



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

GRADO EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

CURSO 2024/2025

Modalidad: Propuesta de intervención

Título: Intervención psicológica en un caso de Trastorno Obsesivo Compulsivo: Una propuesta de intervención

Autora: Lucía Guilabert Martínez

Tutor/a académico/a: María José Quiles Sebastián

Elche, a 6 de junio de 2025

ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Método.....	9
3.1. Presentación del caso.....	9
3.2. Variables e instrumentos.....	10
3.3. Procedimiento.....	12
3.4. Resultados de la evaluación.....	13
3.5. Análisis funcional del caso.....	14
4. Objetivos.....	17
5. Descripción de la intervención.....	18
6. Descripción de las sesiones.....	18
7. Discusión y conclusiones.....	23
8. Bibliografía.....	26

1. Resumen

El presente estudio de caso presenta a Gonzalo, un joven de 27 años con un diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) caracterizado por pensamientos intrusivos. El TOC es un trastorno que se caracteriza por la presencia de pensamientos intrusivos llamados “obsesiones” que habitualmente van seguidos de conductas destinadas a reducir el malestar que generan las obsesiones, denominadas “compulsiones”. El tratamiento para el TOC con mayor evidencia es la Terapia Cognitivo-Conductual con Exposición con Prevención de Respuesta (TCC-EPR). El objetivo de esta propuesta de intervención, basado en la TCC-EPR, consiste en reducir el malestar generado por los pensamientos intrusivos, reducir los síntomas del TOC y mejorar el funcionamiento diario. Para este objetivo se han propuesto quince sesiones centradas en psicoeducación, en entrenamiento en habilidades y en la prevención de recaídas, cada sesión con una hora de duración. Para conseguir una propuesta de intervención que se ajuste a las necesidades del participante, se realizó una entrevista semiestructurada y se han utilizado cuestionarios como Escala de obsesión-compulsión de Yale-Brown (Y-BOCS), Inventario de obsesiones y compulsiones revisado (OCI-R), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

Palabras clave: TOC, Terapia Cognitivo Conductual, Exposición con Prevención de Respuesta, estudio de caso.

2. Introducción

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es una afección mental que se caracteriza por la presencia de diferentes pensamientos obsesivos, intrusivos e incontrolables, que en la mayoría de ocasiones vienen acompañados de rituales mentales o motores, destinados a reducir la ansiedad que generan (Velloso & Vicario, 2015). Estos comportamientos ritualizados, son conocidos como compulsiones, siguen un patrón estructurado con la intención de prevenir posibles consecuencias negativas, lo que puede conllevar a invertir una gran cantidad de tiempo. El TOC tiene un impacto significativo en la vida de las personas que lo padecen, pero también en su entorno (Martínez Anchuela, 2016). Este trastorno se caracteriza primordialmente por su diversidad y complicación de tratamientos (Fonseca Pedrero, 2021).

El TOC es caracterizado por la presentación de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones pueden aparecer en forma de pensamientos, imágenes habituales y persistentes o impulsos. Estos pensamientos se valoran como inaceptables y desagradables, además generan ansiedad. Por otro lado, las compulsiones son acciones repetitivas o actos mentales que una persona siente la necesidad de llevar a cabo en respuesta a una obsesión o siguiendo normas que deben seguirse de una manera estricta, con el objetivo de reducir la ansiedad o angustia asociada (Abramowitz & Jacoby, 2014).

Además, se encuentran diferencias en cuestión de los temas de las obsesiones, siendo en mujeres más común las obsesiones reactivas relacionadas con contaminación y limpieza, acumulación y agresividad; y en hombres, las obsesiones autógenas de tipo religioso y sexual (Espada et al., 2023). También, se encuentran diferencias en el contenido determinado de las compulsiones en los diferentes sujetos. Pero tanto para las obsesiones, como para las compulsiones se encuentran dimensiones de síntomas comunes del TOC, como la dimensión de contaminación (obsesiones por los gérmenes o contaminación y compulsiones de limpieza

o desinfección), la dimensión de simetría (obsesiones de necesidad de simetría y orden y compulsiones de repetición, conteo y orden), la dimensión de responsabilidad o miedo al daño (obsesiones preocupación por provocar daños a los demás y compulsiones de comprobación) y la dimensión de pensamientos tabú (obsesiones de pensamientos intrusivos de violencia, sexo, religión y compulsiones de reaseguración, rezo y comprobación) (Sanz Velosillo y Fernández-Cuevas Vicario, 2015).

En la tabla 1 se reúnen los criterios diagnósticos establecidos para el Trastorno Obsesivo Compulsivo según el DSM-V.

Tabla 1.

Criterios diagnósticos para el Trastorno Obsesivo Compulsivo según DSM-V.

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.

2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.

2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

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

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos de la conducta alimentaria; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos; impulsos, como en los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de

pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista).

La prevalencia del TOC se sitúa en el 2% de población durante la etapa adulta, y entre 1,8 y 3% en población infantil (Sanz Vellosillo & Fernández-Cuevas Vicario, 2015), aunque estos porcentajes podrían aumentar si se tienen en cuenta los los síntomas subclínicos obsesivo-compulsivos. El nivel de incidencia es el mismo tanto en hombres como en mujeres (M^a & Rogelio, 2001). Sin embargo, se encuentran diferencias en el contenido de las obsesiones según el sexo: en mujeres son más frecuentes las dimensiones de contaminación, mientras que en hombres predominan las obsesiones autogenas, concretamente las de tipo religioso y sexual (Espada et al., 2023).

