

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y DE LAS COMPULSIONES

AURORA GAVINO
Facultad de Psicología. Universidad de Málaga

ANTONIO GODOY
Facultad de Psicología. Universidad de Málaga



Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
Trastorno obsesivo-compulsivo y de las compulsiones	
FICHA 1.....	11
Aparición y mantenimiento de las obsesiones	
FICHA 2	14
Tratamiento psicológico del TOC infantil	

Documento base.

Trastorno obsesivo-compulsivo

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC) comprende dos componentes esenciales: las obsesiones y las compulsiones.

Las obsesiones se definen, de acuerdo al DSM-IV TR (2000/2002) como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes persistentes que se viven como intrusas e inapropiadas y que provocan una gran ansiedad o malestar. Debido a que se experimentan como intrusas e inapropiadas se las denomina “egodistónicas”. La egodistoncicidad hace referencia a que la persona que experimenta la obsesión considera que su contenido le es ajeno, está fuera de su control o no encaja en el tipo de pensamientos que le son propios. No obstante, reconoce que la obsesión es el producto de su mente y que no le viene impuesta desde fuera. Un ejemplo de obsesión podría ser el pensamiento recurrente e indeseado de estar contaminado. Este pensamiento ocasiona mucha ansiedad.

Por su parte, las compulsiones se definen en el DSM-IV TR (2000/2002) como comportamientos o actos mentales recurrentes realizados con el objetivo de prevenir o disminuir la ansiedad o malestar producido por la obsesión o algún tipo de acontecimiento o situación negativos. Un ejemplo sería, en la obsesión de contaminación, lavarse las manos con un producto fuerte, como lejía o alcohol, hasta que desciende la ansiedad o hasta que la persona tiene claro que ya no está contaminada.

LAS OBSESIONES

Rachman y de Silva (1978) fueron los primeros autores en señalar que el contenido de las obsesiones no se diferencia de otros pensamientos intrusos que tienen personas sin el trastorno obsesivo-compulsivo.

Salkovskis (1999) fue más allá al señalar que los pensamientos intrusos que se convierten en obsesiones no se diferencian de los normales ni en el contenido, ni en la ocurrencia, ni en la incontrolabilidad, sino en “la interpretación” que la persona hace de los mismos.

“El pensamiento obsesivo tiene su origen en intrusiones cognitivas normales. Las intrusiones cognitivas son ideas, pensamientos, dudas, imágenes o impulsos que son intrusos, en el sentido de que irrumpen en la corriente de pensamiento consciente de la persona, que además los encuentra ofensivos, inaceptables o desagradables. La diferencia entre los pensamientos intrusos normales y los obsesivos recae, no en la ocurrencia ni en la incontrolabilidad de las intrusiones en sí mismas, sino en la interpretación que los pacientes obsesivos hacen de esa ocurrencia y/o del contenido de las intrusiones. [...] La reacción emocional será probablemente de ansiedad o depresión, [...] aunque (el pensamiento obsesivo) no tiene que desembocar necesariamente en conductas compulsivas, neutralizadoras o en obsesiones clínicas. De acuerdo con la perspectiva cognitiva, el patrón obsesivo se da cuando las cogniciones intrusas se interpretan como una indicación de que la persona puede ser, puede haber sido o podría llegar a ser responsable de daño (a alguien o a uno mismo) o de su prevención” (Salkovskis, 1999, p 31).

Así pues, es la interpretación que se hace de los pensamientos intrusos lo que los convierte en obsesiones clínicas.

Interpretación de los pensamientos intrusos

La persona con obsesiones manifiesta temor a hacer daño a alguien o a sí misma. Ese temor se acompaña con frecuencia de ansiedad elevada que, a su vez, aumenta los pensamientos relacionados con la posibilidad de que lo que se teme pueda llegar a ocurrir de hecho. Así pues, se debate entre la duda, la posibilidad y el absurdo del pensamiento (Gavino, 2008).

Las consecuencias negativas de la ocurrencia del pensamiento son de dos tipos: contaminación y provocación de una desgracia.

Contaminación: La persona teme “estar contaminada” o contaminar a otros, o “siente” que determinados objetos o personas están contaminados. Ese pensamiento le produce gran ansiedad. Una manera frecuente de resolver el problema es evitar todo aquello que considera contaminado o, si no le es posible, lavarse o limpiarlo para eliminar la contaminación. Ambos procedimientos reducen la ansiedad.

Causar una desgracia: La persona "cree" en el momento en el que le llega el pensamiento obsesivo que puede causar una desgracia por haber tenido dicho pensamiento. Esto le produce ansiedad. Para prevenir el daño o para evitar que suceda, realiza conductas neutralizadoras (esto es, ejecuta la compulsión). La neutralización cumple una doble función, evitar la desgracia y, si esto no es posible, reducir la ansiedad.

La ansiedad es, pues, una emoción que juega un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de las obsesiones.

Papel de la ansiedad

La ansiedad juega un papel extremadamente relevante en las obsesiones. Cuando éstas son de contaminación, la eliminación de la ansiedad es el objetivo fundamental de la compulsión. Sin embargo, cuando las obsesiones conllevan la posibilidad de hacer daño a alguien, la ansiedad es el facilitador, y su objetivo final es eliminar la posibilidad de que se produzcan consecuencias negativas (la desgracia).

De acuerdo al papel de la ansiedad se pueden dividir las obsesiones en dos grupos o tipos.

Tipos de obsesiones

Se pueden establecer dos grandes grupos de obsesiones (ver Fig. 1):

- (a) Contaminación, repetición, conteo o computación, y simetría: el objetivo fundamental es eliminar la ansiedad.
- (b) Agresión, sexuales, y religiosas: el objetivo fundamental es eliminar la posibilidad de hacer daño a alguien por haber tenido un pensamiento agresivo, sexual o blasfematorio. La ansiedad es un elemento facilitador que aumenta la "creencia" de que la consecuencia temida es posible.

Las compulsiones variarán, pues, según el tipo de obsesión que se experimente.

LAS COMPULSIONES

Las compulsiones son conductas repetitivas que el obsesivo aprende a realizar con el fin de evitar o prevenir el daño. El objetivo de las compulsiones es reducir la ansiedad que produce la obsesión. Sin embargo, la mayor parte de las veces, la repetición de la conducta compulsiva, al final, acaba produciendo más ansiedad.

La conducta compulsiva tranquiliza a la persona únicamente si la ha realizado un número determinado de veces, o si la ha realizado exactamente de determinada forma (esto es, de modo altamente ritualizado). El problema más grave que suele ocurrir cuando la persona ejecuta la compulsión es la *duda* acerca de si la ha ejecutado el número de veces adecuado o si la ha realizado de la forma apropiada. Por ello, con frecuencia, al dudar, se ve obligada a repetir la acción para asegurarse de que la ha hecho correctamente. No obstante, es muy frecuente que la repetición de la conducta consiga el efecto contrario, es decir, el aumento de la ansiedad.

