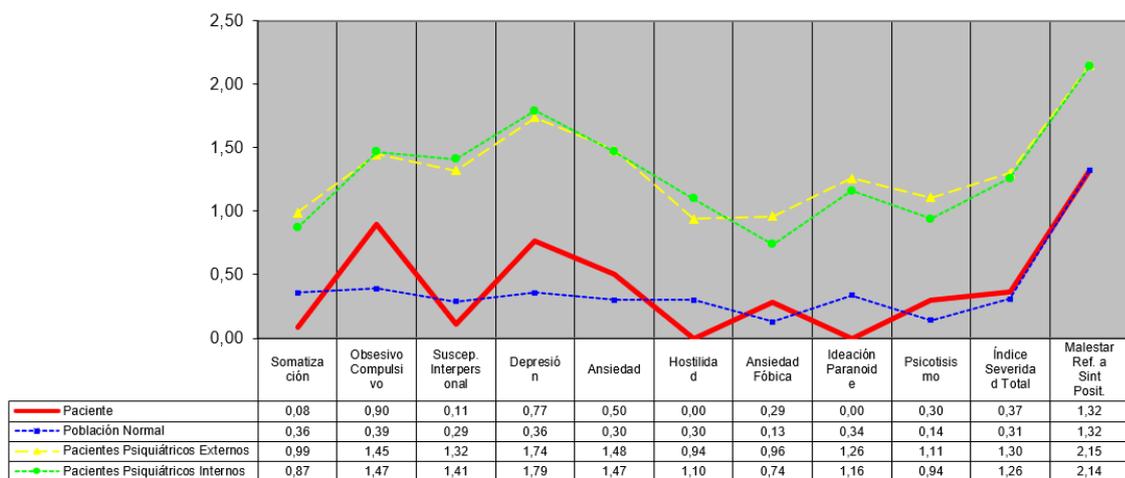
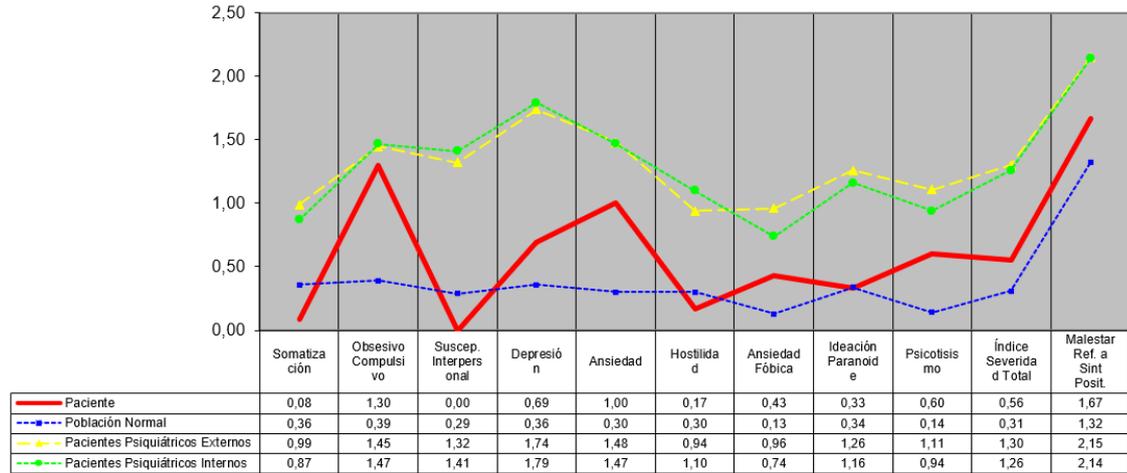


