



Universidad
Nacional
de Rosario

Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Psicología
Trabajo Integrador Final

Título: Tratamiento actual del Trastorno Obsesivo Compulsivo: posibilidades de integración de las tres generaciones de la Terapia Cognitiva Conductual

Modalidad de Presentación: Investigación bibliográfica

Autora: Zendra, Natali

Legajo: Z-5095/4

DNI: 40.115.274

Docente Responsable: Paris, Laura

E-mail: natalizendra@gmail.com

2025

Índice

1. Resumen	2
2. Introducción	3
3. Objetivos	5
4. Desarrollo	6
5. Conclusiones	14
6. Referencias bibliográficas	16

1. Resumen

El presente trabajo de investigación bibliográfica tiene como objetivo describir las posibilidades de integración de las tres generaciones de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) publicados en cuatro estudios de casos en el periodo 2012-2023. Para tal fin, se seleccionan intencionalmente cuatro estudios empíricos llevados a cabo en el período mencionado, con mujeres de nacionalidad española mayores de edad diagnosticadas con TOC. A partir de eso, interesa evaluar la respuesta de cada paciente a tratamientos específicos que combinan técnicas pertenecientes a distintas generaciones de la TCC. Los resultados obtenidos sugieren que la integración de técnicas provenientes de las tres generaciones de la TCC puede resultar en un tratamiento más personalizado y efectivo para el TOC. Al adaptar las intervenciones a las necesidades individuales de cada paciente, se observa una mejora significativa en la sintomatología, lo que resalta la importancia de una aproximación terapéutica flexible y multimodal. Este trabajo evidencia la necesidad de trascender los límites de una sola generación de la TCC en el tratamiento del TOC. La personalización del tratamiento, a través de la integración de técnicas provenientes de diferentes enfoques, se presenta como una estrategia prometedora para optimizar los resultados terapéuticos y mejorar la calidad de vida de las personas que padecen este trastorno.

Palabras claves: Trastorno Obsesivo Compulsivo - Terapia Cognitivo Conductual - Generaciones de la TCC.

2. Introducción

En este trabajo de investigación bibliográfica se pretende realizar un análisis de las diferentes técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) aplicadas al tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). El interés principal radica en comprender cómo se pueden integrar las técnicas de primera, segunda y tercera generación de la TCC en la práctica clínica, buscando optimizar la eficacia terapéutica en casos individuales. En este sentido, es necesario ofrecer una definición que permita situar qué es la TCC y sobre que se sostiene:

La TCC se basa en los principios de dos teorías psicológicas: el conductismo y el cognitivismo, ambas validadas científicamente mediante numerosos estudios de investigación. Es, en la actualidad, el tratamiento psicológico de primera elección en el TOC, ya que logra, en plazos relativamente breves, romper el círculo vicioso entre obsesiones y compulsiones, dando lugar a una mejora progresiva y concreta de los síntomas. (Cascardo y Resnik, 2018, p.132)

Desde sus inicios, la TCC ha experimentado una evolución significativa marcada por generaciones, pero siempre ha tenido como objetivo principal ayudar a las personas a modificar patrones de pensamiento y conducta disfuncionales. La primera generación se centró en la modificación de conductas observables, mientras que la segunda incorporó técnicas cognitivas para cambiar pensamientos negativos. La tercera ha ampliado aún más el enfoque, buscando fomentar la flexibilidad psicológica y mejorar la relación del individuo con sus pensamientos y emociones. Estas divergencias teóricas y epistemológicas se manifiestan inevitablemente en una amplia gama de intervenciones, abarcando desde los enfoques más conductuales hasta los más cognitivo-constructivistas.

La TCC se utiliza para el tratamiento de diversos cuadros psicopatológicos, entre ellos el TOC. Según el DSM-5 (2014), el TOC es un trastorno mental que se caracteriza por presentar un patrón de pensamientos y miedos no deseados (obsesiones) que provocan comportamientos repetitivos (compulsiones). Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos no deseados que se repiten y causan ansiedad o incomodidad, y se sienten como ideas absurdas y preocupantes. El contenido de estos puede variar; en cambio, las compulsiones son conductas o actos mentales repetitivos que la persona se ve obligada a realizar con el objetivo de calmar la ansiedad provocada por las obsesiones, en tanto intenta controlar o suprimir esas ideas mediante actos compulsivos denominados rituales o compulsiones que anularían ese contenido intrusivo. Las compulsiones no son solo actos aislados, sino que pueden transformarse en rituales complejos cuando cada acción se convierte en un paso dentro de una secuencia fija e inquebrantable, donde el orden y la rigidez de la compulsión ritualizada busca garantizar su eficacia, aunque en realidad solo la perpetúan.