Respecto a los factores de riesgo se encuentran los factores temperamentales, con síntomas de interiorización, una mayor emotividad negativa y la inhibición del comportamientos cuando los sujetos son niños. También, factores ambientales como maltrato en la infancia, ya sea físico o sexual, además de sucesos estresantes o traumáticos en esta etapa. Por último, señalar los factores genéticos y fisiológicos, donde la disfunción de la corteza orbitofrontal de la corteza cingulada anterior y el cuerpo estriado tienen una potente relación. Se encuentra que la tasa de TOC es alta en familiares de primer grado de adultos con TOC; no obstante, la tasa es mayor cuando los familiares de primer grado presentaron TOC en la infancia o adolescencia (Rector et al., s. f.).

Tal como indican las guías clínicas para el tratamiento del TOC, el tratamiento de primera elección para el TOC es la terapia cognitivo conductual (TCC) con exposición con prevención de respuesta (National Collaborating Centre for Mental Health, 2006).

Respecto al ámbito de tratamiento del TOC se han estudiado diversidad de tratamientos (Vallejo Pareja, 2001). Por una parte, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) aborda el TOC desde una doble perspectiva: por un lado la parte cognitiva formada por sus pensamientos característicos y, por otro lado, la parte conductual, formada por las compulsiones. Este tratamiento tiene como objetivo que la persona aprenda a reestructurar sus pensamientos, es decir, que comprenda que al tener un pensamiento intrusivo no implica tener que actuar (Wood, 2014). Asimismo, la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), se considera una parte fundamental del tratamiento en cuanto permite afrontar las situaciones temidas sin permitir que se lleven a cabo conductas de evitación. La exposición debe ser gradual y repetida, el paciente debe sentir la ansiedad sin recurrir a sus rituales y, de esta manera, aprender que sus pensamientos intrusivos no se harán realidad (British Psychological Society, 2006). La exposición se puede realizar en vivo, donde la persona se enfrentaría a estímulos temidos reales, por ejemplo un coche o un cuchillo; y también se puede realizar en imaginación, donde la persona se enfrenta a imágenes obsesivas que le provocan ansiedad, por ejemplo la muerte de un ser querido o ir por la calle y empujar a alguien. La prevención de respuesta consiste en evitar que la persona lleve a cabo sus rituales para evitar la ansiedad, por ejemplo rezar (Abramowitz et al., 2009).

El objetivo de este Trabajo de Fin de Grado fue diseñar una propuesta de intervención para un participante que sufría un TOC.

3. Método

3.1. Presentación del caso

Gonzalo, nombre ficticio, es un varón de 27 años de edad. En la actualidad vive solo, de manera independiente, aunque mantiene una relación cercana con sus padres y con su hermana menor. Es maestro de educación primaria y propietario de un centro educativo.

Lleva una vida independiente, tanto en el ámbito profesional como en el personal . No tiene ningún otro trastorno diagnosticado.

Gonzalo fue diagnosticado con un Trastorno Obsesivo Compulsivo a los 26 años. Al preguntarle por su historia de desarrollo, relata que desde la infancia ha sufrido “muchas manías”. Por este motivo acude a terapia desde los 9 años. Relata que necesitaba comprobar que la puerta del coche quedaba cerrada, la luz apagada, no podía dormir con la puerta cerrada. También se mostraba excesivamente preocupado cuando sus padres salían por si les pasaba algo o al pensar que su hermana se iba a perder.

Según informa Gonzalo acudió a terapia durante sus años de escolaridad primaria y secundaria, aunque en los años de adolescencia la atención psicológica fue más espaciada debido a que se encontraba mejor durante largos periodos de tiempo. Abandonó la terapia a los 16 años con motivo de su mejora y del fallecimiento de su terapeuta, ya que refiere no querer continuar la terapia con otro profesional. Tras seis años sin atención psicológica, decidió retomarla y ha asistido a consulta psicológica de manera ininterrumpida durante los últimos tres años.

El paciente relató que el trastorno no se manifestó a raíz de ningún suceso en concreto. Además, considera que tiene mucha predisposición genética ya que en su familia hay otro caso similar al suyo.

La mayoría de sus obsesiones vienen de pensamientos que comienzan con un “Y si...” en los que piensa que hará daño, especialmente a familiares y gente de su entorno. Cuando va conduciendo le surge el pensamiento de que ocurriría si diera volantazo y se saliera del carril. Manifiesta mucha preocupación, especialmente con las cosas y personas que más le importan. Gonzalo afirma que no comprende el origen de este tipo de pensamientos, y se muestra plenamente consciente de que no desea ni sería capaz de llevar a cabo esas acciones.

En la actualidad, sigue un proceso terapéutico en el que asiste a sesiones de terapia cada tres semanas. Además, recibe tratamiento farmacológico, concretamente toma Brintelix, aunque en este momento los especialistas están reduciendo progresivamente su dosis con el objetivo de retirarlo gradualmente.

3.2. Variables e instrumentos

- *Entrevista semiestructurada de obsesiones y pensamientos intrusivos en TOC*

Entrevista semi-estructurada para valorar la obsesión e intrusión más molesta de una misma persona con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo en cuanto a las siguientes variables: contexto de aparición, narrativas, valoraciones disfuncionales, estrategias de control. Duración de la aplicación 30-45 minutos.