Figura 7

Puntuaciones post tratamiento en el SCL-90-R

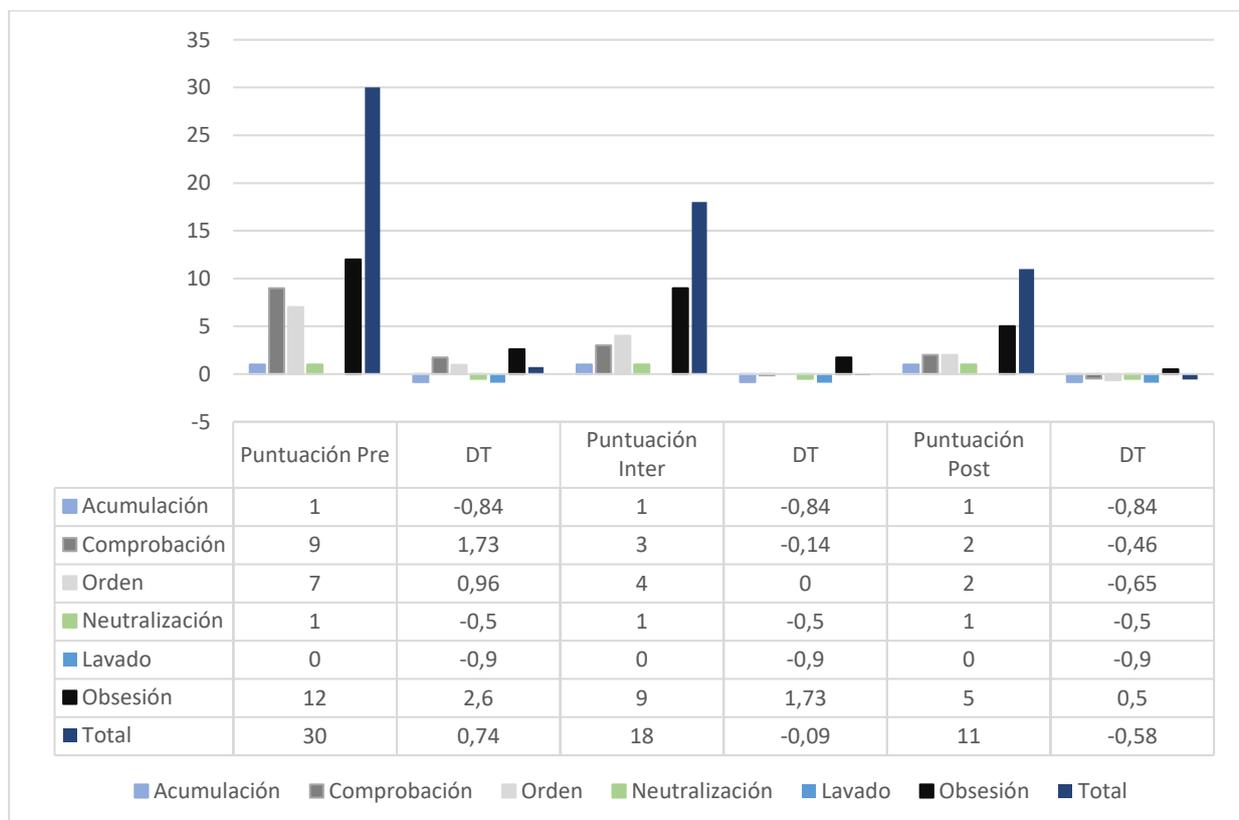


En comparación con las medidas obtenidas durante la evaluación se puede observar una disminución en las puntuaciones tanto en la medida inter como post. En el inicio de la terapia, el paciente obtenía puntuaciones destacables con relación a la población normal en la escala obsesivo-compulsiva, en depresión y ansiedad, además del índice de severidad total, así como en el malestar referido a síntomas positivos. En la medida inter, un mes después de comenzar la terapia, como se aprecia en la figura 6, las puntuaciones en las escalas mencionadas con anterioridad se asemejan más a las puntuaciones que se observan en la población normal. Con relación a las puntuaciones obtenidas en el post tratamiento, como se puede ver en la figura 7, se produce un aumento de la puntuación en la escala de obsesión, ansiedad, en el índice de severidad total, así como en el de malestar referido a

sintomatología positiva. El aumento de las puntuaciones en dichas escalas se ha visto influido por la aparición de acontecimientos estresantes en la vida del paciente ya que en ese momento refiere compaginar los estudios en la universidad, el trabajo y la gestión de una mudanza en un periodo de tiempo muy limitado.

Figura 8

Evolución de los resultados del OCI-R



Como se puede apreciar en la figura 8, se puede observar una mejora muy significativa, en las subescalas de obsesión, orden y comparación, con relación a las medidas obtenidas en el inicio de la terapia, la medida inter y post. Señalando los resultados obtenidos especialmente en la escala de obsesión, si se compara la medida pre y post, tras los 9 meses de terapia. En el inicio, el paciente se situaba en 2,6 DT por encima de la media de la población normal, en la medida pre se reduce a 1,7 DT y en el post se sitúa en 0,5DT por encima de la media de la población normal.