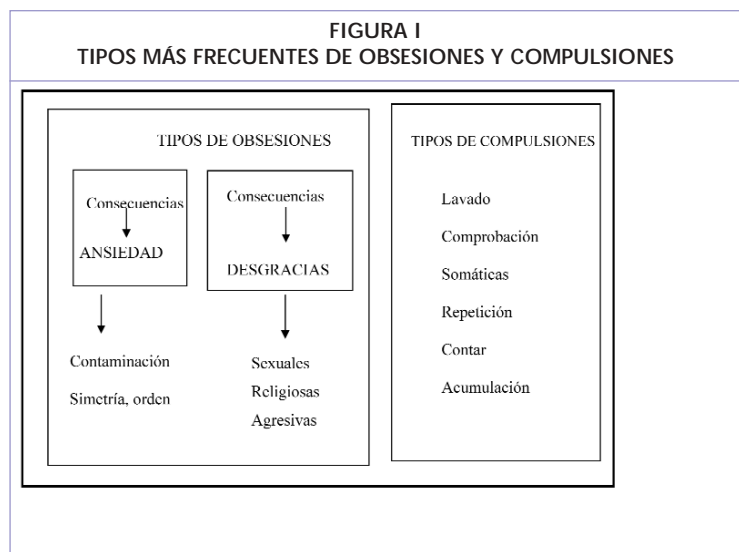
Tipos de compulsiones

Las compulsiones pueden ser mentales (como, por ejemplo, rezar o contar en silencio) o motoras (como pisar las baldosas del suelo de una manera determinada o lavarse las manos un número concreto de veces).

Existen varios tipos de compulsiones (ver la Figura 1). La mayoría de ellas suele estar relacionada con obsesiones concretas, pero también existen algunas que terminan siendo autónomas y realizándose al margen de cualquier obsesión que anteriormente las hubiera podido producir.

Las compulsiones de lavado se realizan generalmente cuando la obsesión es de contaminación. El objetivo es eliminar la ansiedad que ha producido el pensamiento obsesivo.

Las compulsiones de comprobación tienen lugar cuando las obsesiones (usualmente religiosas, sexuales o de agresión) generan en la persona que las sufre el temor a causar una desgracia o un accidente a alguien cercano (o a sí mismos).



Las compulsiones consistentes en contar, así como las de simetría y repetición, suelen realizarse con el único fin de disminuir o eliminar la ansiedad.

La persona con TOC aprende a prevenir el pensamiento obsesivo o a contrarrestar o neutralizar sus posibles consecuencias dañinas mediante diversas conductas.

NEUTRALIZACIÓN

La neutralización consiste en realizar una acción, bien interna bien externa, con el objetivo de anular o contrarrestar el posible efecto del pensamiento obsesivo.

La persona con obsesiones cree que el peligro a contaminarse o a hacer daño lo puede contrarrestar si ejecuta un determinado acto, si superpone una imagen al pensamiento obsesivo, o sencillamente si tiene otro pensamiento que, según siente, logra anular *el poder* del pensamiento obsesivo. También, de esta manera, consigue eliminar o reducir considerablemente la ansiedad.

Tipos de neutralización.

Además de las compulsiones hay otros tipos de neutralización. Los más frecuentes son las conductas de seguridad, de evitación, de vigilancia sobre las obsesiones y el razonamiento sobre su posible viabilidad (Salkovskis 1985, 1989).

Conductas de seguridad: se trata de conductas que consiguen eliminar la ansiedad y, si las hay, otras posibles consecuencias negativas producidas por la obsesión. No son conductas repetitivas. Por ejemplo, preguntar a alguien cercano si lo que teme puede suceder con la intención de que lo tranquilice; suprimir el pensamiento obsesivo como si no hubiera aparecido; o algún tipo de conducta “mágica” como pasar por delante de determinados sitios mirando hacia el suelo con el fin de que no ocurra nada dañino a un ser querido.

Evitación: consiste en evitar aquello que puede facilitar la obsesión. Por ejemplo, cuando las obsesiones están relacionadas con hacer daño a niños, se evita pasar cerca de una guardería o de un colegio; ir a casa de amigos o familiares que tienen niños pequeños; mirar libros con ilustraciones sobre niños; ver programas de televisión infantiles, etc.

Vigilancia y razonamiento: la persona con obsesiones está alerta ante la posible entrada en su mente del pensamiento obsesivo, con el fin de rechazarlo. También puede darse razones que le ayuden a aceptar que la obsesión es sólo un pensamiento y es inofensiva o poco probable que se convierta en realidad.

El problema de todos estos tipos de neutralización es que no consiguen su propósito. Muy al contrario, suelen exacerbar las obsesiones.

Distintas obsesiones suelen desencadenar distintos tipos de neutralización. A su vez, una misma obsesión lleva a la persona a que realice siempre el mismo comportamiento. No obstante, a veces, ante una misma obsesión, la persona realiza diferentes conductas, dependiendo del momento, del lugar y de si se encuentra solo o en compañía.

Así pues, se puede decir que determinadas obsesiones siempre conllevan el mismo tipo de conducta neutralizadora. Es el caso de la contaminación. Para el obsesivo de contaminación las únicas conductas que le sirven son las de lavado y las de limpieza. Lo único que cambia es la forma de lavarse y los productos o los medios que utilice. Por ejemplo, unas veces se lavará las manos con jabón, en otras, usará toallitas de usar y tirar. Posiblemente la elección de unas u otras dependerá de dónde y con quién se encuentre, pero siempre serán de lavado y limpieza.

Lo usual es que el contenido de la neutralización se relacione con el contenido de la obsesión. Sin embargo, hay ocasiones en que dicho contenido nada tiene que ver con la obsesión experimentada. Por ejemplo, una persona cuya obsesión es “agredir a un bebé”, para evitar que el pensamiento se convierta en realidad, da tres golpes en una puerta. De esa manera, neutraliza la obsesión y evita que haya consecuencias dañinas para ese bebé. En estos casos suele considerarse que la relación entre la obsesión y la compulsión es de tipo “mágico”.

COMIENZO Y PREVALENCIA DEL TOC

La prevalencia global de este trastorno está alrededor del 2,5% en la población general (Yoldascan, *et al.*, 2009), aunque hay en torno a un 13% que presenta algún síntoma obsesivo-compulsivo que le interfiere en su vida diaria (Fullana, *et al.*, 2009, 2010). Dichos síntomas suelen mantenerse estables a lo largo de muchos años (Fullana, *et al.*, 2007, 2009).

Las obsesiones y compulsiones pueden aparecer en tres momentos: infancia (hasta los 12 años), adolescencia (desde los 13 años hasta los 18); y vida adulta-joven (más de 18 años) (Geller, *et al.*, 2001).

La infancia

La edad de inicio en la infancia es muy variada, aunque no se sabe bien si ello es debido a que ocurre así en la realidad o a que es difícil de detectar a edades muy tempranas. No obstante, se ha llegado a diagnosticar en niños de seis años e incluso menos, aunque lo usual parece ser que surja por primera vez alrededor de los diez años. Las obsesiones más frecuentes son las que se acompañan de conductas de lavado (Gavino, 2006).

El TOC en los niños es muy semejante al de los adultos. De hecho, hay más semejanzas que diferencias.

En un estudio realizado en España sobre una extensa muestra de niños, Ruiz, Gavino y Godoy (2008) encontraron que las obsesiones más frecuentes eran las relacionadas con el miedo a contaminarse, el miedo a hacerse daño a sí mismo o a los demás (usualmente, un familiar cercano), las obsesiones agresivas, y las de simetría y orden. Las compulsiones más frecuentes, por su parte, eran las de limpieza o lavado excesivo o ritualizado, la comprobación, los rituales de repetición, y el contar, ordenar o arreglar.

Las compulsiones suelen comenzar antes que las obsesiones o, quizá, como postulan algunos autores, lo que sucede es que a edades muy tempranas las obsesiones son todavía muy difusas y es difícil evaluarlas y detectarlas. En cualquier caso, a estas edades las obsesiones parecen adoptar la forma de imágenes, dudas o sensaciones y pocas veces consisten en impulsos a hacer algo.

