



Universidad
Nacional
de Rosario

Facultad de Psicología
Trabajo integrador final

Alcance y eficacia de la exposición con prevención de respuesta en el
tratamiento del Trastorno obsesivo compulsivo

Investigación bibliográfica

Autora: Belingueres, Mara Alejandra

B-1722/1

DNI 22378005

Docente Responsable: Dra. Tania Borda

Año 2023

Agradezco primero a Dios, quien es garante del conocimiento, pero también Aquel que hace que abra mis ojos cada mañana.

También agradezco a mi tutora la Dra. Tania Borda, quien no solo es una representante calificada a nivel internacional y con autoridad y experiencia para supervisar el presente trabajo, sino también alguien que con mucho afecto y generosidad se brindó inmediatamente a orientarme y ayudarme en su realización. Por más personas como Usted

Gracias de todo corazón a Cristina Cruz, la profesora y bella persona que me sos tuvo en todo sentido, desinteresadamente, a lo largo de esta carrera; le debo a ella su sabiduría y la fortaleza de animarme a cosas nuevas, con confianza y entereza para superar miedos y la incertidumbre a lo desconocido.

Por supuesto, gracias a mis profesores de la cátedra del TIF por su excelente disposición para guiarme hacia la meta, que es el presente trabajo.

Gracias a mi familia, mis padres y hermanos, por su incondicional apoyo, siempre.

1	
Contenido	
Contenido	2
Introducción	4
1. ¿Qué es el TOC?	6 2.
Complejidad del TOC.....	8 3.
Modelo cognitivo conductual del TOC	9 4.
Un poco de historia	11 5.
¿Qué es la EX/PR?	12 6.
Variaciones de la EX/PR y su eficacia	13 7.
La eficacia de EX/PR	14 8.

Reflexiones finales	17
Bibliografía	19

2 Resumen

El presente TIF se propone examinar qué dicen diferentes autores e investigaciones dentro de la Terapia cognitivo-conductual (TCC) acerca de la efectividad de una herramienta terapéutica, la Exposición con Prevención de Respuesta (EX/PR o EPR) para el alivio de los síntomas del TOC. En un primer momento, abordare cómo lo conceptualiza el DSM-5, relevando las múltiples interpretaciones de este trastorno a través del tiempo. A pesar de la complejidad que puede presentar en cada paciente se dejara en claro que se presenta homogéneamente en cuanto a sus síntomas primarios: ideas obsesivas, compulsiones y distrés. Se planteará que el modelo TCC del TOC es el que guía el tratamiento psicológico de primera elección para el TOC, recomendado por las guías de excelencia APA (2007) NICE (2005) sus principios claves y sus objetivos. Los primeros

experimentos con animales por parte de investigadores conductuales en los años 50 ayudarán a comprender el mecanismo central de la EPR y cómo esta quiebra con el círculo vicioso del TOC. Se definirán sus elementos constitutivos y sus ventajas con respecto a otras terapias. Luego de relevar la eficiencia de las variantes de EPR, se explicitarán de lleno los factores que determinan su eficacia como herramienta terapéutica. Finalmente, se apreciará críticamente el producto del recorrido que estos autores han plasmado en sus investigaciones a la vez que se brindaran reflexiones finales acerca de las implicancias que todo lo expuesto puede representar para el lector y particularmente para nosotros como futuros profesionales responsables de la salud mental.

Palabras clave TCC-TCC del TOC- Alianza terapéutica- Exposición con prevención de respuesta - estrategias neutralizadoras –habitación

3

Introducción

La presente investigación bibliográfica se realiza a modo de “Trabajo Integrador Final” correspondiente a la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. Las ideas que se enlazan en este trabajo son aquellas que me interpelaron en el recorrido de mi carrera, ya sea en contenidos teóricos como prácticos, entendiendo este último vinculado directamente con mi futuro desempeño como profesional de la salud mental.