- *Escala de obsesión-compulsión de Yale-Brown (Y-BOCS)*

Es una escala clínica heteroaplicada, diseñada para valorar la gravedad y los tipos de síntomas del TOC. Consta de 10 ítems divididos en dos subescalas (obsesiones y compulsiones) puntuados en escala tipo Likert de 0 a 4. La puntuación total oscila entre 0 y 40. El alfa de Cronbach es de 0,89, por lo que presenta buenas propiedades psicométricas. Además, se establecen puntos de corte orientativos: 0-7 (subclínico), 8-15 (leve), 16-23 (moderado), 24-31 (grave), 32-40 (extremo). Los ítems se presentan en forma de entrevista clínica semiestructurada o autoinforme. Duración de la aplicación es de aproximadamente 15 minutos (Sal y Rosas et al., 2002).

- *Inventario de Padua*

Este autoinforme consta de 60 ítems, que evalúan la presencia y gravedad de los síntomas relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo. Los sujetos tienen

que contestar en una escala tipo likert de 0-4 el grado en que frases sobre pensamientos y acciones comunes les producen perturbación. La puntuación total refleja sintomatología obsesiva-compulsiva, correspondiendo una mayor puntuación a mayor gravedad. Las propiedades psicométricas son buenas, puesto que el alfa de Cronbach es de 0,92. La duración de administración es de aproximadamente 30 minutos (Ibáñez, Olmedo, Peñate & González, 2002).

- *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*

Se trata de un cuestionario autoinforme para evaluar la presencia y severidad de síntomas depresivos. Consta de 21 ítems, puntuados de 0 a 3, la puntuación total es de 0 a 63 y una mayor puntuación indica mayor gravedad de los síntomas depresivos. El alfa de Cronbach es de 0,91, por lo que las propiedades psicométricas son buenas. Los puntos de corte son: 0-13 (mínima), 14-19 (leve), 20-28 (moderada), 29-63 (grave). La duración de la administración es de 5 a 10 minutos (Sanz, Navarro & Vázquez, 2003).

- *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*

Se trata de un cuestionario para evaluar dos conceptos de la ansiedad, cada uno con 20 ítems. La ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado. Se puntúan en escala likert de 0 a 3. La puntuación total de las subescalas oscila entre 0 a 60, y una puntuación mayor indica mayor nivel de ansiedad. Su alfa de Cronbach es de entre 0,83 y 0,92, por lo que presenta buenas propiedades psicométricas. La duración de la administración es de 20 minutos aproximadamente (Seisdedos, 1982).

- *Inventario de obsesiones y compulsiones revisado (OCI-R).*

Se trata de un cuestionario donde el sujeto debe indicar en una escala de 0 (nada) a 4 (extremo) que tanto malestar le han producido una serie de experiencias comunes relacionadas con síntomas de TOC en el último mes. Consta de 18 ítems, agrupados en 6 subescalas (lavado, comprobación, orden, obsesión, compulsión y acumulación). La puntuación va de 0 a 72 , donde una mayor puntuación indica mayor gravedad de los síntomas. Las propiedades psicométricas son buenas, siendo el alfa de Cronbach de 0,88. La duración de la aplicación es de aproximadamente 10 minutos (Martínez González, Piqueras & Marzo, 2011).

3.3. Procedimiento

En primer lugar se contactó con el participante, que accedió a colaborar en este trabajo de manera desinteresada. Se le explicó detalladamente el objetivo del trabajo y las condiciones de participación. Tras aceptar colaborar, firmó un consentimiento informado, en el que autorizaba el uso de sus datos de forma anónima y confidencial. A continuación, se comenzó a realizar la entrevista al participante para recoger los datos necesarios y la administración de cuestionarios psicológicos seleccionados para la evaluación.

Los cuestionarios utilizados en este trabajo están bajo la custodia de la investigadora principal, no se anexan para guardar la confidencialidad del paciente. Además, el presente trabajo recibió la autorización COIR, siendo el Código de Investigación Responsable: 241213013123.

3.4. Resultados de la evaluación

Para realizar el análisis funcional y la propuesta de intervención, se tuvo en cuenta la información obtenida de la entrevista inicial y de los instrumentos de evaluación empleados.

En la entrevista inicial el participante manifestó que su mayor problema eran los pensamientos intrusivos y que actualmente las compulsiones no le suponían una gran problemática...

La entrevista semiestructurada de obsesiones y pensamientos intrusivos en TOC reveló que al participante le generaban malestar los pensamientos intrusivos, especialmente los que comenzaban con “Y si...” y que iban continuados con situaciones hipotéticas donde podría hacer daño a seres queridos. Además, este malestar y pensamientos se agravaban cuando pasaba períodos de mayor nerviosismo y estrés.

Respecto a la escala Y-BOCS, el participante obtuvo una puntuación total de 15 por lo que se sitúa en el rango de sintomatología leve. En las subescalas obtuvo una puntuación de 4 en compulsiones y de 11 en obsesiones, por lo que los síntomas obsesivos presentan mayor intensidad y frecuencia que los compulsivos. Estos resultados indican que hay predominancia de pensamientos intrusivos y poca presencia de conductas compulsivas.

En el Inventario de Padua, el sujeto obtuvo una puntuación total de 99, lo que indica la presencia significativa de sintomatología obsesiva-compulsiva. Las puntuaciones obtenidas en los factores son las siguientes: F1=58, F2=21, F3=22, F4= 2 y P4=19, 20. Si atendemos a la puntuación de cada factor, destacamos el 1 (Descontrol del pensamiento) en el que obtiene una puntuación de 58, lo que sugiere alto malestar o frecuencia de pensamientos agresivos o intrusivos. Sin embargo, en el Factor 4 (Temor al descontrol de los impulsos) la puntuación fue de 2, lo indica una escasa presencia de ese tipo de pensamientos. Además, señalar la elevada puntuación obtenida en los ítems 19 y 20, refiriendo una elevada presencia de pensamientos intrusivos, de contenido agresivo o relacionados con el daño.