Los comportamientos obsesivo-compulsivos con comienzo temprano abundan más en los chicos que en las chicas. Sin embargo, los comportamientos obsesivo-compulsivos de comienzo tardío abundan más en las mujeres. Por eso, en los adultos, se presentan aproximadamente por igual.

Los comportamientos obsesivo-compulsivos se asocian muy fuertemente al síndrome de la Tourette, a los tics, al trastorno de hiperactividad y déficit atencional, a los problemas del comportamiento y a los problemas específicos del desarrollo.

En la infancia, además, se presentan con frecuencia obsesiones y compulsiones atípicas: rituales al escribir o leer, al moverse y al hablar (repetir sonidos, palabras o frases), etc. Estos rituales pueden ser mecánicos o de neutralización.

Suelen ser también frecuentes las compulsiones que se asemejan a los tics (repetitivas o mecánicas, por impulso o para descargar energía) como tocar, rozar, golpear, respirar de cierta forma, y guiñar o hacer muecas con la cara o los ojos.

Los familiares de los niños con TOC y de los adultos con TOC de comienzo temprano suelen tener, o TOC, o tics.

La adolescencia y la juventud

Otro momento importante de aparición del TOC es en la adolescencia. Su frecuencia es mayor que en la infancia. En este período la frecuencia del TOC también es mayor en varones que en mujeres. Las obsesiones y compulsiones más frecuentes en esta época, además de las de contaminación-lavado, son las de simetría, exactitud y la compulsión de comprobación. Además, comienzan a aparecer las obsesiones sexuales y religiosas.

Finalmente, la edad adulta-joven es la más proclive al surgimiento de las obsesiones y compulsiones, se dan tanto en hombres como en mujeres. La edad promedio oscila entre los veinte y los veinticinco años. Las obsesiones y compulsiones más frecuentes en mujeres adultas son las de contaminación-lavado. En muchas ocasiones se acompañan de depresión. Los adultos maduros y las personas de edad avanzada, aunque pueden presentar "manías" y comportamientos ritualizados, es muy poco probable que generen un trastorno obsesivo compulsivo por primera vez.

EXPLICACIONES TEÓRICAS DEL DESARROLLO DEL TOC

Desde la corriente cognitivo-conductual se han generado diversas teorías para explicar el desarrollo del TOC y, en concreto, el papel de la interpretación de las intrusiones (para conseguir más información sobre estas teorías, ver Abramowitz, Taylor, y McKay, 2009). Esta interpretación de las intrusiones se sustenta en ciertas creencias disfuncionales que varían de una teoría a otra. El Cuadro I presenta las creencias disfuncionales más frecuentes.

La teoría sobre la responsabilidad excesiva (Salkovskis (1985, 1989; Rachman 1997, 2002) (ver la Figura II) es, probablemente, la más desarrollada.

El componente explicativo de esta teoría es la responsabilidad excesiva. La persona que sufre un TOC se siente responsable del pensamiento obsesivo, o de sus posibles consecuencias, por lo que se ve impelida a neutralizarlo para evitar éstas. Su vulnerabilidad hacia este tipo de pensamientos favorece el desarrollo de dicha responsabilidad.

LA EVALUACIÓN DEL TOC

Una primera incursión evaluadora se puede realizar mediante la entrevista SCID-I, destinada a evaluar los trastornos del Eje I del DSM. Rivas y colaboradores (2009) han desarrollado un cuestionario de diagnóstico del TOC que permite detectar

si es probable que una persona presente este trastorno o no. Dicha prueba consta de muy pocos ítems y es de fácil autoaplicación.

Además, en las últimas décadas, se han desarrollado una serie de instrumentos de evaluación que dan información sobre si la persona presenta obsesiones y compulsiones, su gravedad y su frecuencia. Junto a estos cuestionarios, se han desarrollado otros que informan al clínico sobre componentes del trastorno que le ayudan a desarrollar el tratamiento psicológico adecuado. El Cuadro II presenta los cuestionarios más frecuentemente usados con adultos, qué miden y su adaptación a la población española.

Por último, debido a la influencia ejercida por las modernas teorías cognitivas sobre la psicopatología del TOC, también existen múltiples instrumentos para evaluar las variables a las que antes hemos hecho referencia al hablar de dichas teorías.

En niños también se han desarrollado algunos instrumentos de evaluación. En el Cuadro III se presentan los que conocemos que ya han sido adaptados a la población española.

PROGRAMAS PSICOLÓGICOS DE INTERVENCIÓN

Una característica de los pacientes con TOC es que suelen tardar bastante en acudir a consulta para recibir tratamiento, especialmente cuando sólo presentan compulsiones (sin obsesiones molestas) o cuando viven en condiciones familiares o sociales deficitarias (Demet, *et al.*, 2010).

Para el tratamiento de las obsesiones y compulsiones existen tanto tratamientos farmacológicos (destacando entre éstos, los inhibidores de la recaptación de la serotonina; ver Choi, 2009), como tratamientos psicológicos. Entre éstos últimos destacan la prevención de respuesta y la terapia cognitiva-conductual.

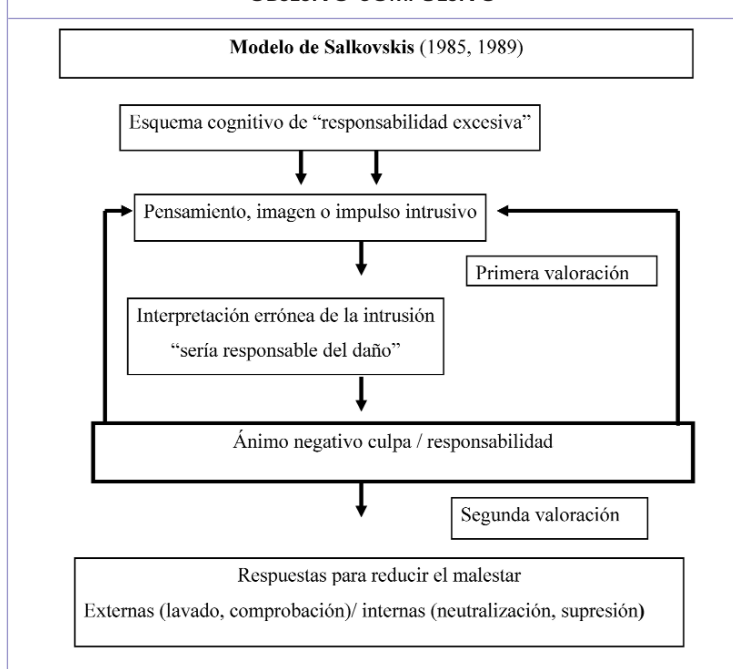
La Prevención de Respuesta acompañada de exposición (PR+E) ha mostrado ser eficaz en el tratamiento del TOC (Chambless, 2001, Gavino, 2004, 2005, 2008; Vallejo, 2001). La proporción de éxitos terapéuticos con estas técnicas es muy alta. De acuerdo a la revisión realizada por Foa (2001), el tratamiento del TOC mediante PR+E consigue eliminar o reducir considerablemente los problemas obsesivos en un 80% de los sujetos tratados y, de éstos, un 69% mantiene los resultados en un seguimiento de dos años.

Sin embargo, hay autores que presentan datos diferentes. Así, McKay (1997) encuentra que la desaparición completa de los síntomas sólo ocurre en el 50% de los pacientes tratados. El otro 50% mejora parcialmente, sufre recaídas, o no responde al tratamiento.