Figura 9

Evolución de los resultados del Inventario de Padua

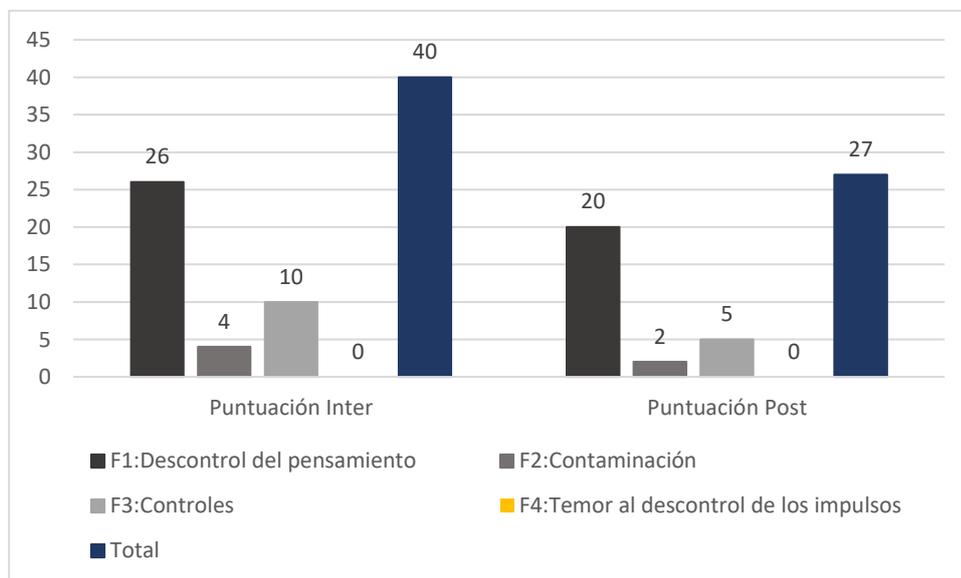
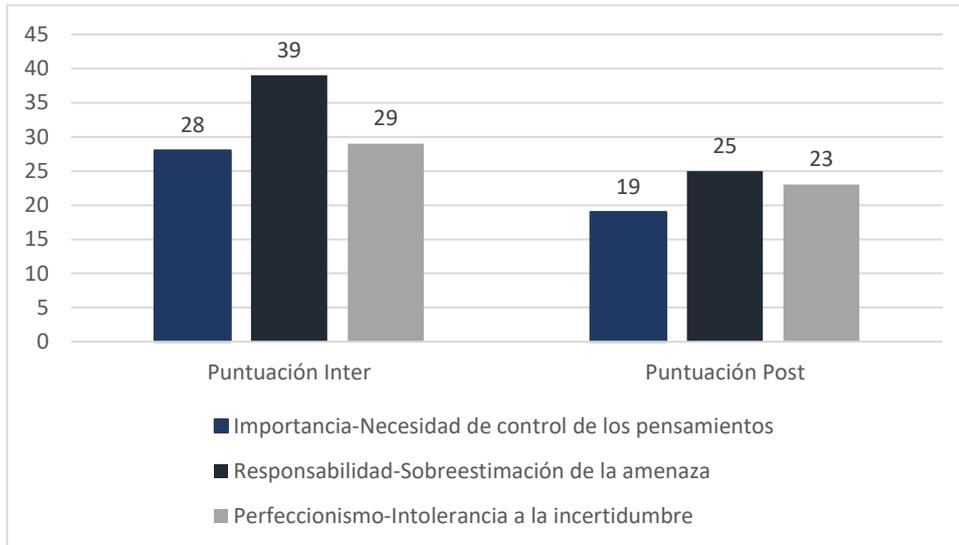


Figura 10

Evolución de los resultados del Inventario OBQ-44



Como se observa en la figura 9, en el Inventario de Padua se obtiene una mejora en la puntuación total, presentando especial atención a la disminución de las puntuaciones obtenidas en la subescala F1 correspondiente a descontrol del pensamiento, y en la subescala F3 referida a controles. En la figura 10, correspondiente al OBQ-44, se observa una disminución de las puntuaciones obtenidas en las subescalas de importancia/ necesidad de control de los pensamientos y en responsabilidad/ sobreestimación de la amenaza.

De cara a la adherencia al tratamiento, el paciente siempre ha mostrado una actitud muy colaborativa, acudiendo de forma regular a terapia, así como en el compromiso respecto a las tareas o instrucciones que se le han encomendado. En relación con los objetivos de la intervención donde más dificultades se han podido encontrar, se relacionan con la rigidez cognitiva que mostraba el paciente, ante la visión de lo que son los pensamientos, la importancia y el poder que tienen sobre lo que se hace, lo cual requirió de mucha psicoeducación sobre el proceso cognitivo de TOC, así como del uso de la técnica de ERP como una de las técnicas principales.

7. Discusión y conclusiones

La intervención aquí presentada, un caso clínico basado en la evidencia mediante la aplicación combinada de la ERP y la TCC en un caso de TOC con obsesiones de contenido sexual y compulsiones sin obsesión asociada, ha demostrado su eficacia a través de las medidas aplicadas durante el proceso de intervención. Cabe mencionar que este caso aún continúa activo y el paciente acude a terapia cada quince días. Con relación a los objetivos propuestos al inicio de la intervención clínica, el paciente ha conseguido una comprensión más amplia sobre la problemática que sufre, así como de los procesos del TOC. Ha aumentado su flexibilidad psicológica, modificando creencias disfuncionales y el valor e importancia que le daba a los pensamientos. Esto se ha llevado a cabo

mediante el trabajo del proceso (fusión pensamiento-evento), creencias relacionadas con que un pensamiento intruso pueda causar que una situación ocurra y (fusión pensamiento-acción) trabajando las creencias relacionadas con el poder de que un pensamiento de lugar a que uno realice acciones no deseada. De igual forma, ha mejorado en la identificación y regulación del proceso emocional, así como en el desempeño de habilidades que faciliten una comunicación más asertiva con su entorno. Las compulsiones puras se han reducido en su totalidad y las obsesiones relacionadas con animales, ancianos y personas de mismo sexo, manifiestan una baja aparición, centrándose actualmente el foco de la terapia, en la exposición con niños. Actualmente, el paciente refiere que su bienestar y estado de ánimo ha mejorado significativamente e incluso ha retomado las relaciones personales con las chicas, declarando que en un futuro le gustaría iniciar una relación sentimental.

Desde un punto de vista más crítico, es importante mencionar cómo en la historia del paciente ya se presentaban conductas subclínicas originadas por determinadas situaciones de la infancia y en la adolescencia, que se manifestaban a través de compulsiones puras de orden sin obsesión asociada, así como, conductas cognitivas de reaseguración, que empleaba como estrategia para reducir la respuesta ansiosa. Resulta relevante observar cómo a partir de la conversación sobre los efectos de los anabolizantes en la respuesta sexual, el caso se hace clínico y el paciente acude a terapia. Esto se debe al malestar experimentado a causa de la controversia que se genera entre el concepto de “masculinidad” y su percepción de identidad “esto no soy yo”.