Siguiendo a Cascardo (2018), el TOC es una enfermedad real donde, a diferencia de otras, las personas con este trastorno son conscientes de que sus pensamientos son irracionales y producto de su mente, pero no pueden controlarlos. Quienes lo padecen experimentan obsesiones, pensamientos intrusivos y recurrentes que generan ansiedad y compulsiones, a modo de conductas repetitivas que ponen en marcha para neutralizar esa ansiedad. Por esto, el objetivo último del tratamiento del TOC es liberar a las personas de la "tiranía de obsesiones y compulsiones gobernando nuestros actos" (Cascardo, 2018, p. 129), permitiéndoles recuperar una vida plena y satisfactoria. La TCC se presenta como una intervención terapéutica altamente eficaz para lograr este objetivo. Al trabajar de manera colaborativa con el paciente, se busca modificar los pensamientos y comportamientos disfuncionales que lo mantienen, proporcionando así las herramientas necesarias para romper el ciclo de obsesiones y compulsiones.

El planteamiento del problema en este trabajo surge de la diversidad de enfoques teóricos y prácticos que existen dentro de la TCC para abordar el TOC. Si bien cada generación de la TCC aporta herramientas valiosas, es fundamental comprender cómo integrar estas perspectivas de manera coherente y efectiva en este trastorno. La relevancia de esta investigación se sustenta en la necesidad de contar con un marco teórico sólido y actualizado que guíe la práctica clínica. Al analizar las diferentes modalidades de articulación entre las técnicas de las tres generaciones, se busca contribuir al desarrollo de protocolos de intervención más personalizados y eficientes para el tratamiento del TOC. Para llevar a cabo este trabajo se realiza un análisis comparativo de cuatro estudios españoles de casos clínicos de TOC, seleccionados en forma intencional dado que se trata de consultantes adultos, sin otro diagnóstico ni patología, publicados en bases de datos iberoamericanas (SciELO y Redalyc) en un período que comprende aproximadamente los últimos diez años (2012-2023). Esta investigación bibliográfica aspira a contribuir a identificar las posibilidades de integración de técnicas para la intervención terapéutica, a la luz de la evolución de las teorías cognitivo conductuales.

3. Objetivos

Objetivo General:

- Describir las posibilidades de integración de las tres generaciones de la Terapia Cognitiva Conductual en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo publicados en cuatro estudios de casos en el periodo 2012-2023.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar las diferentes maneras de combinar las técnicas y herramientas conductuales, cognitivas y contextuales en los planes de tratamiento para cada paciente.
- Analizar los resultados de los estudios en términos de reducción de síntomas obsesivos y compulsivos a partir de la combinación de técnicas.

4. Desarrollo

El comienzo formal de la TCC aconteció a partir del desarrollo de la teoría conductual a modo de enfoque terapéutico en la década del cincuenta y como una alternativa radical a las psicoterapias de la época. El interés por la conducta desviada o desadaptada fue el objeto principal de este enfoque. Rachman y O'Donohue han creado una secuencia a la que denominan tres estadios (Rachman) o tres generaciones (O'Donohue) de la TCC, también conocidas como *olas*.

La primera generación de la terapia TCC se caracterizó por un enfoque estrictamente basado en los principios del aprendizaje, con el objetivo de aplicarlos directamente a la práctica clínica. Este movimiento, que tuvo sus inicios en Sudáfrica con la figura de Joseph Wolpe, se concentró en la desensibilización sistemática como técnica principal para tratar la ansiedad. Paralelamente, en Europa, un grupo de terapeutas británicos enfatizó en la importancia de la investigación rigurosa y la evaluación de la eficacia de los tratamientos. En Estados Unidos, Burrhus F. Skinner, con su enfoque en el análisis experimental de la conducta, aportó una perspectiva centrada en la conducta operante y su relación con el ambiente. A pesar de las diferencias entre estos autores, todos ellos compartían la idea de que la terapia conductual debía basarse en principios científicos sólidos y en la aplicación de técnicas derivadas del estudio del aprendizaje. En conjunto, estos pioneros sentaron las bases de la TCC moderna, enfatizando en la importancia de la evidencia empírica y la medición objetiva de los resultados terapéuticos (Ruiz Fernández et al, 2012).