TABLA 1
CLASIFICACIÓN DE LAS ADICCIONES

Creencia	Definición
Creencias sobre la responsabilidad excesiva.	Se entiende por responsabilidad excesiva (o inflada) la creencia de que uno ejerce un papel central en la ocurrencia y prevención de sucesos negativos experimentados como de una importancia crucial. Los sucesos pueden tener consecuencias en el mundo real, o consecuencias morales. En cualquier caso, el sujeto experimenta el imperativo inexcusable de que tiene que prevenir o subsanar dichas consecuencias
Creencias relacionadas con la sobreestimación de la amenaza	Creencia firme y exagerada de que el peligro o el daño son (a) altamente probables y (b) tremendamente importantes o graves. Esta creencia no es general, sobre cualquier tipo de peligro, sino únicamente referida a las consecuencias de tener la intrusión. También sobre el peligro o la amenaza a que uno mismo está sometido.
Creencias relacionadas con sobreestimar la importancia de los pensamientos y con la necesidad de su control	Se le da una importancia capital a ejercer un control completo sobre las intrusiones, junto con la creencia de que ello es posible y deseable. Incluye las siguientes creencias (a) se debe vigilar estrechamente los eventos mentales; (b) no controlar las intrusiones conlleva tremendas consecuencias morales; (c) no lograr controlarlas también conlleva tremendas consecuencias psicológicas y comportamentales; (d) el control del pensamiento puede lograrse de hecho si uno se esfuerza lo suficiente, especialmente a largo plazo; (e) pensar en algo inapropiado es tan malo como hacerlo de hecho.
Creencias relacionadas con perfeccionismo	La creencia de que (a) cada problema tiene su solución, (b) hacer las cosas bien (i.e., sin equivocaciones o errores) es, no sólo posible, sino absolutamente necesario, y (c) incluso las menores equivocaciones pueden producir consecuencias graves.
Creencias relacionadas con la intolerancia hacia la incertidumbre	Está formada por tres tipos de creencias: (a) la creencia de que es necesario o imprescindible estar seguro; (b) la creencia de que soporta mal el no estar seguro; (c) la creencia de que no es posible actuar correctamente en las situaciones de inseguridad.

FIGURA II
MODELO TEÓRICO DE SALKOVSKIS EXPLICATIVO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO



A lo anterior hay que añadir que alrededor del 25% de los pacientes que requieren tratamiento no se beneficia de la PR+E (Foa, *et al.*, 1985; Steketee, 1993; McKay, 1997; Thornicroft, Colson y Marks, 1991).

De los resultados de las investigaciones realizadas hasta la fecha se puede concluir lo siguiente:

- (a) Aproximadamente un 25% de personas con TOC se niegan a recibir estos tratamientos (PR+E) cuando las obsesiones tienen un componente de daño a otras personas. En dichos casos, sin embargo, los inhibidores de recaptación de la serotonina suelen ser especialmente eficaces, así como con las obsesiones de tipo religioso (Landeros-Weisenberger, *et al.*, 2010).
- (b) Se ha encontrado que la eficacia de la PR+E disminuye considerablemente en personas que, además de TOC, presentan depresión severa, lo que ha llevado a crear un tratamiento específico para aquellos casos con TOC y depresión comórbida (Abramowitz, 2004). La comorbilidad en general, sin embargo, se relaciona poco con los resultados del tratamiento (Olantunji, Cisler y Tolin, 2010).
- (c) La PR+E no trabaja directamente con las obsesiones, por lo que en aquellas personas en que no aparecen compulsiones, motoras o mentales, no resulta factible su aplicación.
- (d) Los pacientes con un TOC muy grave, en el que la pérdida de conciencia de su patología es muy alta, no se benefician de la PR+E (Foa, 2001; Foa, *et al.*, 1983).

En general, parece ser que los resultados varían según el tipo de obsesiones y compulsiones de que se trate: en pacientes con TOC de contaminación y rituales de lavado/limpieza se obtienen mejores resultados que en otros pacientes con otros tipos de TOC (Ball, Bastiani y Otto, 1995).

Para contrarrestar estos problemas, sin embargo, en los últimos años se han desarrollado tratamientos cognitivo-conductuales basados en teorías cognitivas (Freeston, Léger y Ladouceur, 2001; Ladouceur, *et al.*, 1994; 1996; Whittal *et al.*, 2009) que han demostrado ser igualmente eficaces, incluyendo el tratamiento en niños y adolescentes (v.g., Farrell, Schlup y Boschen, 2010; Krebs y Heyman, 2010). Una descripción pormenorizada de este tipo de tratamientos puede verse en la obra de Gavino (2008).

REFERENCIAS

Abramowitz, J. S. (2004). Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients with comorbid major depression. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 60, 1133–1141.

CUADRO II INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LAS OBSESIONES, COMPULSIONES Y OTROS COMPONENTES OBSESIVOS EN ADULTOS		
Instrumentos originales	Qué miden	Versión española
SCID-I	Diagnóstico del TOC y otros trastornos clínicos	First, <i>et al.</i> (1999)
Y-BOCS	Intensidad de obsesiones y compulsiones	Pertusa, <i>et al.</i> (2010)
OCI-R	Malestar producido por obsesiones y compulsiones	Fullana, <i>et al.</i> (2005)
VOCI	Frecuencia de obsesiones y compulsiones	Nogueira, <i>et al.</i> (2009)
OBO	Creencias obsesivas: Responsabilidad, perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, importancia de los pensamientos y de su control	Ruiz, <i>et al.</i> (2008)
III	Interpretación de las intrusiones obsesivas	Rodríguez-Albertus, <i>et al.</i> (2008)
CIQ	Interpretación y forma de las intrusiones y estrategias seguidas para controlarlas	Romero, <i>et al.</i> (2005)
MPS	Perfeccionismo multidimensional	Gavino, <i>et al.</i> (2006)
TAF	Fusión pensamiento-acción	Shafran, <i>et al.</i> (1996)

CUADRO III INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LAS OBSESIONES, COMPULSIONES Y OTROS COMPONENTES OBSESIVOS EN NIÑOS		
Instrumentos originales	Qué miden	Versión española
ADIS	Diagnóstico del TOC y otros trastornos clínicos	Sandín, 2002
CY-BOCS	Intensidad de obsesiones y compulsiones	Ulloa, <i>et al.</i> (2004)
SCAS	Trastornos de ansiedad infanto-juveniles	Godoy, <i>et al.</i> (2010) Tortella, <i>et al.</i> (2005: versión en catalán)
SDQ	Screening de trastornos infantiles	Goodman (1997)*
OBO	Creencias obsesivas: Responsabilidad, perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, importancia de los pensamientos y de su control.	Nogueira, <i>et al.</i> (2010)
CIQ	Interpretación y forma de las intrusiones y estrategias seguidas para controlarlas	Romero, <i>et al.</i> (2005)
MPS	Perfeccionismo multidimensional	Gavino, <i>et al.</i> (2006)
TAF	Fusión pensamiento-acción	Fernández-Llebrés, <i>et al.</i> (2010)

* El SDQ tiene versiones en las cuatro lenguas de España y puede conseguirse en:
Catalán: <http://www.sdqinfo.com/d4.html> Español: <http://www.sdqinfo.com/d29.html>
Eusquera: <http://www.sdqinfo.com/d2.html> Gallego: <http://www.sdqinfo.com/d10.html>