Este tipo de casos son complejos y requieren una mirada más amplia al proceso de TOC, ya que no suelen presentarse con una compulsión pura y obsesión asociada. Igualmente, no experimentan una mejora lineal, sino, que suelen verse muy influenciados por acontecimientos potencialmente estresantes, produciéndose un empeoramiento de los síntomas. En la literatura, autores como Freeston y Ladouceur (1997) refieren que los estados de ánimo negativos y los acontecimientos estresantes no solo se asocian con la aparición del TOC, sino con un empeoramiento de los síntomas. El bajo estado de ánimo experimentado por el paciente no solo es consecuencia del sufrimiento de la sintomatología, si no que a su vez influye negativamente, debido al cese de actividades, lo que da lugar a una pérdida de los reforzadores y a un incremento del estado de ánimo depresivo. Estudios epidemiológicos y clínicos refieren que entre el 13% y el 75% de los pacientes con TOC presentan un trastorno depresivo mayor (Quarantini et al., 2011).

Si analizamos las limitaciones del estudio son varias las que hay que tener en cuenta. En primer lugar, debe destacarse, que este estudio aún continúa en activo. Otra limitación relevante, es que es un estudio de caso único, donde la ausencia de controles impide obtener conclusiones causales y la falta de mayor medición genera un impacto en la extracción de información más precisa sobre el estado de mejora o empeoramiento del paciente. Otra limitación importante, es que, aunque se han empleado un total de 6 escalas de medición, el Inventario de Padua y el OBQ-44 no se emplearon en el proceso de evaluación, por lo que no hay una medida pretratamiento con la que comparar resultados.

En futuras intervenciones propondría el uso de la Escala de Fusión Pensamiento-Acción (Thought-Action Fusion Scale, TAFS; Shafran, Thordarson y Rachman, 1996) que consta de 19 ítems y evalúa en qué medida la persona da el mismo valor al pensamiento y la acción. El instrumento consta de tres subescalas que miden la probabilidad para otros de la fusión pensamiento-acción (FPA): tener un pensamiento inaceptable o perturbador acerca de otra gente hace más probable que suceda. Mide la probabilidad para sí mismo de FPA: tener un pensamiento inaceptable o perturbador sobre sí mismo hace más probable que suceda, FPA moral: tener un pensamiento inaceptable o perturbador es lo mismo que realizar la acción que consta de un mayor número de ítems que las otras subescalas. Su aplicación durante el proceso terapéutico podría mostrar medidas más específicas de la importancia que el paciente da a sus pensamientos y creencias, además de usarse para facilitar la comprensión de los procesos de TOC. Con relación a otro tipo de intervenciones y debido a la evitación experiencial que caracteriza al TOC, la terapia de Aceptación y Compromiso, podría ser una buena elección para el tratamiento. Varios estudios sugieren que puede ser eficaz para el TOC de cara al post tratamiento y en el seguimiento a los 3 meses (Twohig et al., 2010).

De cara a futuras líneas de investigación, por un lado, la complejidad en el abordaje de este tipo de casos pone de manifiesto la necesidad de seguir investigando para conseguir tratamientos eficaces en la práctica clínica real. Por otro lado, según la literatura actual, las obsesiones de contenido sexual se presentan con una frecuencia más elevada en los hombres que en las mujeres, lo cual plantea la

necesidad de seguir abordando todas las variables que intervienen en la aparición de las obsesiones de contenido sexual en el proceso de TOC.

8. Referencias bibliográficas

- Abramowitz, J. S., y Jacoby, R. J. (2014). Obsessive-compulsive disorder in the DSM-5. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 221-235.
- Abramowitz, J.S., Foa, E.B. y Franklin, M.E. (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 394-398.
- Abramowitz, J.S., Foa, E.B. y Franklin, M.E. (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 394-398.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Angelakis, I., Gooding, P., TARRIER, N. y Panagioti, M. (2015). Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 39, 1-15.

- Anholt, G., Kempe, P., de Haan, E., van Oppen, P., Cath, D., Smit, J., et al. (2008). Cognitive versus behavior therapy: processes of change in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *77*, 38-42.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Berry, L. y Laskey, B. (2012). A review of obsessive intrusive thoughts in the general population. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, *1*, 125-132.
- Bloch, M. H., Bartley, C. A., Zipperer, L., Jakubovski, E., Landeros-Weisenberger, A., Pittenger, C. y Leckman, J. F. (2014). Meta-analysis: Hoarding symptoms associated with poor treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*, *19*, 1025-1030.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. y Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*, 585-599.
- Cassin, S. E. y Rector, N. A. (2011). Psychological models of obsessive compulsive and Spectrum disorders. From pshycoanalytic to behavioral conceptualizations. En G. Steketee (Ed.), *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders* (pp. 209-232). Oxford: Oxford University Press.
- Chacon, P., Bernardes, E., Faggian, L., Batistuzzo, M., Moriyama, T., Miguel, E. C., & Polanczyk, G. V. (2018). Obsessive-compulsive symptoms in children with first degree relatives