La segunda ola hace su aparición alrededor del año 1970, iniciando con un proceso de transformación de la terapia de la conducta, caracterizada por la apertura a los aspectos cognitivos, sociales, y otras fuentes de influencia provenientes de diversos campos. Desde el punto de vista de la intervención terapéutica, se insiste en el abordaje de los principios cognitivos por ser estos el determinante principal del comportamiento. En síntesis, la segunda generación está marcada por la heterogeneidad y la intención de superar algunas deficiencias y limitaciones mostradas por las teorías del aprendizaje. Para ello tratan de apoyarse en distintos ámbitos y aportes teóricos. Aquí el terapeuta es visto como un clínico y no como un investigador. En Estados Unidos, entre 1960 y 1970, los aportes de Beck sobre la depresión y los estudios de Ellis sobre terapia racional, hicieron énfasis en los pensamientos y creencias de los pacientes, considerando los fenómenos psicopatológicos bajo modelos cognitivos (Ruiz Fernández et al, 2012).

Por su parte, la tercera ola surge a finales del siglo XX y principios del XXI, como una evolución y expansión de los principios fundamentales establecidos en la primera y la segunda. Esta nueva generación se caracteriza por un enfoque más contextual, experiencial y basado en la aceptación. Además sostiene que no existe una realidad absoluta sino que el sujeto la construye basado en su experiencia y tiene un papel activo en dicha construcción. En contraste con las terapias tradicionales de la TCC, que se enfocan en cambiar los pensamientos y sentimientos, las terapias de tercera ola proponen un enfoque diferente:

Las terapias pertenecientes a la TCC de la tercera ola desarrollan estrategias para ayudar a los pacientes a modificar su relación con su forma particular de sufrimiento, a disminuir la lucha interna y a ayudar a normalizar las experiencias desagradables. Fundamentalmente, ellas llevan el énfasis de pensar y sentirse mejor a vivir mejor. Aquí el objetivo de la terapia es reorientar al paciente ayudándolo a dejar de intentar modificar sus pensamientos y sentimientos, y conduciéndolo hacia un cambio comportamental positivo (Keegan y Holas, 2010, p.9)

A continuación, se presenta un cuadro que detalla las terapias y técnicas específicas de cada una de las generaciones de la terapia cognitivo-conductual.

Tabla 1: Técnicas de primera, segunda y tercera ola de la TCC

OLA	ENFOQUE	TERAPIAS/TÉCNICAS
PRIMERA	Modificación de la conducta observable	-Desensibilización sistemática -Técnicas de Exposición
SEGUNDA	Identificación y modificación de pensamientos y creencias disfuncionales	-Técnicas de reestructuración cognitiva: Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC), Terapia Cognitiva (TC), entre otras: Entrenamiento en Inoculación de Estrés (EIE), Técnicas de manejo de la ansiedad, entre otras. -Técnicas para el manejo de situaciones: Entrenamiento en Autoinstrucciones, Entrenamiento en Inoculación de Estrés de Meichenbaum -Técnicas de solución de problemas: Terapia de Solución de Problemas, Terapia de Solución de Problemas Interpersonales, Ciencia Personal de Mahoney, entre otras.
TERCERA	Aceptación de experiencias internas y compromiso con valores	-Psicoterapia Funcional Analítica (FAP) -Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) -Terapia Dialéctico-Conductual (DBT)

Fuente: elaboración a partir de clasificación de Mahoney (citada por Ruiz Fernández et al., 2012)

La tabla anterior revela la diversidad de técnicas terapéuticas desarrolladas a lo largo de las diferentes generaciones de la TCC propuestas por Mahoney, desde enfoques más conductuales hasta aquellos que enfatizan procesos cognitivos más profundos. Este aspecto se amplía seguidamente (Ruiz Fernández et al, 2012).

En la primera generación el objetivo es la modificación de la conducta observable. Una de las técnicas es la Desensibilización Sistemática, técnica pionera en terapia conductual, basada en el condicionamiento clásico, que combina relajación y exposición gradual con el fin de romper la asociación entre el estímulo y la respuesta de ansiedad. Por otro lado, están las Técnicas de Exposición, que tienen sus raíces en la desensibilización sistemática, comparten el principio fundamental de exponer al individuo de manera gradual y controlada a los estímulos temidos, con el objetivo de reducir la ansiedad y facilitar un nuevo aprendizaje (Ruiz Fernández et al, 2012).

En la segunda generación las intervenciones buscan principalmente la identificación y modificación de pensamientos y creencias disfuncionales. En estas se encuentran las Técnicas de Reestructuración Cognitiva que buscan identificar y cambiar patrones de pensamiento irracionales que mantienen el problema, y dentro de estas encontramos una amplia gama de herramientas inspiradas en los modelos de Beck y Ellis que fueron quienes sentaron las bases en la orientación cognitiva. Otras son las Técnicas para el Manejo de Situaciones que buscan equipar a las personas con herramientas para afrontar de manera efectiva situaciones desafiantes y estresantes. Finalmente, están las Técnicas de Solución de Problemas que enseñan a las personas a analizar situaciones problemáticas y a abordarlas de manera sistemática y eficaz (Ruiz Fernández et al, 2012).