- Abramowitz, J. S., Taylor, S., y McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 374, 489-497.
- American Psychiatric Association (2000/2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Ball, S. G., Baer, L. y Otto, M. W. (1995). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder in behavioral treatment studies: a quantitative review. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 47-51.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review Psychology*, 52, 685-756.
- Choi, Y. (2009). Efficacy of treatments for patients with obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 207-13.
- Demet, M. M., Deveci, A., Ta kin, E. O., Erbay Dünder, P., Türel Ermertcan, A., Mızrak Demet, S., et al. (2010). Risk factors for delaying treatment seeking in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. En prensa, doi: 10.1016/j.comppsy.2010.02.008.
- Farrell, L. J., Schlup, B., y Boschen, M. J. (2010). Cognitive-behavioral treatment of childhood obsessive-compulsive disorder in community-based clinical practice: clinical significance and benchmarking against efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 409-17.
- Fernández-Llebrés, R., Godoy, A., y Gavino, A. (2010). Adaptación española del Cuestionario de Fusión Pensamiento-Acción para Adolescentes (TAFQ-A). *Psicothema*, 22, 489-494.
- First, M. B.; Spitzer, R. L.; Gibbon, M.; y Williams, J. B. W. (1999). Guía del usuario para la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión clínica. SCID-I. Barcelona: Masson.
- Foa, E. B. (2001). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo. *VIII Symposium Internacional sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatría. El Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. Barcelona.
- Foa, E. B., Steketee, G. S. y Ozarow, B. J. (1985). Behavior therapy with obsessive-compulsive patients. En M. Mavissakalian, S. M. Turner y L. Michelson (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder* (pp. 49-129). New York: Plenum.
- Freeston, M. H., Léger, E., y Ladouceur, R. (2001). Cognitive therapy of obsessive thoughts. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 61-78.
- Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., y Harrington, H. (2009). Obsessions and Compulsions in the Community: Prevalence, Interference, Help-Seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *American Journal of Psychiatry*, 166, 329-336.
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andion, O., Torrubia, R., Mataix-Cols, D., et al. (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.
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Taberner, J., Torrubia, R., Mataix-Cols, D., et al. (2007). Temporal stability of obsessive-compulsive symptom dimensions in an undergraduate sample: a prospective 2-year follow-up study. *Behavior Modification*, 31, 815-24.
- Fullana, M. A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., de Graaf, R., Demyttenaere, K., et al. (2010). Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*, 124, 291-9.
- Gavino, A. (2004). *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. Madrid: Pirámide.
- Gavino, A. (2005). Trastorno obsesivo-compulsivo: Criterios diagnósticos y tratamiento psicológico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58, 135-154.
- Gavino, A. (2006). *Mi hijo tiene manías*. Madrid: Pirámide.
- Gavino, A. (2008). *El trastorno obsesivo-compulsivo. Manual práctico de tratamientos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Gavino, A., Godoy, A., y Ruiz, M. C. (2006). Adaptación al español de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (MPS). Trabajo sin publicar.
- Geller, D. A., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Craddock, K., Hagermoser, L., et al. (2001). Developmental Aspects of Obsessive Compulsive Disorder: Findings in Children, Adolescents, and Adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 471-477.
- Godoy, A. Gavino, A., Carrillo, F., y Cobos, M. P. (2010). Composición factorial de la versión española de la Spence Children Anxiety Scale (SCAS). Artículo en revisión.
- Goodman R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.

- Krebs, G., y Heyman, I. (2010). Treatment-resistant Obsessive-compulsive Disorder in Young People: Assessment and Treatment Strategies. *Child and Adolescent Mental Health*, 15, 2-11.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Gagnon, F., Thibodeau, N. y Dumont, J. (1994). Cognitive-behavioral treatment of obsessions ruminations. *Behavior Modification*, 19, 247-257.
- Ladouceur, R., Léger, E., Rhéaume, J. y Dubé, D. (1996). Correction of inflated responsibility in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 34, 767-774.
- Landeros-Weisenberger, A., Bloch, M. H., Kelmendi, B., Wegner, R., Nudel, J., Dombrowski, P., et al. (2010). Dimensional predictors of response to SRI pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 121, 175-9.
- McKay, D. (1997). A maintenance program for obsessive-compulsive disorder using exposure with response prevention: 2 years follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 367-369.
- Nogueira, R., Godoy, A., Gavino, A., y Romero, P. (2009). Propiedades psicométricas del Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) en dos muestras no clínicas de población española. *Psicothema*, 21, 646-651.
- Nogueira, R., Godoy, A., Gavino, A., y Romero, P. (2010). Propiedades psicométricas de la versión española del Cuestionario de Pensamientos Obsesivo (OBQ). Artículo en revisión.
- OCCWG, 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, 1527-1542.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., y Tolin, D. F. (2010). A meta-analysis of the influence of comorbidity on treatment outcome in the anxiety disorders. *Clinical psychology Review*, 30, 642-654.
- Pertusa, A., Jaurrieta, N., Real, E., Alonso, P., Bueno, B., Segalàs, C., et al. (2010). Spanish adaptation of the Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Comprehensive Psychiatry*. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.02.011.
- Rivas, T., Planas, A., y Gavino, A. (2009): Cuestionario de diagnóstico del Trastorno Obsesivo Compulsivo (CUDIA-TOC): Descripción y Propiedades Psicométricas. *Psicología Conductual*, 17, 2, 231-255.
- Rodríguez-Albertus, M. M., Godoy, A. y Gavino, A. (2008). Propiedades psicométricas de la versión española del Inventario de Interpretación de Intrusiones (III). *Ansiedad y Estrés*, 14, 187-198.
- Romero, P., Godoy, A., Gavino, A., y Anarte, T. (2005). Spanish adaptation of the Cognitive Intrusions Questionnaire. Comunicación en el VIII *European Conference on Psychological Assessment*, Budapest.
- Ruiz, M. C., Godoy, A., y Gavino, A. (2008). Propiedades psicométricas de la versión española del Cuestionario de Creencias Obsesivas (OBQ). *Ansiedad y Estrés*, 14, 175-185.
- Ruiz, V. M., Gavino, A., y Godoy, A. (2008). Obsessive-compulsive behaviors in children and adolescents in Spain: A descriptive study. *XXIX International Congress of Psychology*, Berlin.
- Salkovskis, P.M. (1985): Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P.M. (1989): Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behavior Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P.M. (1999): Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*. S 29-S52.
- Shafran, R., Thordarson, D. S., y Rachman, S. (1996). Thought-Action Fusion in Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of anxiety disorders*, 10, 379-391.
- Steketee, G. S. (1993): *Treatment of Obsessive Compulsive Disorder*. New York: Guilford Press.
- Thornicroft, G., Colson, L. y Marks, I. M. (1991). An in-patient behavioural psychotherapy unit description and audit. *British Journal of Psychiatry*, 158, 362-367.
- Tortella, F. M., Balle, M., Servera, B. M., y García, B. G. (2005). Propiedades Psicométricas de la Adaptación Catalana de la Escala de Ansiedad para Niños/as de Spence (SCAS). *Psicología Conductual*, 13, 111-123.
- Ulloa, R. E., de la Peña, F., Higuera, F., Palacios, L., Nicolini, H., y Avila, J. M. (2004). Estudio de la validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Yale-Brown del trastorno obsesivo-compulsivo para niños y adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 216-221.
- Vallejo, M.A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13, 3, 419-427.
- Whittal, M. L., Woody, S. R., McLean, P. D., Rachman, S., y Robichaud, M. (2010). Treatment of obsessions: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 295-303.
- Yoldascan, E., Ozenli, Y., Kutlu, O., Topal, K., y Bozkurt, A. I. (2009). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Turkish university students and assessment of associated factors. *BMC Psychiatry*, 9, 40.

Ficha 1.

Aparición y mantenimiento de las obsesiones

Formas de aparición de la obsesión en un paciente

Son varias las formas en las que puede aparecer un pensamiento obsesivo.