Esto convoca a repensar cuestiones en relación con la sintomatología obsesiva compulsiva (SOC) que han interpelado a pensadores aun desde la edad media, quienes consideraban a individuos con acciones reiteradas, gritos, temblores, movimientos invo

luntarios repetitivos y agresivos como poseídos por espíritus demoniacos (Oesterrich, 1094 en Perez Rivera y Borda, 2017). Es así que la explicación de las obsesiones y compulsiones avanzaron desde una visión religiosa a una médica que se formaliza en 1838 cuando Jean Dominique Esquirol (1772-1840) describe la enfermedad psiquiátrica en la literatura. Dentro de muchos otros datos de relevancia, el paso por la universidad conduce a Freud, quien en 1909 en el Hombre de las ratas la designó como neurosis obsesiva. Dicho trastorno es incluido en la primera edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-I) como un trastorno neurótico (APA, 1952 en Pérez Rivera y Borda, 2017); sin embargo, en la última versión de este manual (DSM-5) (APA 2013 en Perez Rivera y Borda, 2017) en base a las investigaciones publicadas en los últimos 20 años, se da cuenta de la heterogeneidad del TOC y su espectro. De acuerdo a Landman, Rupertus y Pedric, 2005 en Borda y Masaz (2018) , el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es “un desorden neurobiológico que involucra la desregulación química de circuitos neuronales, al igual que disfuncionalidad de patrones cognitivos conductuales aprendidos”(Borda T y Masaz S , 2018) La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) incluye al TOC entre las veinte primeras enfermedades incapacitantes, y entre las cinco enfermedades psiquiátricas más frecuentes , padecida por casi el 3% de la población mundial, con un inicio temprano (50% antes de los 15 años de edad ; 65% antes de los 25 años) . Mismamente, dichos autores aseguran que en los últimos 30 -40 años, el TOC pasó de ser un trastorno de mal pronóstico a uno en el que muchos pacientes pueden esperar una reducción sintomática (60-70%) con la terapia cognitiva del TOC y ocasionalmente una remisión total de la enfermedad. Siguiendo a estos autores, la importancia de abordar dicho trastorno desde la TCC es que ésta contribuye a cambiar la manera de sentir y cómo los sujetos piensan y actúan. Mas específicamente, el consenso clínico y científico de expertos en TCC del TOC fija la herramienta de Exposición (EX) y Prevención de respuesta (PR) en el centro de tratamiento de pacientes con TOC.

De allí que sea la intención de este trabajo bibliográfico examinar, en lo que respecta al TOC, qué dicen determinados autores representativos de investigaciones respecto de la efectividad de la exposición con prevención de respuesta (EX/PR) y cómo ésta produce sus propios efectos significativos directos en la reducción de la ansiedad, el pánico y la intensidad y frecuencia de las ideas obsesivas (Abramowitz, Franklin & Foa, 2002; Fava, Zielezny, Savron & Grande, 1995; Feske & Chambless, 1995; Riggs, Cahill & Foa, 2006 en Clark y Beck, 2010 ;Borda T y Perez Rivera, 2017). De ahí que la investigación bibliográfica sea la modalidad elegida, buscando relevar y revelar lo que ciertas investigaciones empíricas muestran acerca de su efectividad, para luego realizar un análisis crítico de dicha materialidad seleccionada. Los criterios que orientan la selección y análisis del material textual son: estar dentro de la orientación teórica de la Terapia Cognitivo Conductual y tener representatividad en el campo científico - investigaciones realizadas, cantidad de artículos y revisiones.

Este aporte en torno a cómo aliviar los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo podría ser interesante para la comunidad de futuros psicólogos, la comunidad educativa de la carrera y de todo aquel que se interese por este novedoso abordaje dentro de la TCC. En relación al campo de las psicoterapias, Fiorini (2002) asegura que un avance en el desarrollo de niveles teórico técnico y de investigación es lento , lo cual es de preocu-

1. ¿Qué es el TOC?

A lo largo de su evolución histórica los trastornos obsesivo-compulsivos han sufrido cambios y revisiones. Así, Yanyura-Tobias y col (2002) ubica dichos cambios tanto en su definición como en la conceptualización de su fenomenología y, en consecuencia, en las interpretaciones diagnósticas y en las diversas modalidades terapéuticas. Estos autores lo definen por sus tres síntomas fundamentales: obsesiones, compulsiones y duda. Agregan que afecta cinco áreas principales: emocional, del comportamiento, cognitiva, perceptiva y motora.

En un intento de realizar un recorrido histórico breve, Borda T y Masaz, S, 2018 describen como las diferentes versiones del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) lo han rotulado. El DSM I y II (1952-1968) lo incluyen como una reacción obsesiva –compulsiva y una neurosis obsesiva-compulsiva respectivamente. En el DSM –III (1980) ya se lo describe como un trastorno de ansiedad. Dichos autores citan a Mowrer (1939,1947, 1951) y Barlow, 1993; Dollard y Miller, 1950) para pensarlo como un desorden adquirido a través del aprendizaje por condicionamiento clásico y operante, en personas con una predisposición biológica. Estas autoras afirman que el capítulo V del DSM IV y CIE -10 (1992) (CIE: Codificación Internacional de Enfermedades) ya es el fruto de un trabajo donde el TOC es conceptualizado como una entidad nosológica discreta dentro del amplio capítulo de los trastornos de ansiedad, y que en las últimas versiones de ambos sistemas clasificatorios DSM 5 y CIE -11 (2018), se lo incluye en un capítulo propio, dando cuenta de la heterogeneidad del TOC y su espectro. El DSM-5 indica que:

En el trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados se incluyen el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), el trastorno dismórfico corporal, el trastorno de acumulación, la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo), el trastorno de excoriación (rascarse la piel), el trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica. Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados, y otros trastornos obsesivo-compulsivos no especificados (p ej, trastornos de conductas repetitivas centradas en el cuerpo, celos obsesivos). El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados, mientras que las compulsiones son conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente. (pág. 235)

El CIE -10 (1992) lo caracteriza así:

6

Sus rasgos fundamentales estriban en la presencia de pensamientos obsesivos, o de actos compulsivos, ambos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos que penetran la mente del paciente una y otra vez, en forma estereotipada. Estos pensamientos son casi invariablemente angustiantes y el paciente afectado intenta a menudo rechazarlos, sin tener éxito en su empeño. A pesar de esto, son reconocidos como pensamientos propios, incluso aunque sean involuntarios y a menudo repugnantes. Los actos o ritos compulsivos son comportamientos estereotipados, repetidos una y otra vez. No son intrínsecamente agradables, ni tienen como finalidad el cumplimiento de tareas inherentemente útiles. Su función es prevenir algún suceso, objetivamente improbable, a menudo un daño causado al o por el paciente, que éste teme que, de otro modo, puede ocurrir. Habitualmente el paciente reconoce que este comportamiento no tiene sentido o que es ineficaz, dado lo cual realiza intentos repetidos para resistirse a él. Casi invariablemente hay ansiedad, la cual empeora si los actos compulsivos son resistidos. (pág. 323 y 324)

El trastorno de acumulación, continúan los autores arriba mencionados, no está asociado con pensamientos intrusivos no deseados, sino que se caracteriza por una necesidad compulsiva de acumular posesiones y angustia relacionadas con su descarte. Estos autores enfatizan que los síntomas en todos estos trastornos resultan en una angustia o deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes.

Volviendo al TOC, los diferentes autores se centran en la literatura norteamericana como en la europea para caracterizar al TOC por la presencia de obsesiones y/o compulsiones.

—en el DSM-IV los estudios de campo realizados muestran que ambos componentes se dan en el 90% de los casos. Es más, cuando se consideran los rituales cognitivos, además de las conductas, como parte de las compulsiones, sólo un 2% de pacientes dicen tener obsesiones sin compulsiones (Foa y cols., 1995 en Vallejo Pareja, 2001). Por otro lado, en lo que se refiere a la relación funcional explicitada por el DSM-IV entre obsesiones y compulsiones, la mencionada autora señala que sólo un 10% de los pacientes indican que sus compulsiones no están relacionadas con las obsesiones. En consecuencia, el TOC se caracteriza por la presencia de los dos componentes señalados (obsesiones y compulsiones), relacionados funcionalmente, y, en un porcentaje mínimo, la existencia de obsesiones sin ningún tipo de compulsión. Clark D y Beck A (2010) establecen que el TOC es un trastorno cuyas características principales son la aparición repetida de obsesiones y/o compulsiones de suficiente gravedad como para consumir tiempo

(1 hora por día) y/o para causar angustia o deterioro funcional importantes (DSMIV-TR; APA, 2000 en Clark y Beck, 2010). La Guía APA (2007) cita la descripción de las obsesiones en el DSM IV como “pensamientos intrusivos, persistentes y no deseados, impulsos, o imágenes que originan marcada angustia o distrés” (pág. 36). Asimismo, conceptualiza a las compulsiones como “actos mentales o físicos que el paciente siente compelido a llevar a cabo para mágicamente prevenir algún evento temido, deshacer algún pen-

7

samiento, o reducir ansiedad o distrés” (pág. 36) La guía Nice (2005) aclara que las compulsiones pueden ser manifiestas u observables por otros o un acto mental encubierto que no puede ser observado.