Las terapias de tercera generación tienen como objetivo la aceptación de experiencias internas y el compromiso con los valores. Una de ellas es la Psicoterapia Analítica Funcional que enfatiza la importancia de la interacción

terapéutica entendida como un contexto de aprendizaje, respondiendo al paciente de manera similar a como lo haría su entorno natural, facilitando, así, el cambio terapéutico. Otra es la Terapia de Aceptación y Compromiso que busca ayudar a las personas a aceptar sus experiencias internas, sin juzgarlas o luchar contra ellas. Al mismo tiempo, fomenta la toma de acciones comprometidas con los valores personales, reduciendo así el control que los pensamientos y emociones tienen sobre la conducta. Por último, la Terapia Dialéctico-Conductual integra elementos de las dos terapias mencionadas para enseñar a las personas a regular sus emociones y mejorar sus habilidades interpersonales a través de la práctica en la terapia (Ruiz Fernández et al, 2012).

Como se ha mencionado, el tema de interés es el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Según Stagnaro et al. (2018), un estudio realizado en ocho de las ciudades más grandes de Argentina sobre la salud mental de la población mayor de 18 años, entre otros trastornos identificados, el TOC destacó con una prevalencia del 2,5%, posicionándose como uno de los trastornos más comunes. Estos resultados subrayan la importancia del TOC como un problema de salud pública en nuestro país, y la necesidad de implementar estrategias para su detección temprana y tratamiento adecuado.

Para llevar a cabo este trabajo sobre la combinación de técnicas de las tres olas de la TCC en la última década para el tratamiento de TOC, es necesario indagar fuentes secundarias de tipo bibliográfico que ofrecen información valiosa. En este sentido, se trabaja con el análisis documental de publicaciones sobre casos de TOC abordados desde TCC, llevadas a cabo a partir de una búsqueda en las bases de datos *SciELO*, *Redalyc*, *Dialnet* y *Latindex*, utilizando las palabras clave "TOC", "TCC", "TRATAMIENTO" y "CASO" durante el período comprendido entre 2012 y 2023. Esta selección temporal de once años permitió garantizar la actualización de los estudios incluidos. La búsqueda inicial arroja un total de siete artículos, de los cuales se excluyen tres al no ajustarse al criterio de población adulta y referirse a una población infanto juvenil.

Como todo análisis documental, en primer lugar se describen los datos externos de estos documentos:

Tabla 2: Referencias bibliográficas de los artículos seleccionados

DATOS EXTERNOS	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
AUTORES	Montero Fernández, Fernández Martín y Rodríguez	Vilchez Ceballos y Orozco Alonso	Gemar Fernández y Romero López Alberca	Bastida Gil
TÍTULO	Terapia cognitivo-conductual con componentes de aceptación y compromiso en un caso de trastornos obsesivo-compulsivo	Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en un caso de trastorno obsesivo compulsivo	Tratamiento cognitivo del trastorno obsesivo compulsivo en formato online- un caso clínico	Intervención múltiple en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo o al que leían la mente
NACIONALIDAD	España	España	España	España
AÑO DE PUBLICACIÓN	2012	2015	2021	2023

REVISTA	Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría	Revista de Casos Clínicos en Salud Mental	Revista de Psicoterapia	Libro de contribuciones de las VI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología y Logopedia
---------	---	---	-------------------------	--

Fuente: elaboración propia a partir de Montero Fernandez et al. (2012); Vilchez Ceballos y Orosco Alonso (2015); Gemar Fernández y Romero López Alberca (2021); Bastida Gil (2023)

Como se aprecia en la tabla precedente, los estudios se llevaron a cabo en España siendo publicados en revistas académicas y actas de eventos científicos, lo que indica un interés creciente en la investigación clínica en este campo. Se revelan de algunos de sus títulos las combinaciones de modelos, que serán detallados a continuación. Si bien todos los estudios comparten el objetivo de tratar el TOC mediante la TCC, cada uno presenta particularidades en cuanto a las técnicas específicas utilizadas, la duración del tratamiento y los resultados obtenidos. Esto sugiere una diversidad de enfoques dentro de la aplicación de la TCC para este trastorno.