- diagnosed with obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(4), 388-393. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2321>
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. Guilford Press.
- Clark, D. A., y Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28(3), 161-167.
- Cruzado, J.A. (1993). *Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual II*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Diedrich, A., & Voderholzer, U. (2015). Obsessive–Compulsive Personality Disorder: A Current Review. *Current Psychiatry Reports*, 17(2), 2. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0547-8>
- Fals-Stewart, W. y Lucente, S. (1993). Una tipología de grupo MCMI de obsesivo-compulsivos: una medida de las características de la personalidad y su relación con la participación en el tratamiento, el cumplimiento y el resultado en la terapia conductual. *Revista de Investigación en Psiquiatría*, 27, 139-154.
- Fernández de la Cruz, L., Barrow, F., Bolhuis, K., Krebs, G., Volz, C., Nakatani, E., Heyman, I., & Mataix-Cols, D. (2013). Sexual obsessions in pediatric obsessive-compulsive disorder: clinical characteristics and treatment outcomes: Research Article: Sexual Obsessions in Pediatric OCD. *Depression and Anxiety*, 30(8), 732-740. <https://doi.org/10.1002/da.22097>

- Freeston, M.H y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento de las obsesiones. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, págs. 137-169). Madrid: Siglo XXI.
- Freeston, M.H, Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rhéaume, J., Letarte, H. y Bujold, A. (1997). Cognitivebehavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 405-413.
- Fullana, M. A., Vilagut, G. G., Rojas-Farreras, S. S., Mataix-Cols, D. D., de Graaf, R. R., Demyttenaere, K. K., . . . Alonso, J. J. (2010). Obsessive–compulsive symptom dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*, 124, 291-299.
- Fullana, M.A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andi6n, O., Torrubia, R. y Mataix-Cols, D. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 893-903.
- García-Soriano, G. (2008). Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones clínicas: contenidos y significado personal. Universidad de Valencia, Tesis Doctoral. Recuperada de <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/10164/GARCIA.pdf?sequence=1>
- Goodman, W. K., Grice, D. E., Lapidus, K. A. B., & Coffey, B. J. (2014). Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(3), 257-267. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.06.004>

- Grisham, J. R., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Poulton, R. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive–compulsive symptom dimensions and obsessive–compulsive disorder. *Psychological Medicine*, *41*(12), 2495-2506. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000894>
- Hollander, E. (1993). Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatric Annals*, *23*(7), 355-358.
- Hollander, E., Kim, S., Braun, A., Simeon, D., y Zohar, J. (2009). Cross-cutting issues and future directions for the OCD spectrum. *Psychiatry Research*, *170*(1), 3-6.
- Keeley, M., Storch, E., Merlo, L. y Geffken, G. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, *28*, 118-130.
- Kozak, MJ, Liebowitz, MR y Foa, EB (2000). Terapia cognitiva conductual y farmacoterapia para el TOC: El estudio colaborativo patrocinado por el NIMH. En W. Goodman, M. Rudorfer y J. Maser (eds.), *Trastorno obsesivo compulsivo: Problemas contemporáneos en el tratamiento* (pp. 501-530). Mahwah: Erlbaum.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, Pub. L. No. Ley Orgánica 3/2018, BOE-A-2018-16673 119788 (2018). <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>.

- Lindsay, M., Crino, R., & Andrews, G. (1997). Ensayo controlado de exposición y prevención de respuesta en el trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista Británica de Psiquiatría*, *171*, 135-139.
- López-Solà, C., Fontenelle, L.F., Bui, M., Hopper, J.L., Pantelis, C., Yücel, M., . . . Harrison, B.J. (2016). Aetiological overlap between obsessive-compulsive related and anxiety disorder symptoms: multivariate twin study. *British Journal of Psychiatry*, *208*, 26-33.
- M. C., Fontanelle, L. F., Ferrao y Hounie, A. G. (2011). Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Comprehensive Psychiatry*, *52*(4), 386-393.
- Mathis, M., Alvarenga, P., Funaro, G., Torresan, R., Moraes, I., Torres, A., . . . Hounie, A. (2011). Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, *33*, 390-399.
- Miller, M. L. y Brock, R. L. (2017). The effect of trauma on the severity of obsessive-compulsive spectrum symptoms: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *47*, 29-44.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. Nueva York: Wiley.
- Muñoz, M., & Vázquez, C. (2002). Entrevista diagnóstica en salud mental. Síntesis.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 863-878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part 2:

- Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and interpretation of intrusions inventory-Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (11), 1527-1542. <https://doi: 10.1016/j. brat.2004.07.010>
- O'Connor, K., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Robillard, S., et al. (2005). Evaluation of an inferencebased approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 148-163.
- Pauls, D. L., Abramovitch, A., Rauch, S. L., & Geller, D. A. (2014). Obsessive–compulsive disorder: An integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(6), 410-424. <https://doi.org/10.1038/nrn3746>
- Purdon, C. (2004). Empirical investigations of thought suppression in OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(2), 121-136.
- Purdon, C., Rowa, K., y Antony, M. M. (2005). Thought suppression and its effects on thought frequency, appraisal and mood state in individuals with obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(1), 93-108.
- Purdon, C., y Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 6(2), 102-110.
- Quarantini, L. C., Torres, A. R., Sampaio, A. S., Fossaluzza, V., de Mathis, M. A., Do Rosário,

- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793–802.
- Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford: Oxford University Press.
- Rector, N., Cassin, S., Richter, M. y Burroughs, E. (2009). Obsessive beliefs in first-degree relatives of patients with OCD: A test of the cognitive vulnerability model. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 145-149.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., y Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53-63.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571-583.
- Salkovskis, P.M. (1999): Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37, S 29-S52.
- Salkovskis, P.M. y Kirk, J. (1989). Obsessional disorders. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 129-168). Oxford: Oxford University Press.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177
- Sanz, J. y Navarro, M.E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión Española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59-84.

- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Shafran, R., Thordarson, M.A. y Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.
- Steketee, G. (1999). *Overcoming obsessive compulsive disorder: A behavioral and cognitive protocol for the treatment of OCD*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Hamlin, C., Foa, E. B., y Synodi, D. S. (2002). Attributions for thought suppression failure in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 505-517.
- Torres, A. R., Shavitt, R. G., Torresan, R. C., Ferrão, Y. A., Miguel, E. C., & Fontenelle, L. F. (2013). Clinical features of pure obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 1042-1052.
- Twohig, M P., Hayes, S.C., Plumb, J.C., Pruitt, L.D., Collins, A.B., Hazlett-Stevens, H., et al. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705–716.

Vallejo, M.A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 337-353). Madrid: Pirámide.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guildford.

9. ANEXOS

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS DE SESIONES DE PSICOTERAPIA

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos de participación en las sesiones de psicoterapia. Léalo atentamente y consulte con el/la terapeuta todas las dudas que se le planteen.

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA RECOGIDA DE DATOS DE LAS SESIONES

Desde En Equilibrio Mental, ubicado en Calle de Diego de León, 51, 1º D, 28006 Madrid, se lleva a cabo una recogida de información de las sesiones de psicoterapia con fines formativos y de desarrollo profesional para los/las terapeutas que realizan su labor en el centro. Los datos recogidos podrán emplearse para el desarrollo de trabajos de investigación.

2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación e investigación y solamente por parte del equipo de terapeutas que desempeña su labor en el centro, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea dejar de participar, rogamos que nos lo comuniqué y a partir de ese momento se dejarán de utilizar sus datos con fines de formación y desarrollo profesional.

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

En Equilibrio Mental

Yo, Don/Dña. he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la recogida de datos de las sesiones de psicoterapia y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación, investigación y desarrollo profesional para el equipo de terapeutas del centro.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, consiento en participar y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

En, a de de 20.....

Firmado:

Don/Dña.:

SCL -90- R

L.R. Derogatis (1999)

Nombre: Edad:

Fecha de evaluación: Evaluador:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla que corresponda, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana.

	Problemas	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1	Dolores de cabeza					
2	Nerviosismo					
3	Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza					
4	Sensación de mareo o desmayo					
5	Falta de interés en relaciones sexuales					
6	Criticar a los demás					
7	Sentir que otro puede controlar mis pensamientos					
8	Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9	Tener dificultad para memorizar cosas					
10	Estar preocupado/a por mi falta de ganas de hacer algo.					
11	Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12	Dolores en el pecho.					
13	Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14	Sentirme con muy pocas energías.					
15	Pensar en quitarme la vida.					
16	Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17	Temblores en mi cuerpo.					
18	Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19	No tener ganas de comer.					
20	Llorar por cualquier cosa.					
21	Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22	Sentirme atrapado/a o encerrado/a					
23	Asustarme de repente sin razón alguna.					
24	Explotar y no poder controlarme.					
25	Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26	Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27	Dolores en la espalda.					
28	No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29	Sentirme solo/a.					
30	Sentirme triste.					
31	Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32	No tener interés por nada.					
33	Tener miedos.					
34	Sentirme heridos en mis sentimientos.					
35	Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36	Sentir que no me comprenden.					

37	Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.				
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.				
39	Mi corazón late muy fuerte, se acelera.				
40	Náuseas o dolor de estómago.				
41	Sentirme inferior a los demás.				
42	Calambres en manos, brazos y piernas.				
43	Sentir que me vigilan o que hablan de mí.				
44	Tener problemas para dormir.				
45	Tener que controlar una o más veces lo que hago.				
46	Tener dificultades para tomar decisiones.				
47	Tener miedo de viajar en bus, u otros.				
48	Tener dificultades para respirar bien.				
49	Ataques de frío o de calor.				
50	Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.				
51	Sentir que mi mente queda en blanco.				
52	Hormigueos en alguna parte del cuerpo.				
53	Tener un nudo en la garganta.				
54	Perder las esperanzas en el futuro.				
55	Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.				
56	Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.				
57	Sentirme muy nervioso/a, agitado/a.				
58	Sentir mis brazos y piernas muy pesados.				
59	Pensar que me estoy por morir.				
60	Comer demasiado.				
61	Sentirme incómodo/a o lastimar a alguien.				
62	Tener ideas, pensamientos que no son los míos.				
63	Necesitar golpear o lastimar a alguien.				
64	Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.				
65	Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.				
66	Dormir con problemas, muy inquieto.				
67	Necesitar romper o destrozar cosas.				
68	Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.				
69	Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.				
70	Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.				
71	Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.				
72	Tener ataques de mucho miedo o de pánico.				
73	Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.				
74	Meterme muy seguido en discusiones.				
75	Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a				
76	Sentir que los demás no me valoran como merezco.				
77	Sentirme solo/a aún estando con gente.				