En el BDI el participante obtuvo una puntuación total de 5, que indica que no hay presencia de síntomas depresivos.

En el cuestionario STAI el participante obtuvo una puntuación de 28 para la subescala de ansiedad-estado y una puntuación de 21 para la subescala de ansiedad rasgo. Estos resultados indicaron un bajo nivel de ansiedad en ambas subescalas. Por lo que, a pesar de los síntomas obsesivo-compulsivos del sujeto, presenta unas puntuaciones por debajo de los valores considerados clínicos.

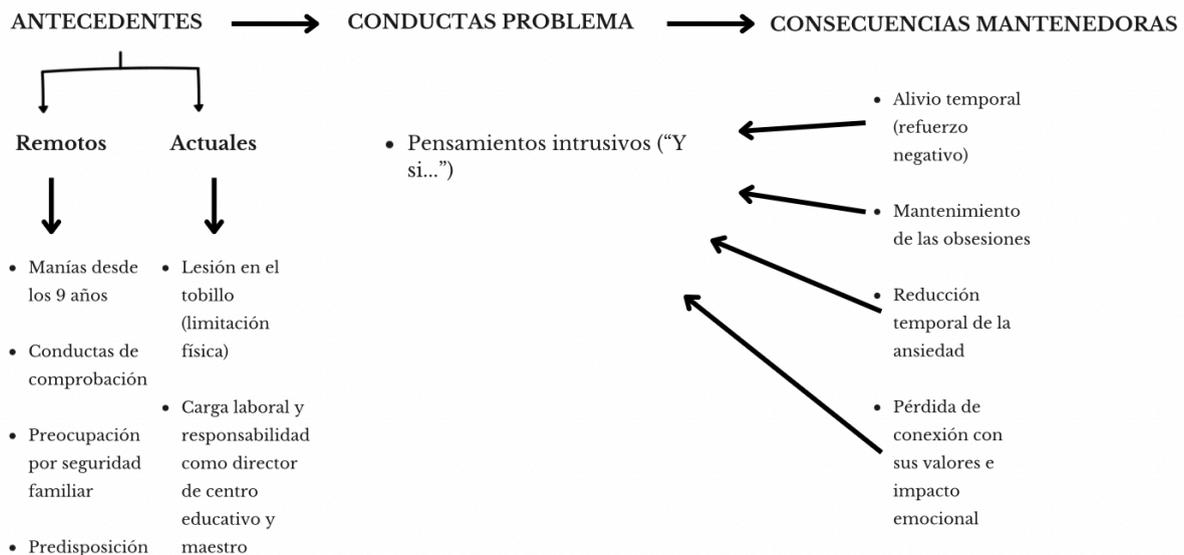
Respecto al inventario OCI-R, el participante obtuvo una puntuación total de 30, lo que indica presencia significativa de síntomas obsesivo-compulsivos. Las puntuaciones obtenidas en la subescalas son las siguientes: lavado (P=3), comprobación (P=11), orden (P=10), obsesiones (P=6), acumulación (P=0) y neutralización (P=0). A destacar la puntuación obtenida en las subescalas comprobación (P=11) y orden (P=10), puesto que son puntuaciones significativas relacionadas con la necesidad de verificar y mantener el orden.

3.5. Análisis funcional del caso

A continuación se presenta un análisis funcional del caso clínico de Gonzalo, basado en las conductas que ha verbalizado y sus correspondientes hipótesis de mantenimiento. Además, se incluyen las variables que han influido en el desarrollo y mantenimiento de sus síntomas obsesivo-compulsivos, con el fin de especificar los objetivos terapéuticos y diseñar unas sesiones adecuadas al caso. Este análisis ha sido elaborado para este TFG y no forma parte de la intervención clínica previa. En la figura 1 se muestra este análisis funcional.

Figura 1

Esquema del análisis funcional del caso clínico de Gonzalo.



Existe una interrelación entre los antecedentes remotos que ejercen una influencia conjunta en la actualidad. Gonzalo muestra desde la infancia gran preocupación por el bienestar de sus seres queridos, lo que se manifestaba en forma de pensamientos intrusivos acerca de la posibilidad de que les ocurriese algo malo y de conductas de comprobación. A los 9 años, sus padres tomaron la decisión de llevarlo a terapia debido a sus manías, que incluían, comprobar de forma reiterada si la puerta del coche estaba cerrada, la imposibilidad de dormir con la puerta del cuarto cerrada y la necesidad de comprobar que las luces se encontraban apagadas. Asimismo, presentaba de forma constante preocupación por la seguridad de sus padres y su hermana, que mostraba con pensamientos sobre la posibilidad de que algo malo les ocurriese. Estas preocupaciones manifiestan un patrón temprano de ansiedad centrada en la responsabilidad y el daño.

Durante la primaria Gonzalo ha acudido a terapia de forma continuada, pero durante la adolescencia se convirtió en algo intermitente. El fallecimiento de su terapeuta influyó en que dejara de acudir a las sesiones, lo que derivó en un período de 6 años sin acudir a terapia. A los 26 años Gonzalo fue diagnosticado de Trastorno Obsesivo Compulsivo, aunque sus síntomas llevan presentes desde años anteriores. Es importante remarcar, que Gonzalo no

atribuye el diagnóstico a un suceso específico en su vida y que considera que tiene predisposición genética, puesto que en su familia hay casos similares.