Los cuatro casos estudiados presentan un diagnóstico de TOC, compartiendo síntomas nucleares como ansiedad, pensamientos obsesivos y compulsiones. A pesar de estas similitudes, se observan variaciones en el contenido de las obsesiones (limpieza, responsabilidad, dudas, lectura mental) y en las compulsiones (limpieza, comprobación, conteo, acicalado). En todos los casos, el TOC genera una interferencia significativa en la vida diaria de las pacientes, aunque el impacto específico varía. Es importante destacar que, si bien todas las pacientes presentan el trastorno, sólo uno de ellos recibe tratamiento farmacológico. Los datos de los cuatro casos se sintetizan en la siguiente tabla:

Tabla 3: Datos demográficos y anamnesis de los casos

DEMOGRAFÍA Y ANAMNESIS	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
SEXO	femenino	femenino	femenino	femenino
EDAD	33 años	25 años	19 años	24 años
ESTADO CIVIL	casada	soltera	soltera	soltera
OCUPACIÓN	profesional (de licencia hace 2 años)	estudiante	estudiante	estudiante
COMIENZO DE LOS SÍNTOMAS	2 años atrás	13 años atrás	7 años atrás	10 años atrás

SÍNTOMAS	ansiedad, pensamientos obsesivos relacionados con la limpieza y el orden, preocupaciones excesivas por la seguridad de su hijo, rituales neutralizantes y desconfianza en sus percepciones visuales	ansiedad, bruxismo al dormir, tensión muscular, pensamiento obsesivos relacionados a la responsabilidad, rituales neutralizantes necesidad de saber o recordar y compulsiones de repetición o comprobación	ansiedad, dudas recurrentes sobre si ha realizado sus tareas de forma correcta, si su higiene personal es suficiente o haber cerrado correctamente el gas, conductas de reaseguración y rituales neutralizantes	ansiedad, bajo estado de ánimo, ideas suicidas, sentimientos de culpabilidad y responsabilidad, obsesiones de que sus pensamientos podían ser leídos, lo que la llevaba a realizar rituales mentales repetitivos, como contar o recitar frases, generando un gran desgaste cognitivo
AFECTACIÓN	conductas de evitación significativas, como dejar de conducir, evitar salidas sociales con amigas y delegar en su pareja las tareas de comprobación	pérdida de tiempo debido a la realización de comprobaciones y rituales, dolor en mandíbula y espalda	conductas de acicalado excesivas que consumen una cantidad significativa de tiempo, interfiriendo en sus actividades académicas y sociales	altos niveles de ansiedad al volver a clases post pandemia
FÁRMACO-TERAPIA	si	no	no	no

Fuente: elaboración propia a partir de Montero Fernandez et al. (2012); Vilchez Ceballos y Orosco Alonso (2015); Gemar Fernández y Romero López Alberca (2021); Bastida Gil (2023)

Con respecto al abordaje clínico, en cada caso se observa que el objetivo principal es reducir la intensidad y frecuencia de los síntomas obsesivos y compulsivos, mejorando así la calidad de vida de los pacientes. Para eso al finalizar el tratamiento en todos los casos se incluyen sesiones de seguimiento para evaluar la efectividad del mismo a largo plazo y brindar apoyo adicional de ser necesario. La duración y frecuencia de las sesiones varía considerablemente entre los casos, lo que puede reflejar la gravedad de los síntomas, la respuesta al tratamiento y las necesidades individuales de cada paciente. Si bien todas las intervenciones se enmarcan en la TCC, cada plan de tratamiento se ha adaptado de manera personalizada, combinando técnicas de distintas olas para abordar las necesidades específicas de cada paciente. Cabe destacar que el caso 3, llevado a cabo en formato online, demuestra la capacidad de la TCC para adaptarse a las demandas actuales y a las preferencias de los pacientes. Los datos detallados sobre cada caso clínico, incluyendo el tipo de intervención, duración del tratamiento y resultados, se presentan de forma resumida en la siguiente tabla:

Tabla 4: Intervenciones en cada caso

CASOS	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
-------	--------	--------	--------	--------

TÉCNICAS/ TERAPIAS	-Encadenamiento de Inferencias -Debate empírico -Técnicas de distracción -Reestructuración cognitiva -Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) -Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) -Desliteralización cognitiva	-Reestructuración cognitiva -Experimentos conductuales -Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) -Parada del Pensamiento -Técnicas de Desactivación Fisiológica -Entrenamiento en Habilidades Sociales con Modelado	-Psicoeducación -Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC)	-Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) -Reestructuración cognitiva -Activación conductual -Ejercicios de relajación -Enfoque en pensamientos agradables
DURACIÓN	8 sesiones totales	20 sesiones totales	20 sesiones totales	27 sesiones totales
FRECUENCIA	semanales de 45 a 60 minutos y dos sesiones de seguimiento a los 3 y 6 meses	semanales de 60 minutos hasta la sesión 15 que se realizaron cada dos semanas	semanales de 60 minutos en formato on-line y al mes, a los 3, 6 y 12 meses una sesión de seguimiento	semanales y a los 6 meses de seguimiento