Una persona que sufre un TOC se ve invadida por los pensamientos obsesivos de manera que su vida cotidiana está plagada de obsesiones y de conductas de neutralización. Esta situación le lleva a reducir cada vez más su número de actividades, a relacionarse menos con la familia, los amigos y los compañeros de trabajo, a evitar lugares y objetos. En muchas ocasiones no puede predecir cuándo aparecerán las obsesiones, por lo que su estado de ansiedad es elevado, lo cual, a su vez, favorece el que surjan. El motivo de todo ello es que su aparición puede ocurrir de varias formas. Las más comunes son las siguientes (ver la Figura 1).

Formas de obsesiones:

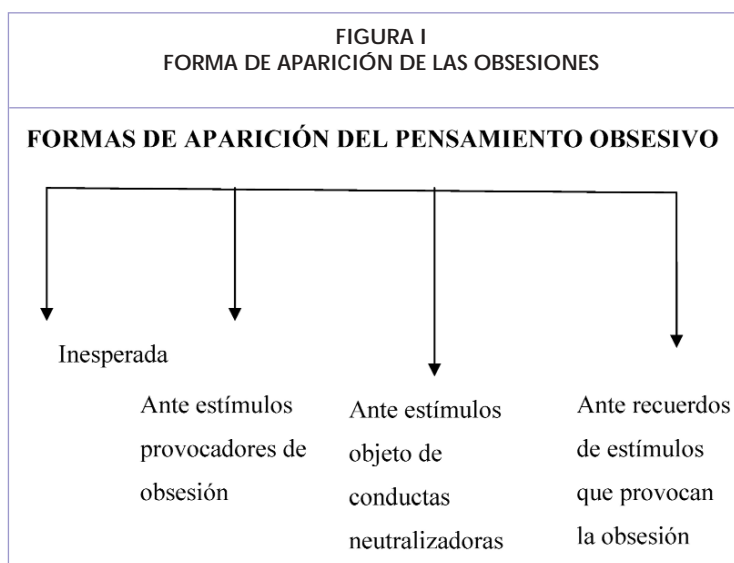
Obsesión inesperada: No hay ningún elemento ambiental que recuerde la obsesión. De hecho, la persona puede estar realizando alguna actividad o sencillamente pensando en cualquier cosa ajena a la obsesión. Puede estar sola o acompañada. Y, de repente, sin esperarlo, surge en su mente la obsesión. Por ejemplo, una persona puede estar paseando con una amiga mientras hablan sobre las próximas vacaciones de ésta. De repente, sin saber por qué, se introduce en su mente la palabra “**muerte**”. La ansiedad se dispara, ya que esa palabra significa que va a ocurrir algo terrible a una persona de su entorno. En ese momento, se ve impelida a cruzar de acera un número determinado de veces para neutralizar el poder de la palabra pensada.

Otro ejemplo, la persona se encuentra en su casa, es mediodía y está comiendo con su familia. De repente, le viene a la mente una blasfemia. Eso significa que va a morir alguien de los que están sentados a la mesa con ella. Neutraliza el pensamiento rezando, tres veces, tres padres nuestros (si duda de que ha rezado tres veces, vuelve a comenzar su rezo, y así una y otra vez hasta que esté segura de que lo ha conseguido).

Obsesión provocada por el encuentro del motivo de dicho pensamiento: En estos casos, el pensamiento obsesivo se dispara cada vez que la persona ve, oye o lee aquello con lo que se relaciona el contenido de la obsesión. Por ejemplo, oye llorar a un bebé, o lo ve en un cochecito, o escucha el griterío de niños porque hay una escuela cerca de donde está pasando en ese momento, o aparece un anuncio en la televisión en el que sale un bebé. En ese momento, se le dispara la idea obsesiva de que *va a matar a un bebé*. Para evitar que esto suceda realiza una conducta de neutralización del tipo que se ha comentado en el párrafo anterior.

Obsesión provocada por el encuentro con ciertos estímulos objeto de conductas neutralizadoras: El pensamiento obsesivo surge porque la persona se encuentra ante estímulos que suelen servir para neutralizar la obsesión. Por ejemplo, las rayas de separación de las baldosas. Cada vez que tiene una obsesión, recorre una distancia determinada sin pisar dichas rayas, de esa manera evita que ocurra algo malo a personas cercanas. En ese momento no tiene la obsesión, pero al ver las baldosas se acuerda de lo que hace y la obsesión se presenta con toda su fuerza.

Obsesión provocada por el recuerdo de ciertas situaciones: El pensamiento aparece ante el recuerdo



de estímulos que provocan sistemáticamente la obsesión. Por ejemplo, la persona está viendo una película en el cine con un amigo. Sus pensamientos divagan y recuerda la imagen de su sobrina de tres meses de vida. En ese instante le surge la obsesión "puedo hacerle daño".

LAS COMPULSIONES OBSESIVAS

Las compulsiones obsesivas son conductas repetitivas cuya finalidad es reducir la ansiedad y eliminar la posibilidad de que ocurra algo malo a sí mismo o a otros.

Pueden ser mentales, por ejemplo, rezar o contar, o motoras, por ejemplo, pisar las baldosas de la calle de una manera determinada para evitar tocar las rayas que separan unas de otras.

Aparición de las conductas compulsivas

Las compulsiones obsesivas surgen de dos formas:

(a) Después del pensamiento obsesivo. Cada vez que aparecen los pensamientos obsesivos, se hace una compulsión.

El contenido de ésta puede ser de dos tipos:

1. El contenido de la compulsión está relacionado con el de la obsesión. Por ejemplo, cuando el pensamiento es de contaminación, la persona se lava las manos varias veces seguidas hasta que la ansiedad desciende o desaparece.
2. El contenido de la compulsión no está relacionado con el de la obsesión. Por ejemplo, cada vez que surge el pensamiento obsesivo de hacer daño a un niño, la persona recorre un trayecto concreto varias veces procurando no pisar las rayas de las baldosas.

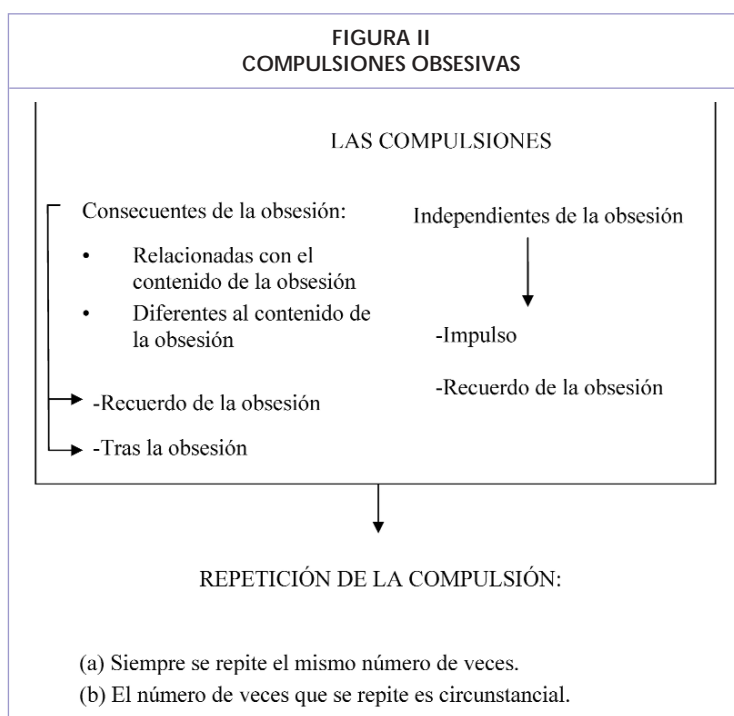
Ambas modalidades ocurren, bien porque se recuerda la obsesión, bien porque ha aparecido la obsesión. Un ejemplo del primer caso es cuando la persona recuerda o se imagina la cara de un bebé. En ese momento, se ve impelida a realizar la compulsión. Un ejemplo del segundo caso es cuando el bebé está presente y rápidamente le viene el pensamiento intruso.