Actualmente, su mayor problemática son los pensamientos intrusivos, estos siguen una estructura específica que comienza con “Y si...” y giran en torno a la posibilidad de herir a sus seres queridos o a los niños a los que les da clase. Asimismo, ha verbalizado algunos pensamientos como “Y si doy un volantazo y me salgo del carril” cuando conduce. Gonzalo parece ser consciente de que no sería capaz de llevar a cabo esas acciones, pero el pensamiento de las mismas le genera un elevado nivel de angustia y malestar. En momentos de estrés o ansiedad aumenta la frecuencia e intensidad de los pensamientos intrusivos. Es importante mencionar que en la actualidad ha tenido que cambiar su rutina debido a una lesión en tobillo, este hecho ha aumentado su nivel de estrés y signos de ansiedad, lo que deriva en un aumento de sus pensamientos intrusivos.

Se puede hipotetizar que la ansiedad y las conductas de Gonzalo (como tratar de controlar sus pensamientos o hipervigilar su comportamiento) son factores clave que mantienen sus síntomas. Su reacción de preocupación refuerza la aparición de pensamientos intrusivos, además de su empeño por intentar controlarlos. Hay una alta probabilidad de que haga uso de estrategias de evitación y neutralización cognitiva para disminuir su ansiedad, como tratar de suprimir sus pensamientos o racionalizarlos. No obstante, estas estrategias pueden estar actuando como un refuerzo negativo, ya que producen un alivio inmediato del malestar pero de forma momentánea, por este motivo puede alimentar que el problema se cronifique a largo plazo.

En cuanto a las variables contextuales, Gonzalo sufre actualmente un cambio significativo en su rutina debido a una lesión en el tobillo, por lo que sus niveles de estrés y ansiedad se han visto aumentados, lo que deriva en un aumento de pensamientos intrusivos.

La interrupción en su estilo de vida habitual y sensación de pérdida de control, es lo que puede estar produciendo un estado de vulnerabilidad emocional, que potencia la aparición de pensamientos obsesivos.

La consecuencia a largo plazo de este ciclo de conductas es el refuerzo de la asociación entre ansiedad y pensamientos intrusivos. Debido a las conductas de evitación y el constante intento de controlar sus pensamientos han reforzado su presencia, lo que ha generado dudas en su propia moralidad y aumentado su malestar. Este patrón ha dificultado la disposición hacia reforzadores positivos, específicamente en momentos de mayor estrés, como el actual. Como resultado, deriva en una cronificación de su problema, lo que interfiere en su vida cotidiana, alejando a Gonzalo de sus valores.

4. Objetivos

Objetivo general:

- Reducir el malestar generado por los pensamientos intrusivos, reducir los síntomas del Trastorno Obsesivo Compulsivo y mejorar el funcionamiento diario.

Objetivos específicos:

- Reducir la intensidad y frecuencia de los pensamientos intrusivos, especialmente los de contenido agresivo.
- Reducir la intensidad y frecuencia de las obsesiones y promover estrategias de afrontamiento adaptativas.
- Fomentar el uso de conductas adaptativas ante la evitación y la necesidad de control.
- Desarrollar habilidades para la gestión del estrés y prevención de recaídas.

5. Descripción de la intervención

Esta propuesta de intervención ha sido diseñada para Gonzalo, en base a los resultados de la evaluación realizada y el análisis funcional del caso. La intervención consta de 15 sesiones, de 1 hora de duración, con una periodicidad semanal de la sesión 1 a la sesión 11, y pasará a ser quincenal de la sesión 12 a la sesión 14. La intervención se llevará a cabo de forma presencial e incluirá una sesión final de seguimiento (sesión 15), que se realizará 1 mes después de la sesión 14. Asimismo, para este programa se han consultado las guías clínicas (*Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions In The Treatment Of Obsessive-Compulsive Disorder And Body Dysmorphic Disorder*, 2006), así como los trabajos de Ceballos y Alonso (2015) y Espada et al (2023).

6. Descripción de las sesiones

La intervención propuesta se ha elaborado en base a los objetivos planteados tras realizar el análisis funcional del paciente. Las sesiones propuestas se dividen en 3 bloques. El primer bloque, que incluye las 3 primeras sesiones, se centra en la psicoeducación y el establecimiento de objetivos. El segundo bloque, que comprende las sesiones de la 5 a la 11, aborda el entrenamiento en reestructuración cognitiva y prevención de respuesta. Por último, el tercer bloque, formado por las sesiones de 12 a 15, aborda la prevención de recaídas.

Como se ha mencionado, el primer bloque se centra en la psicoeducación y el establecimiento de objetivos. En estas tres sesiones se expondrán los objetivos del programa, se abordará con el paciente la información que tiene sobre el trastorno, discutiendo las posibles ideas erróneas o distorsionadas.

Tabla 2

Primer bloque: Psicoeducación y establecimiento de objetivos.

Sesión 1	Se da la bienvenida al paciente y se explica que la confidencialidad se mantendrá en todo momento. Se exponen los objetivos del programa, el plan que se va a seguir y la duración de las sesiones. Además, se inicia un proceso para generar alianza terapéutica para asegurar la efectividad del programa (Safran & Muran, s. f.).
Sesión 2	Psicoeducación sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo, ofrecer información acerca del TOC, que es, que son las obsesiones y compulsiones. También, ver qué conocimientos tiene el paciente sobre el trastorno.
Sesión 3	Se continua con la psicoeducación y se trabaja la normalización del problema. Se formula una explicación detallada del problema del paciente, basada en su análisis funcional y se establecen los objetivos terapéuticos. Se propone como tarea para casa un autorregistro de las situaciones que le preocupan y cómo reacciona ante estas.