Fuente: elaboración propia a partir de Montero Fernandez et al. (2012); Vilchez Ceballos y Orosco Alonso (2015); Gemar Fernández y Romero López Alberca (2021); Bastida Gil (2023)

La tabla anterior presenta una amplia variedad de técnicas terapéuticas aplicadas en cuatro casos distintos. Es evidente la integración de técnicas que refleja la flexibilidad y adaptabilidad de la TCC para abordar diferentes problemáticas y necesidades individuales.

Por otro lado, la siguiente tabla detalla las técnicas aplicadas en cada caso y que son específicas de cada generación. Cada una de estas técnicas están alineadas con sus enfoques terapéuticos y acordes con sus orientaciones teóricas.

Tabla 5: Análisis de combinaciones terapéuticas de cada caso

OLA	TÉCNICAS	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
PRIMERA	Experimentos conductuales		x		
	Parada del Pensamiento		x		
	Entrenamiento en Habilidades Sociales con Modelado		x		
	Técnicas de Distracción	x			
	Técnicas de Desactivación Fisiológica		x		
	Ejercicios de relajación				x
	Exposición con Prevención de Respuesta (EPR)	x	x		x
SEGUNDA	Reestructuración cognitiva	x	x		x
	Entrenamiento de asertividad				x
	Encadenamiento de Inferencias	x			
TERCERA	Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC)			x	
	Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	x			

	Desliteralización cognitiva	x			x
	Activación conductual				x
	Enfoque en pensamientos agradables				x

Fuente: elaboración propia a partir de Montero Fernandez et al. (2012); Vilchez Ceballos y Orosco Alonso (2015); Gemar Fernández y Romero López Alberca (2021); Bastida Gil (2023)

Seguidamente, se detallan los análisis de especificidad para cada caso. El Caso 1 presenta una combinación de técnicas que abarcan las tres generaciones, donde se emplean de la primera ola, la distracción y la EPR, enfocadas en modificar directamente el comportamiento a través de la evitación de estímulos y la práctica de nuevas respuestas. Asimismo, se incluyen intervenciones de segunda generación, como la reestructuración cognitiva y el encadenamiento de inferencias, las cuales buscan identificar y modificar pensamientos distorsionados que mantienen los problemas emocionales y conductuales (Cascardo et al., 2018). Por último, se hace uso de la terapia tercera generación, la ACT, que complementa las anteriores al enseñar a la paciente a aceptar sus pensamientos y emociones difíciles, en lugar de luchar contra ellos, y a tomar acciones alineadas con sus valores. Se utiliza además la desliteralización cognitiva, una técnica específica de la ACT que ayuda a distanciarse de los pensamientos y a verlos como solo una interpretación de la realidad (Grupo ACT y Psyciencia, 2016).

En el caso 2 se presenta una combinación de técnicas terapéuticas que se centran principalmente en las dos primeras generaciones de la TCC. Siguiendo la conceptualización de Cascardo et al. (2018), se describen de la siguiente manera: En primer lugar, se utilizan técnicas de la primera generación, como los experimentos conductuales que permiten al paciente poner a prueba sus creencias irracionales, la parada del pensamiento para interrumpir los patrones de pensamiento negativos, y el entrenamiento en habilidades sociales con modelado para adquirir nuevas formas de interactuar con los demás. Además, se emplean técnicas de desactivación fisiológica para manejar la ansiedad y la EPR para enfrentar gradualmente las situaciones temidas. En cuanto a la segunda generación, se observa la aplicación de la reestructuración cognitiva, que busca identificar y modificar los pensamientos distorsionados que subyacen a los problemas emocionales y conductuales. Al centrarse en las primeras dos generaciones de terapias, el tratamiento se orienta a modificar directamente las conductas y los pensamientos disfuncionales (Nezu et al., 2006).

Por su parte, el Caso 3 se enfoca exclusivamente en técnicas terapéuticas de segunda generación, concretamente en la TREC, donde se busca ayudar a la paciente a reemplazar estas creencias disfuncionales por otras más realistas y adaptativas. Aunque se incorpora la psicoeducación, un enfoque transversal que complementa las intervenciones terapéuticas de las diferentes generaciones (Ruiz Fernández et al., 2012).