78	Estar inquieto/a, no poder estar sentado /a sin moverme.					
79	Sentirme un/a inútil.					
80	Sentir que algo malo me va a pasar.					
81	Gritar o tirar cosas.					
82	Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83	Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84	Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85	Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86	Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87	Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88	Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89	Sentirme culpable.					
90	Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

OCI-R

Las siguientes afirmaciones se refieren a experiencias que muchas personas tienen en tu vida cotidiana. Rodea con un círculo el número que mejor describe CUÁNTO malestar o molestia te ha producido esta experiencia durante el último mes. Las cifras se refieren a las siguientes categorías:

0= En absoluto/Ninguno/Nada
1= Un poco
2= Bastante
3= Mucho
4= Muchísimo

1. Acumular cosas hasta el punto que le estorban.	0	1	2	3	4
2. Comprobar las cosas más a menudo de lo necesario.	0	1	2	3	4
3. Que las cosas no estén bien ordenadas.	0	1	2	3	4
4. Sentir la necesidad de contar mientras está haciendo cosas.	0	1	2	3	4
5. Tocar un objeto cuando sabe que lo han tocado desconocidos o ciertas personas.	0	1	2	3	4
6. No poder controlar sus propios pensamientos.	0	1	2	3	4
7. Acumular cosas que no necesita.	0	1	2	3	4
8. Comprobar repetidamente puertas, ventanas, cajones, etc.	0	1	2	3	4
9. Que los demás cambien la manera en que ha ordenado las cosas.	0	1	2	3	4
10. Tener necesidad de repetir ciertos números.	0	1	2	3	4
11. Tener a veces que asearse o lavarse por el mero hecho de sentirse contaminado/a.	0	1	2	3	4
12. Tener pensamientos desagradables en contra de su voluntad.	0	1	2	3	4
13. Sentirse incapaz de tirar cosas por temor a necesitarlas después.	0	1	2	3	4
14. Comprobar repetidamente el gas, el agua y la luz después de haberlos cerrado/apagado.	0	1	2	3	4
15. Tener la necesidad que las cosas estén ordenadas de una determinada manera.	0	1	2	3	4
16. Sentir que existen números buenos y malos.	0	1	2	3	4
17. Lavarse las manos más a menudo y durante más tiempo de lo necesario.	0	1	2	3	4
18. Tener con frecuencia pensamientos repugnantes y que le cueste librarse de ellos.	0	1	2	3	4

The Obsessive-compulsive Inventory short version. Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kitchic, R., Hajcak, G., et al. (2002) *Psychological Assessment*, 14, 485-495. Traducción española de Fullana, M.A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andino, O., Torrubia, R., y Mataix-Cols, D. (2004). *Anxiety Disorders*.

INVENTARIO DE PADUA
(Sanavio, 1988)

Nombre y apellidos: _____ Fecha de hoy: ___/___/___
Edad: _____ Sexo: M F Condición: B S Carpeta N.º

Instrucciones: Las frases siguientes hacen referencia a algunos pensamientos, ideas, acciones o temores que cualquiera puede tener a diario. Para cada frase elija la respuesta que mejor describe lo que a usted le sucede y el grado en que lo perturban tales acciones o pensamientos. Marque entonces la respuesta, a la izquierda de la frase, con los siguientes números:

- 0 = Para nada.
- 1 = Poco.
- 2 = Bastante.
- 3 = Mucho.
- 4 = Muchísimo.

Preguntas

- 1* Siento mis manos sucias cuando toco dinero.
- 2* Creo que el menor contacto con mis secreciones (transpiración, saliva, orina, etc.) puede contaminar mis ropas.
- 3* Me resulta difícil tocar algún objeto cuando sé que ha sido tocado por extraños o por determinadas personas.

2 / Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos

- 4* Me cuesta tocar desperdicios o cosas sucias.
- 5* Evito usar baños públicos por temor a contagiarme o enfermar.
- 6* Evito usar teléfonos públicos por temor a contagiarme o enfermar.
- 7* Me lavo las manos más veces y por más tiempo de lo necesario.
- 8* A veces tengo que lavarme porque pienso que estoy sucio o contaminado.
- 9* Si toco algo que pienso que está «contaminado», tengo que lavarme o limpiarme inmediatamente.
- 10* Si un animal me toca o me roza, me siento sucio, y tengo que lavarme y cambiarme de ropa inmediatamente.
- 11@ Cuando tengo dudas o preocupaciones no puedo estar tranquilo hasta que lo hablo con alguien que me da seguridad.
- 12 Tiendo a repetir las mismas cosas o las mismas frases cuando hablo.
- 13 Tengo la costumbre de pedir que me repitan las cosas aunque las haya entendido la primera vez.
- 14 No puedo dejar de seguir cierto orden cuando me visto o me desvisto en el baño.
- 15 Antes de ir a dormir tengo que hacer ciertas cosas en cierto orden.
- 16 Antes de meterme en la cama tengo que doblar la ropa de cierta manera.
- 17 A veces tengo que repetir números mentalmente sin ninguna razón.
- 18Pt Tengo que hacer las cosas varias veces para asegurarme de que están bien hechas.
- 19Pt Tiendo a controlar las cosas con más frecuencia de lo necesario.
- 20Pt Controlo las llaves de gas o las luces varias veces cuando las cierro o apago.