En el segundo bloque de tratamiento, nos centraremos en proporcionar a Gonzalo herramientas prácticas para afrontar sus obsesiones y reducir sus pensamientos intrusivos. Se le explicarán las técnicas de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), la reestructuración cognitiva y la autorregulación emocional. También, mediante autoexposición en imaginación y exposición en vivo, se pretende que el paciente aprenda a tolerar el malestar sin recurrir a conductas neutralizadoras para desarrollar un afrontamiento más adaptativo.

Tabla 3

Segundo bloque: Entrenamiento en habilidades

Sesión 4 Se revisa la tarea enviada en la sesión previa. Se introduce y explica la técnica de Exposición con Prevención de Respuesta. Con la ayuda del terapeuta, el paciente elabora una jerarquía personalizada de situaciones temidas, ordenadas por nivel de malestar (escala de 0 a 100). Se realizan los primeros ensayos en imaginación y se registra el malestar (USA) (Vallejo Pareja, 2001).

Sesión 5 Se repasa lo aprendido en la anterior sesión con el fin de comprobar que el paciente comprende la técnica. Se revisa la jerarquía, para realizar algún ajuste en caso de ser necesario. Se realiza una nueva exposición en imaginación y se envía como tarea para casa la realización de un autorregistro de autoexposición en imaginación, con instrucciones precisas de cómo registrar el malestar y de evitar respuestas neutralizadoras.

Sesión 6 Se revisa la tarea enviada para casa y se resuelven las posibles dudas. Se introduce la exposición en vivo, comenzando con las situaciones de menor malestar. Se realiza una exposición guiada en consulta y se establece como tarea para casa una exposición, con su correspondiente registro de malestar antes, durante y después.

Sesión 7 Se revisa lo aprendido en la anterior sesión. Se realiza una exposición guiada en consulta, avanzando en la jerarquía establecida. Se hace énfasis en tolerar la ansiedad. Se asigna como tarea para casa una exposición, con registro de malestar antes, durante y después.

Sesión 8 Se repasa el registro enviado en la sesión anterior con el fin de resolver

dudas y reforzar el progreso. Se continúa profundizando en la modificación de creencias y pensamientos automáticos irracionales, enseñando al paciente a distinguir entre creencias y pensamientos automáticos irracionales. Se introduce la reestructuración cognitiva y se trabaja con un ejemplo personal de Gonzalo identificando distorsiones cognitivas frecuentes (catastrofismo o idea errónea). Se envía como tarea para casa continuar con las autoexposiciones en vivo y registrar al menos un pensamiento automático al día (Rodríguez & Sánchez, 2019).

Sesión 9 Se revisan las tareas enviadas para realizar en casa. Se continúa con la técnica de reestructuración cognitiva, profundizando en la identificación de distorsiones cognitivas, como sobregeneralización o pensamiento dicotómico. Además, se trabaja con el paciente con alguna situación reciente que le provocó ansiedad, para ayudarlo a formular pensamientos más realistas y funcionales frente a situaciones que le generen malestar. Se manda como tarea para casa continuar con el registro de exposiciones y registrar al menos 3 ejemplos durante la semana de distorsiones cognitivas (Clark & Beck, s. f.).

Sesión 10 Se repasan las tareas enviadas para casa. Se introduce la autorregulación emocional al paciente como una habilidad fundamental en el tratamiento del TOC. Se le enseña la técnica de respiración profunda, se practican en sesión ejercicios de respiración guiada. Como tarea para casa se asigna practicar la respiración profunda de manera diaria y continuar con las exposiciones, durante las exposiciones el paciente no debe usar la técnica de respiración profunda (Ibáñez-Tarín & Manzanera-Escartí, 2012).

Sesión 11 Se revisan las tareas asignadas para casa. Se repasa la técnica aprendida en la anterior sesión, y se revisa si el paciente logró mantenerse expuesto sin recurrir a técnicas de regulación emocional. Se continúa trabajando la sobreestimación de la importancia de los pensamientos, ayudando a Gonzalo a través de ejemplos personales a comprender que tener un pensamiento no implica que sea cierto. Se envían como tareas para casa continuar con las exposiciones en los últimos ítems de la jerarquía y registrar pensamientos intrusivos pero reformulándolos de manera más racional como se ha trabajado en sesión.

Por último, en el bloque de prevención de recaídas donde se pretende que el paciente refuerce lo aprendido durante el programa y se encuentre preparado para afrontar futuras dificultades. Durante este bloque se trabajará la detección temprana de recaídas, la elaboración de un plan de acción personalizado y el refuerzo del uso de forma autónoma de las estrategias aprendidas en el bloque anterior. Además, se fomentará la visión de la mejora como un proceso no lineal y se promueve el mantenimiento de logros a largo plazo.

Tabla 4

Tercer bloque: Prevención de recaídas

Sesión 12 Se realiza psicoeducación sobre prevención de recaídas, se trabaja con el paciente con la visión de la mejora como un proceso no lineal. Se trata con el paciente la detección temprana de señales de recaídas y se elabora un plan de señales externas e internas.

Sesión 13 Se revisan las tareas de la anterior sesión. Se elabora junto con el paciente un plan de acción ante posibles recaídas haciendo uso de las estrategias cognitivas y conductuales aprendidas (exposición, reestructuración cognitiva...). Se refuerza el papel activo del paciente para el mantenimiento de logros.

Sesión 14 Se repasa la tarea de la sesión anterior. Se trabaja la posible actuación en situaciones problemáticas futuras y se deja por escrito. Se repasan los contenidos aprendidos durante el programa, haciendo hincapié en los avances conseguidos.