Finalmente, el Caso 4, al igual que el primero, muestra una combinación de técnicas de las tres generaciones. Respecto a la primera generación, aparecen técnicas como los ejercicios de relajación, enfocados directamente en el comportamiento y la respuesta emocional ante situaciones estresantes. Además, se incorporan estrategias de segunda generación como la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en asertividad, buscando identificar y modificar los pensamientos negativos que subyacen a los problemas (Nezu et al., 2006). Por último, se introducen técnicas de tercera generación como la desliteralización cognitiva, la activación conductual y el enfoque en pensamientos agradables. Estas herramientas ayudan a la paciente a aceptar sus pensamientos y emociones sin juzgarlos, a tomar acciones significativas y a cultivar experiencias positivas (Grupo ACT y Psyciencia, 2016).

Los casos analizados presentan una diversidad de técnicas terapéuticas donde la personalización del tratamiento se ve favorecida por la combinación de técnicas de distintas generaciones, permitiendo adaptar la intervención a las necesidades específicas de cada paciente. Es importante resaltar los resultados que se aprecian en cada caso, aspecto que se resume en la tabla que sigue:

Tabla 6: Resultados de los casos

CASOS	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
RESULTADOS	Ha experimentado una notable disminución de sus síntomas obsesivos y compulsivos, logrando suspender la medicación psiquiátrica. Esto le ha permitido enfrentar situaciones que antes evitaba y retomar actividades que había abandonado.	Reducción de la intensidad y frecuencia de sus síntomas obsesivos y compulsivos, lo que ha llevado a una disminución significativa de su malestar. No obstante, aún persisten algunos pensamientos intrusivos y conductas ritualizadas.	Disminución de la ansiedad y síntomas de malestar y permitió a la paciente identificar conductas compulsivas que previamente pasaban desapercibidas.	Los resultados obtenidos fueron positivos, evidenciándose una disminución significativa de las compulsiones gracias a la aplicación de la EPR y una reducción de la ansiedad asociada a las obsesiones, producto de la reestructuración cognitiva.

Fuente: elaboración propia a partir de Montero Fernandez et al. (2012); Vilchez Ceballos y Orosco Alonso (2015); Gemar Fernández y Romero López Alberca (2021); Bastida Gil (2023).

A pesar de las diferencias individuales en cuanto a la gravedad de los síntomas y la combinación de técnicas utilizadas, en todos los casos se muestra una mejoría significativa. En el Caso 1 se observa una remisión completa de los síntomas, permitiendo al paciente una reinserción social y laboral exitosa. En el caso 2 se evidencia una mejora sustancial, aunque persisten algunos síntomas residuales. En el caso 3 además de reducir la ansiedad y el malestar, la terapia permitió identificar conductas compulsivas no reconocidas previamente. Finalmente, en el caso 4 se destaca la eficacia de la EPR y la reestructuración cognitiva en la reducción de las compulsiones y la ansiedad asociada. Los resultados sugieren que una combinación de técnicas de diferentes generaciones de la TCC puede ofrecer un enfoque más completo y efectivo para el tratamiento del TOC.

5. Conclusiones

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), tal como se definió al comienzo en la Introducción, es el resultado de una interacción entre factores conductuales y cognitivos. Dada esta naturaleza multifactorial, es fundamental emplear un enfoque terapéutico que abarque esos dos aspectos. Tal como sostienen Aldaz y Sanchez (2005), la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha revolucionado el tratamiento de TOC, ofreciendo un enfoque estructurado y eficaz. Las técnicas conductuales, junto con estrategias cognitivas, han demostrado ser esenciales para lograr mejoras significativas en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, su aplicación requiere un profundo conocimiento de la psicopatología del TOC y una adecuada formación clínica, especialmente en casos que presentan mayor complejidad.

El objetivo general de este estudio es explorar la integración de las tres olas de la TCC en el tratamiento del TOC. A través del análisis de cuatro casos clínicos publicados entre 2012-2023, se ha evidenciado que la integración de técnicas de primera, segunda y tercera generación ofrece potencial terapéutico en el tratamiento del TOC, siendo a su vez un enfoque versátil.

Con respecto al primer objetivo específico, los resultados de los estudios analizados sugieren que la personalización de los tratamientos, a través de la integración de técnicas ha sido fundamental para lograr una reducción significativa de los síntomas obsesivos y compulsivos. Esta flexibilidad terapéutica permite adaptar las intervenciones a las necesidades individuales de cada paciente, optimizando los resultados. Respondiendo al segundo objetivo específico, se ha puesto de manifiesto la importancia de adaptar los tratamientos a las características individuales de cada paciente. La integración permite crear planes de tratamiento personalizados. Esta adaptabilidad facilita el abordaje tanto los síntomas manifiestos como los procesos cognitivos y emocionales subyacentes al trastorno.