Evaluación del trastorno obsesivo-compulsivo / 3

- 21Pt He tenido que volver a mi casa (u oficina) para asegurarme de que las puertas o ventanas (o luces, llaves, etc.) quedaron cerradas.
- 22Pt Leo y releo las planillas, documentos, cheques, etc., una y otra vez para estar seguro de que están bien hechos.
- 23Pt Tengo que controlar si los fósforos, o colillas, quedaron bien apagados.
- 24Pt Cuando manejo dinero, lo cuento y recuento una y otra vez.
- 25Pt Controlo las cartas varias veces antes de enviarlas al correo.
- 26@ Me resulta difícil tomar decisiones aun ante cosas simples.
- 27@ A veces no estoy seguro de si hice algo que realmente sé que he hecho.
- 28@ Al hablar, tengo la impresión de que jamás sé explicarme con claridad, especialmente cuando se trata de algo importante.
- 29@ Después de hacer algo cuidadosamente, sigo con la impresión de haberlo hecho mal o de que no lo terminé.
- 30@ A menudo llego tarde porque me demoro haciendo ciertas cosas por más tiempo del necesario.
- 31@ Me invento dudas y problemas con la mayor parte de las cosas que hago.
- 32@ Cuando empiezo a pensar en algo me obsesiono con ello.
- 33@ Me vienen ideas malas en contra de mi voluntad y no las puedo evitar.
- 34@ Pienso malas palabras y no me las puedo sacar de la cabeza.
- 35@ Se me va la mente a otras cosas, y me cuesta prestar atención a lo que sucede a mi alrededor.
- 36@ Imagino consecuencias catastróficas por mis distracciones o por mi más pequeño error.

4 / Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos

- 37@ Me preocupa pensar que pude herir a alguien sin saberlo.
- 38@ Cuando me entero de algún desastre (catástrofe), pienso que pudo ser mi culpa.
- 39 A veces me preocupo sin razón creyendo tener alguna enfermedad o que me han hecho algún daño.
- 40 A veces, empiezo a contar objetos sin ninguna razón.
- 41 Creo que algunas veces tengo que memorizar números que no son importantes.
- 42 Cuando leo me parece que he omitido algo importante y tengo que volver a leer dos o tres veces.
- 43@ Me preocupo por acordarme de cosas sin importancia y hago un esfuerzo por no olvidarlas.
- 44@ Cuando me viene un pensamiento o una duda, «tengo que darle vueltas y vueltas», y no puedo parar hasta analizarla desde todos los ángulos.
- 45 En ciertas ocasiones tengo miedo de perder el control y cometer torpezas.
- 46) Cuando miro desde un lugar alto (como una ventana, un balcón o un puente), siento como el impulso de tirarme.
- 47) Cuando se acerca un tren, pienso si no podría tirarme bajo las ruedas.
- 48 En ciertos momentos, tengo el impulso de quitarme la ropa en público.
- 49) Cuando conduzco, siento el impulso de dirigir el coche contra alguien o contra algo.
- 50 Cuando veo armas de fuego me pongo nervioso y tengo ideas agresivas o de violencia.
- 51 Me hace mal ver cuchillos, tijeras u otros objetos puntiagudos.
- 52 A veces siento algo que me empuja a hacer cosas sin sentido, que yo no quiero hacer.

- 53) Necesito a veces romper cosas o dañarlas, sin ningún motivo.
- 54) A veces tengo el impulso de hurtar algo de otro, aunque no lo necesite.
- 55) Cuando voy al supermercado siento la tentación de llevarme algo.
- 56) Siento el impulso, a veces, como de dañar a un animal o a un niño indefenso.
- 57) Tengo la necesidad, a veces, de caminar de cierta manera o hacer ciertos gestos.
- 58) De vez en cuando me descontrolo para comer, aun cuando me siento mal después.
- 59@ Cuando me entero de algún crimen o de un suicidio, me pongo mal, y me resulta difícil dejar de pensar en eso.
- 60* Me invento preocupaciones sin sentido, sobre posibles enfermedades o gérmenes.

TOTAL =

F1@ = F2* = F3 Pt = F4) =

P4 =

Valoración

Puntuación total: suma de las puntuaciones de todos los ítems.

Factores

F1: *Descontrol del pensamiento*: Suma de las puntuaciones de los ítems marcados con @ (11, 16 a 38, 43, 44 y 59).

F2: *Contaminación*: Suma de las puntuaciones de los ítems marcados con * (1 a 10 y 60).

F3: *Controles*: Suma de las puntuaciones de los ítems marcados con Pt (18 a 25).

F4: *Temor al descontrol de los impulsos*: Suma de puntuaciones de los ítems marcados con) (46, 47, 49, 53, 54 y 57).

Puntuación 4

P4: Número de ítems que fueron valorados con respuesta 4.