Sesión 15 Se evalúa la evolución del paciente, se analizan las posibles dificultades encontradas y cómo las ha afrontado y el mantenimiento de logros. Se refuerza el uso de las estrategias aprendidas y se ajusta el plan de prevención de recaídas en caso de ser necesario.

7. Discusión y conclusiones

En este trabajo se presenta una propuesta de intervención psicológica para un paciente que presenta un diagnóstico de TOC, con elevada sintomatología obsesivo-compulsiva centrada principalmente en pensamientos intrusivos de agresión. A lo largo del trabajo se ha descrito el trastorno, así como los fundamentos teóricos que apoyan el tratamiento elegido: la Terapia Cognitivo Conductual con Exposición con Prevención de Respuesta (TCC-EPR). La propuesta de tratamiento desarrollada se ha basado en los principios del modelo cognitivo-conductual, que entiende el TOC como un trastorno que se mantiene por la interpretación disfuncional de pensamientos no deseados, seguidos de conductas de evitación que refuerzan el problema. El objetivo de la intervención propuesta en este trabajo fue reducir

la frecuencia e intensidad de los pensamientos obsesivos, disminuyendo así el malestar que generan, además, mejorando el funcionamiento diario.

El TOC refiere una condición clínica altamente incapacitante, tanto por la intensidad de sus síntomas como por su tendencia a la cronicidad (Pifarré et al., 2001b). Este trastorno afecta directamente a la vida de las personas que lo padecen y a su entorno, por lo que se considera que su tratamiento es prioritario (Biglieri, 2013). Además, en el caso de personas que sufren de pensamientos intrusivos de carácter agresivo, como el caso del participante de este trabajo, sufren un grado de angustia y malestar elevado, ya que este tipo de pensamientos se perciben como moralmente inaceptables e interfieren con los valores de las personas, generando culpa, frustración y estrés (Fernandez et al., 2024). Una intervención psicológica temprana es fundamental para la mejora y progreso del trastorno, suponiendo una mejora en la calidad de vida y reduciendo los efectos a largo plazo (Fontenelle et al., 2022). También, remarcar la importancia de proporcionar información sobre el trastorno y su tratamiento a la población, para concienciar y ofrecer mayor acceso a los tratamientos disponibles (Chaves et al., 2022).

El TOC también supone una elevada carga mental y emocional para la gente que lo padece. Las obsesiones de carácter agresivo se interpretan como peligrosas, por lo que la necesidad de realizar rituales para controlarlas se incrementa (Espada et al., 2023). Es por eso que, en esos casos, como el de Gonzalo, es fundamental centrar la terapia en ayudar a la persona a diferenciar entre el pensamiento y la acción, y que el pensar en algo no necesariamente implica que vaya a suceder o que se tenga la intención de hacerlo. La literatura muestra que hay un gran número de personas que presentan pensamientos intrusivos agresivos, pero que es cuando se interpretan como peligro o como moralmente inaceptables cuando se convierten en patológicos (Berry & Laskey, 2012).

La Terapia Cognitivo Conductual, especialmente con Exposición con Prevención de Respuesta ha mostrado ser la más eficaz para el tratamiento del TOC, como indican las guías clínicas (National Collaborating Centre for Mental Health, 2006). Se considera el tratamiento con mayor apoyo empírico y numerosos estudios respaldan su eficacia (p.e. Franklin & Foa, 2011). La EPR, como se ha detallado en la introducción, consiste en exponer a la persona de forma controlada y progresiva a situaciones que le generan malestar, sin permitir que se lleven a cabo conductas de evitación, para conseguir habituación y modificar las creencias disfuncionales (Abramowitz, 2006). En el caso de esta propuesta de intervención se plantean exposiciones personalizadas para el participante, centradas principalmente en sus pensamientos intrusivos, de forma progresiva y gradual. De esta forma, se trata de ayudar a la persona a enfrentar sus obsesiones, aprendiendo que sus pensamientos no tienen capacidad para predecir ni tienen que convertirse en acciones reales, además de disminuir la ansiedad.

Esta propuesta de intervención cuenta con diversas limitaciones. Existe la posibilidad de que las respuestas a la entrevista y a los cuestionarios cuenten con un sesgo de deseabilidad social, puesto que el participante estaba informado en todo momento de la finalidad de la evaluación. Además, debido a que se trata de una propuesta de intervención se debe adaptar a las características individuales del paciente y a las circunstancias que puedan surgir durante su aplicación.

8. Bibliografía

American Psychiatric Association (2014). DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana.

National Collaborating Centre for Mental Health. (2006). *Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder*. Leicester: United Kingdom

Ceballos, M. V., & Alonso, M. T. O. (2015). *Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en un caso de trastorno obsesivo compulsivo*.

Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo- compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(1).

Santos, M. G., Alba, J. V., Fernández, E. R., Ruibal, F. J. O., & Sudupe, J. A. (2013). Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) genética y ambiente. A propósito de una experiencia clínica. *Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias*, 12, 156-158.

Inchausti, F., & Delgado, A. R. (2012). Revisión de las medidas del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, 33(1), 22-29.
<https://www.redalyc.org/pdf/778/77823404003.pdf>

Wood, W. D. (2014). *Terapia cognitivo-conductual en el trastorno obsesivo-compulsivo*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830460>

Espada, J. P., Orgilés, M., & Méndez, F. X. (2023). *Tratamiento paso a paso de los problemas psicológicos en adultos*. Pirámide.

Fonseca Pedrero, E. (2021). *Manual de Tratamientos Psicológicos: adultos*. Pirámide.

Martínez Anchuela, M. (2016). Trastorno obsesivo compulsivo. *Revista Internacional de Apoyo A la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, 2(1)

Rector, N. A., Bartha, C., Kitchen, K., Katzman, M., & Richter, M. (s. f.).