Es importante destacar que la evaluación inicial es un paso indispensable en la TCC, ya que a partir de ella se diseña un plan de tratamiento personalizado, seleccionando las técnicas más adecuadas y estableciendo un cronograma detallado. Además, se garantiza la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo el tratamiento de manera eficaz (Aldaz y Sanchez, 2005). Como se puede apreciar en la descripción de cada caso en estudio, la combinación de las tres generaciones es altamente efectiva para tratar el TOC. Así, Cascardo et al. (2018) afirma la relevancia de combinar la exposición gradual del paciente a las situaciones que desencadenan sus obsesiones (técnica conductual), al tiempo que se le impide realizar las compulsiones que normalmente llevaría a cabo para aliviar la ansiedad ya que a través de este proceso, se desafían las creencias irracionales asociadas al TOC y se aprende a gestionar la ansiedad de manera más adaptativa (técnica cognitiva). Y en este sentido, los otros estudios mencionados en este trabajo consideran que las terapias de tercera ola son especialmente útiles para abordar creencias y pensamientos arraigados. Como señala el Grupo ACT y Psyciencia (2016), estas terapias representan una evolución en la psicoterapia, ampliando nuestra perspectiva más allá del contenido de los pensamientos y emociones. En lugar de buscar cambiar directamente estos pensamientos, se fomenta una relación más flexible con ellos, explorando cómo influyen en nuestra vida y cómo podemos responder de manera más adaptativa. Estas terapias complementan las técnicas de las terapias de primera y segunda ola, adaptándolas a un enfoque más contextualizado y centrado en las experiencias individuales.

Para finalizar, este trabajo presenta debilidades y fortalezas. En cuanto a las primeras, la dificultad para encontrar casos que cumplan con los criterios de inclusión complejiza la comparación directa de los resultados y la identificación de los factores que más influyen en la efectividad del tratamiento. En cuanto a las fortalezas, el tema es de relevancia disciplinar y la incidencia en la población refleja su vigencia. Los resultados obtenidos con los casos clínicos analizados abren nuevas perspectivas

para futuras investigaciones. Sería interesante explorar de manera más sistemática la eficacia a largo plazo en estudios longitudinales que integren las diferentes técnicas de las tres olas en función de las características individuales de los pacientes. Además, resulta relevante investigar los factores que pueden predecir una mejor respuesta al tratamiento para contribuir a consolidar la TCC como una terapia de elección para el tratamiento del TOC. Es por esto que es fundamental continuar investigando en esta línea, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas que padecen este trastorno.

6. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014). Sección II: Criterios diagnósticos y Códigos. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. (p.145). American Psychiatric Publishing.
- Aldaz, J.A., Sanchez, M.M. (2005). *Obsesiones y compulsiones*. Síntesis
- Cascardo, E., Resnik, P. (2018). *TOC, obsesiones, compulsiones y rituales: 100 preguntas, 101 respuestas*. Ediciones B.
- Bastida Gil, R. (2023). Intervención múltiple en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo al que leían la mente. *Libro de contribuciones de las VI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología y Logopedia de la Universidad de Málaga*, pp.65-78. Disponible desde: https://www.researchgate.net/publication/376380097_Intervencion_multiple_e_n_un_caso_
- Gemar Fernández, E. A., Romero, C. y López, A. (2021). Tratamiento cognitivo del trastorno obsesivo compulsivo en formato online- un caso clínico. *Revista de Psicoterapia*, 32(120),205-220.
- Grupo ACT y Psyciencia, (2016). ¿Qué demonios son las terapias de tercera ola?. Horacio, *Revista de ciencias conductuales-contextuales*, 2.
- Keegan, E. (2008). *Escritos de psicoterapia cognitiva*. Eudeba.
- Nezu, A. M., Nezu, C.M., Lombardo E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales*. Editorial El Manual Moderno.
- Keegan, E., Holas P. (2010). *Terapia Cognitiva-Comportamental*. Springer.
- Montero Fernández C., Fernández Martín,L.C., Rodríguez L. (2012). Terapia cognitivo-conductual con componentes de aceptación y compromiso en un caso de trastornos obsesivo-compulsivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33 (117), 123-134.
- Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S. E., Medina Mora, M. E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Revista Argentina de Psiquiatría*.
- Ruiz Fernández, M.I., Díaz García, A., Villalobos Crespo, M.A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclee De Brouwer.
- Vilchez Ceballos, M. y Orozco Alonso, M.T. (2015). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en un caso de trastorno obsesivo compulsivo. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 3, (1), 79-100.