(b) Independiente de la obsesión. La compulsión ha adquirido autonomía y se realiza sin que el pensamiento obsesivo haya ocurrido. Unas veces porque la persona recuerda la obsesión y otras porque responde a un impulso. Si una persona con TOC, cada vez que pasa por una calle concreta recuerda la obsesión, entonces hace el ritual de no pisar las rayas de las baldosas, y lo mismo le ocurre cuando ve las baldosas aunque no tenga el pensamiento obsesivo ni se acuerde de él; sencillamente realiza la conducta sin plantearse el por qué, de manera automática.

Repetición de las conductas compulsivas.

La repetición de las compulsiones obsesivas puede ser de dos formas:

1. Siempre se repite el mismo número de veces. La persona que sufre el TOC, cada vez que realiza una compulsión la repite una serie de veces que es fija: pueden ser tres, seis, cuatro. No importa cuál sea la obsesión, cada vez que surge, realiza el ritual exactamente el número de veces que le genera tranquilidad.
2. El número de veces que se repite varía. Esta alternativa puede presentarse de dos maneras:
 - (a) Cada contenido de la obsesión conlleva una compulsión con un número fijo de repeticiones. La variación depende del contenido de la obsesión. A unos le seguirán



siempre tres veces la conducta compulsiva; a otros, seis; etcétera. Por ejemplo, cada vez que le viene el pensamiento obsesivo de coger un cuchillo y hacer daño a su bebé, va a la habitación donde duerme el niño tres veces seguidas. Cuando la obsesión que le aparece es una blasfemia al pasar por delante del crucifijo que hay en la cabecera de su cama, tiene que salir fuera y volver a entrar mientras reza un padrenuestro seis veces

- (b) Todas las obsesiones que tiene la persona conllevan una compulsión que se repite un número de veces variado, según el momento. Por ejemplo, siguiendo con la obsesión de hacer daño a un bebé, la persona realizará la compulsión de entrar y salir de la habitación varias veces seguidas pero en unas ocasiones serán tres, en otras cuatro o en otras seis. El número no está fijado previamente, acaba la compulsión cuando *siente* que desciende la ansiedad y que lo que teme no va a ocurrir.

La Figura II resume todo lo comentado hasta aquí.

Ficha 2.

Tratamiento psicológico del TOC infantil

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en la infancia no es uno de los más estudiados ni de los más conocidos en clínica. Se puede decir que está sub-diagnosticado, principalmente por cuatro motivos: es de naturaleza secreta, es decir, el niño lo oculta; tiene pobre "insight", es decir, muchas veces no se tiene conciencia de que se tiene el trastorno; con frecuencia genera en el niño desconcierto y culpabilidad; y pasa desapercibido para los adultos en muchas ocasiones. Estos, únicamente perciben el problema cuando la ansiedad es muy elevada y hay deterioro funcional.

Todo lo anterior favorece que no se pida ayuda al profesional en la edad en la que comienza el trastorno a desarrollarse, y que, por lo tanto, haya poca intervención clínica y escasa investigación.

Datos relevantes para el clínico

Antes de intervenir en el tratamiento del TOC en niños, es necesario que el clínico tenga cierta información sobre dicho trastorno en la infancia.

Muchos niños no saben explicar las consecuencias que temen. Son premoniciones vagas o tienen una sensación difusa de que puede ocurrir algo malo.

Algunas compulsiones, como las de simetría o las de repetición, no tienen un componente ideacional claro y puede ser difícil distinguirlas de los tics.

Muy pocos niños tienen obsesiones sin compulsiones.

Los pensamientos o imágenes suelen ser de contenido sexual, agresivo o blasfematorio.

Los niños con obsesiones reconocen que no pasa nada por tocar a alguien que está contaminado, pero no pueden evitar lavarse las manos.

Comportamientos sociales que ayudan al tratamiento

Los familiares han de saber que la excitación emocional en el niño favorece el TOC, es decir, aumenta los síntomas. Por otra parte, es aconsejable no dramatizar la situación para que el niño no la viva como algo grave y sin solución. Asimismo, participar en los rituales compulsivos del niño es contraproducente. Sin embargo, las manifestaciones de calma y de apoyo al niño ayudan a que éste se tranquilice y se sienta comprendido, y permiten que el tratamiento consiga buenos resultados.

Síntomas más comunes del TOC en la infancia

Los síntomas más comunes que se presentan en la época infantil son:

- 1) Obsesiones de contaminación, acompañadas de lavado de manos y evitación de objetos "contaminados". La contaminación puede ser concreta (semen), o difusa (sucio, pringoso).
- 2) Compulsión de comprobación repetitiva (puerta bien cerrada, para *que no le ocurra nada malo a su familia*).
- 3) Dudas obsesivas (¿he atropellado con la bici a un animal?) Piden repetidas aclaraciones a la familia.
- 4) Algunos niños presentan obsesiones religiosas (con repetidas oraciones, etc.).

En cuanto a las compulsiones más frecuentes se pueden citar las siguientes:

- ✓ Lavado de manos y evitación.
- ✓ Contar, arreglar o tocar de manera repetida hasta sentirse que está bien ("just right experiences").
- ✓ Simetría.
- ✓ Acciones repetidas, o repetidas un número de veces determinado.
- ✓ Volver a leer o a escribir tareas escolares.
- ✓ Rituales mentales (rezar en silencio, repetir, contar o tener que pensar en algo hasta "sentir que está bien").

La técnica de exposición

El objetivo principal del tratamiento es conseguir que el niño se sienta bien sin necesidad de realizar las conductas de

neutralización, evitación o escape. Para conseguirlo es preciso, por ejemplo, que toque sin problemas y con naturalidad aquellos objetos o personas que considera "sucios".

Así pues, se puede decir que el objetivo final es eliminar el malestar que siente el niño. En consecuencia, dejará de tener esos cambios emocionales bruscos que favorecen la sintomatología obsesiva y dejará de realizar las conductas inapropiadas.

Para conseguir lo anterior, es necesario que el tratamiento comience con la eliminación de las conductas problemáticas. Sólo cuando éstas ya no se produzcan, irá desapareciendo el malestar e irá olvidándose la sensación de "suciedad" o de "contaminación". Finalmente se normalizará el estado de humor.

La forma de intervenir sobre la sintomatología obsesiva que se ha mostrado más efectiva es aplicando la técnica de exposición. Veamos el proceso con detenimiento sobre la compulsión de lavado tras haber tocado un objeto "contaminado". Para aplicarla sobre otros tipos de compulsiones, basta con sustituir el lavado por la compulsión de que se trate en cada caso.

Eliminación de las conductas problema.

La función de las conductas de lavado, de evitación o cualquier otra que cumple el mismo cometido, es la de reducir o eliminar el malestar. De hecho, el niño ha aprendido que lo consigue aunque esa tranquilidad no le dure mucho tiempo. Con cada movimiento, con cada gesto que no controle, existe el riesgo de volver a sentirse "sucio" y, por lo tanto, a tener que lavarse o evitar más y más cosas.

A pesar de ello, el niño las realiza, ya que es lo único que hasta ahora le ha servido. Aunque sea durante corto tiempo.