Obsessive-Compulsive Disorder: A Guide for People with Obsessive-Compulsive Disorder and their families.

Pifarré, J., Manuel, M. M. J., & Julio, V. R. (2001, 1 noviembre). *Estrategias terapéuticas en el trastorno obsesivo-compulsivo*. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/100324>

American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Sanz Velloso, P., & Fernández-Cuevas Vicario, A. (2015a). Trastorno obsesivo compulsivo. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(84), 5008–5014. <https://doi.org/10.1016/J.MED.2015.07.010>

A, B. B. W., García, F., & Fernández-Álvarez, H. (s. f.). *Psicoterapia cognitiva individual del TOC*.

García, N. B., & Restrepo, D. L. (2017). Instrumentos de evaluación del trastorno obsesivo compulsivo: revisión. *Poiésis*, 1(32), 101. <https://doi.org/10.21501/16920945.2303>

Caja, R. (2016). Evaluación de un caso de trastorno obsesivo compulsivo e intervención.

Clínica y Salud, 27(1), 23-28. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.01.003>

Llorens-Aguilar, S. (2020). *Contexto, sí mismo y narrativas en el trastorno obsesivo-compulsivo: cuando lo que podría ser importa más que lo que es*. Universitat de València.

León-Quismondo, L., Lahera, G., & López-Ríos, F. (2014). Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 725–740.

<https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000400006>

Ernesto, Q. R. (2013, 18 julio). *Estudio de caso: Trastorno obsesivo-compulsivo y fobia específica*. Universidad de Almería. <https://repositorio.ual.es/handle/10835/2233>

Vallejo Pareja, M. ángel. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13(Número 3), 419–427.

Sal y Rosas, H. J., Vega-Dienstmaier, J. M., Mazzotti Suárez, G., Vidal, H., Guimas, B., Adrianzén, C., & Vivar, R. (2002). *Validación de una versión en español de la Escala Yale-Brown para el trastorno obsesivo-compulsivo*. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(1), 30–35.

- Ibáñez, I., Olmedo, E., Peñate, W., & González, M. (2002). *Obsesiones y compulsiones: Estructura del Inventario de Padua. International Journal of Clinical and Health Psychology, 2(2), 263–288.*
- Sanz, J., Navarro, M. E., & Vázquez, C. (2003). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. Análisis y Modificación de Conducta, 29(124), 239–288.*
- Seisdedos, N. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Madrid: TEA Ediciones.*
- Martínez González, A. E., Piqueras, J. A., & Marzo, J. C. (2011). *Validación del inventario de obsesiones y compulsiones revisado (OCI-R) para su uso en población adolescente española. Anales de Psicología, 27(3), 763–773.*
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (s. f.). *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional (2.ª ed.).* Desclée de Brouwer.
- Vallejo Pareja, M. Á. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. Psicothema, 13(3), 419–427.*
- Rodríguez, I. F. M., & Sánchez, S. G. (2019). *Tratamiento cognitivo-conductual en una adolescente con trastorno obsesivo-compulsivo. Dialnet.*
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7323082>

Clark, D. A., & Beck, A. T. (s. f.). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Desclée de Brouwer.

Ibáñez-Tarín, C., & Manzanera-Escartí, R. (2012). *Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en Atención Primaria (I)*. *Semergen - Medicina de Familia*, 38(6), 377-387.

Vellosillo, P. S., & Vicario, A. F. (2015). Trastorno obsesivo compulsivo. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(84), 5008-5014.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2015.07.010>

Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2014). *Obsessive-compulsive disorder in the DSM-5*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 221–235.
<https://jonabram.web.unc.edu/wp-content/uploads/sites/2968/2012/07/OCD-in-DSM-5-2014.pdf>

Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 374(9688), 491–499. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60240-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60240-3)

Abramowitz, J. S. (2006). The Psychological Treatment of Obsessive—Compulsive Disorder. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 51(7), 407-416.
<https://doi.org/10.1177/070674370605100702>

Mª, V. B. J., & Rogelio, L. L. (2001). *Psicopatología del trastorno obsesivo compulsivo*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=71813>

- British Psychological Society (UK). (2006b). *14. GLOSSARY*. Obsessive-Compulsive Disorder - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56483/>
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder. Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2006. PMID: 21834191. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21834191/>
- Biglieri, R. R. (2013). *Calidad de Vida en Pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo. Una revisión*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4352587>
- Fernandez, S., Daffern, M., Moulding, R., & Nedeljkovic, M. (2024). A critical comparison of aggressive intrusive thoughts in obsessive compulsive disorder and aggressive scripts in offender populations. *Aggression And Violent Behavior, 76*, 101920. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2024.101920>
- Fontenelle, L. F., Nicolini, H., & Brakoulias, V. (2022). Early intervention in obsessive-compulsive disorder: From theory to practice. *Comprehensive Psychiatry, 119*, 152353. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152353>
- Chaves, A., Arnáez, S., Castilla, D., Roncero, M., & García-Soriano, G. (2022). Enhancing mental health literacy in obsessive-compulsive disorder and reducing stigma via smartphone: A randomized controlled trial protocol. *Internet Interventions, 29*, 100560. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100560>

Berry, L., & Laskey, B. (2012). A review of obsessive intrusive thoughts in the general population. *Journal Of Obsessive-Compulsive And Related Disorders*, 1(2), 125-132. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.02.002>

Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2011). Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 7(1), 229-243. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104533>

Vallejo Pareja, M. Á. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13(3), 419–427. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72713307.pdf>