El objetivo aquí es demostrarle que la reducción del malestar se logra también si no hace las conductas. Al principio sentirá mucha ansiedad, pero si se mantiene firme y aguanta, ésta irá desapareciendo y al final conseguirá el mismo resultado que pretende cuando las hace; es decir, sentirse bien y sin esa sensación de malestar. Pero con la ventaja de que no pierde el tiempo con ellas y no necesita hacer cosas para quedarse tranquilo.

El primer paso para poner en marcha la técnica de exposición es conseguir que el niño entienda y acepte el planteamiento del terapeuta, o el de los padres si se aplica a través de éstos. Luego tiene que atreverse a seguir las instrucciones de la propia técnica terapéutica. No se trata de convencerlo, animarlo, y esperar a ver si lo consigue. Es necesario planificar el momento, hacer ensayos y seguir unas instrucciones porque, si abandona, puede reforzarse el malestar.

Los pasos de la exposición

La exposición consiste en conseguir que el niño toque objetos *tabú* sin que se realice la conducta neutralizadora después, y permanecer en esa situación hasta que la ansiedad desaparezca.

Los pasos son los siguientes:

- 1) Elegir un momento del día.
- 2) Recordar al niño el ejercicio que se va a hacer.
- 3) Animarle a que toque un objeto contaminado.
- 4) Ayudarle a que permanezca tocándolo todo el tiempo que sea necesario hasta que sienta que empieza a tranquilizarse.
- 5) Permanecer en esa situación hasta que se esté seguro de que el niño no siente ansiedad.
- 6) Dejar el objeto y no lavarse.

No es fácil poner en marcha esta técnica. Es preciso que los padres la comprendan bien y estén dispuestos a ponerla en práctica o a colaborar con el terapeuta.

El niño lo va a pasar mal, porque al principio y durante cierto tiempo de la exposición sentirá mucha ansiedad y querrá dejarlo. Hay que estar preparados para esa situación. Hay que asegurarle que no se le va a dejar solo en ningún momento y que no le va a pasar nada, que confíe en ellos (los padres o el terapeuta). Se le sonrío todo el tiempo, se le anima y se le refuerza verbalmente: "muy bien", "lo estás consiguiendo" "eres todo un valiente", "ya falta menos", etcétera. Si es posible, se le distrae con una conversación que sea de su interés, se bromea o se le cuenta lo que van a hacer después (algo que al niño le guste mucho). Hay que mostrarse relajados, tranquilos y seguros.

Es importante tener algo preparado para hacer inmediatamente después de que deje de tocar el objeto contaminado, con el fin de que no haya posibilidad de realizar la conducta de neutralización.

Observaciones al aplicar la técnica de exposición

Si el niño no está dispuesto, no quiere hacerlo o sencillamente se niega, no es aconsejable obligarle. Es muy negativo el interrumpir la sesión, porque aprende que no hacer la conducta o tocar esos objetos le genera mucho malestar, con lo que se le refuerza su creencia, en lugar de cambiarla. Así pues, es conveniente contarle al niño en qué consiste el ejercicio que van a empezar. Dejarle bien claro cada uno de los pasos. Responderle a todas las dudas que tenga. Si pone objeciones o insiste en no hacerlo, es mejor no seguir y volver a explicarle la técnica y los resultados que se consiguen, de manera que confíe en el tratamiento y se anime a llevarlo a cabo.

La técnica de exposición se puede aplicar de dos formas: exposición gradual y exposición total.

Exposición gradual

Antes de iniciar estas sesiones de exposición se elabora una lista de aquellos objetos o personas que son problemáticas para el niño, es decir que evita tocarlos siempre que puede y se lava cuando le ha sido imposible evitar el contacto. Se establece una jerarquía de acuerdo al grado de malestar que le producen al niño. Y se empieza por los elementos menos problemáticos de dicha jerarquía.

La exposición es gradual cuando se presentan los estímulos temidos de menor a mayor dificultad.

En ningún caso significa que se expone al niño más o menos tiempo. La graduación se refiere al grado de malestar, no al tiempo que permanece en contacto con el objeto "contaminado". De hecho, para que la exposición funcione, es necesario que se exponga al niño hasta que la ansiedad o malestar desaparezca. De lo contrario, se refuerza la ansiedad.

La jerarquía puede tener distintos contenidos. Por ejemplo:

- 1) Se puede elaborar una lista de objetos problemáticos por orden de dificultad; es decir, por el grado en que "contaminan".
- 2) Se establece una lista de aproximaciones sucesivas al objeto "contaminado": el niño se acerca un poco al objeto contaminado hasta que siente ansiedad. Se permanece a esa distancia el tiempo necesario hasta que deje de tener ansiedad, mientras que se lo anima y refuerza tal como se ha descrito antes. A continuación se acerca algo más y permanece a esa nueva distancia hasta que desaparece la ansiedad. Y así, hasta que toca el objeto sin ansiedad.

Cuando las *manías* que observan los padres no se han generalizado a muchos objetos (por ejemplo, cuando se trata de una o dos cosas, pero tan problemáticas que consideran oportuno solicitar ayuda profesional), no es posible realizar una jerarquía, ya que no hay situaciones que jerarquizar. En ese caso se recomienda la exposición total.

Exposición total

La exposición total consiste en exponer a la persona a los estímulos temidos hasta que la ansiedad desaparezca. No hay jerarquías. Sencillamente se expone a cada uno de los estímulos. Se suele hacer cuando éstos son pocos y la ansiedad que producen es similar. También suele utilizarse cuando no es posible la exposición gradual. Obtiene los mismos resultados, pero los pacientes suelen temer su aplicación, produce más rechazo y muchas veces no se puede poner en marcha.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

(1) Obras generales sobre el tratamiento del TOC en adultos y en niños y adolescentes

Gavino, A. (2008). *El trastorno obsesivo-compulsivo. Manual práctico de tratamientos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

Gavino, A. (2006). *Mi hijo tiene manías*. Madrid: Pirámide.

(2) Revisión del TOC infanto-juvenil

Barton, R., y Heyman, I. (2009). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 19, 67-72.

(3) Revisión de los modelos explicativos del TOC y de los tratamientos derivados de dichos modelos

Abramowitz, J. S., Taylor, S., y McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 374, 489-497.

(4) Evaluación de los síntomas obsesivo-compulsivos

Grabill, K., Merlo, L., Duke, D., Harford, K.-lee, Keeley, M. L., Geffken, G. R., et al. (2008). Assessment of obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1-17.

(5) Tratamiento psicológico del TOC en adultos

Ravindran, A. V., Silva, T. L., Ravindran, L. N., y Richter, M. A. (2009). Obsessive-compulsive spectrum disorders: A review of the evidence-based treatments *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 331-343.

Salkovskis, P. M. (2007). Psychological treatment of obsessive – compulsive disorder. *Psychiatry*, 6, 229-233.

(6) Tratamiento psicológico del TOC en niños y adolescentes

Nakatani, E., Mataix-Cols, D., Micali, N., Turner, C., y Heyman, I. (2009). Outcomes of cognitive behaviour therapy for obsessive compulsive disorder in a clinical setting: A 10-year experience from a specialist OCD service for children and adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 14, 133-139.

Piacentini, J., y Langley, A. K. (2004). Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1181-94.

(7) Ventajas e inconvenientes de la combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos en niños con TOC

Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., et al. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *The New England Journal of Medicine*, 359, 2753-66.

(8) Abordaje de los casos de TOC infanto-juvenil resistentes al tratamiento

Krebs, G., y Heyman, I. (2010). Treatment-resistant obsessive-compulsive disorder in young people: Assessment and treatment strategies. *Child and Adolescent Mental Health*, 15, 2-11.