Siguiendo a Pérez Rivera y Borda (2017), el argumento central del rol de la ansiedad en el DSM IV (APA, 2000) era ser mediador de los síntomas obsesivo-compulsivos en el sentido que las obsesiones eran responsables de la escalada de ansiedad y las compulsiones realizadas las encargadas de reducirlas. Dichos autores afirman que los pacientes suelen padecer sensaciones de ansiedad, depresión y /o asco durante el inicio y mantenimiento del mecanismo obsesivo-compulsivo. Ellos prosiguen diciendo que las investigaciones actuales respaldan el circuito cortico-estriatal, involucrando los sistemas dopaminérgicos y gabaérgicos además del serotoninérgico en la fisiología del TOC. En realidad, estos autores aseguran que el foco de estudio se desplazó de modelos explicativos de la ansiedad al énfasis neurobiológico actual donde se conciben los síntomas como producto de la desregulación de los circuitos neuronales que conectan a los ganglios basales con la corteza orbitofrontal. Estudios con imágenes y genéticos apuntan más a una desregulación dopaminérgica como factor etiológico del TOC.

Es más, Pérez Rivera y Borda, 2017 en Borda T y Mazas S (2018) rescatan la importancia central del patrón afectivo en el TOC, el cual los autores aclaran que no aparece como elemento diagnóstico ni en el DSM V ni CIE 11. Dicho componente afectivo acompaña al patrón cognitivo y se caracteriza por malestar (ansiedad, asco, distrés). Tales sensaciones son adquiridas por condicionamiento clásico siendo las obsesiones intentos de dar sentido a la asociación estímulo-situación por el afecto de malestar. Luego las estrategias de neutralización son adquiridas por aprendizaje por condicionamiento operante, ya que estas funcionan aliviando el malestar, continúan dichos autores. Ellos indican, además, que la teoría del aprendizaje por condicionamiento clásico y operante reactualizan el concepto de hábito para darnos una idea de lo que los pacientes deben superar.

Asimismo, las conductas (compulsiones, rituales y/o conductas de evitación- todos considerados por la mayoría de la bibliografía como sinónimos) se caracterizan como rígidas, repetitivas, intencionales, obligatorias, incontrolables y tranquilizadoras, tanto físicas como mentales. Por razones clínicas, estos autores estiman necesario esclarecer que el ritual hace hincapié en el modo de la conducta manifiesta o encubierta, es decir, al patrón rígido y secuencia de pasos o etapas con un principio y un final bien definido; compulsión hace especial referencia a la necesidad imperiosa de la conducta manifiesta o encubierta, de ser realizada.; conducta de evitación son los modos de eludir el contacto con situaciones o estímulos que pudieran desencadenar el malestar obsesivo.

2. Complejidad del TOC

En la clínica se observan grandes diferencias entre los pacientes diagnosticados con TOC en sus manifestaciones sintomáticas (Pérez Rivera R.L. y Borda T, 2017), con complejidad que estos autores hallan también en la investigación acerca de este trastorno. Entre las tantas taxonomías propuestas, la mayoría de los estudios se inclinan a establecerlas sobre la base del contenido de la sintomatología obsesivo-compulsiva (SOC) o sea

la expresión más observable o manifiesta. Así, a modo de ejemplos dichos autores citan a Calamari (1999) y Steketee (1999) en los siguientes temas dominantes en que el TOC se presenta: contaminación, daño accidental no debido a contaminación o violencia física; por ejemplo, accidente, enfermedad; violencia física hacia si mismo u otros por parte de uno mismo u otros; conducta socialmente inaceptable; religión; acumulación; orden, simetría, exactitud; muerte; tema somático (obsesiones sobre tener una enfermedad; sin sentido (frases, imágenes. Melodías, palabras, series de números carentes de sentido); temas diversos (necesidad de recordar cosas poco importantes, pensamientos de perder cosas. Obsesiones sobre sonidos y ruidos; obsesiones sobre contar cosas o tocar superficies o rozar a otras personas.

8

Perez Rivera R y Borda T (2017) apelan a la perspectiva cultural-narrativa de la enfermedad mental. Los relatos de los pacientes con TOC reflejan contenidos socioculturales en el sentido de que suelen guiarse por un “pensamiento mágico” que los conduce a creer que serán objeto de algún castigo por sus pensamientos intrusos, lo que los obliga a realizar tareas auto impuestas, como defensa contra ese temor. Por eso muchos pacientes dudan de que sus síntomas sean patológicos. Andres Perpiñá, 2002 en Perez Rivera y Borda, 2017 sugiere la existencia de alteraciones cerebrales en el TOC conceptualizándolo como trastorno neuropsiquiátrico. Dichos autores intentan aunar criterios acerca de la etiopatogenia del TOC: en lugar de una visión categorial (se tiene o no el trastorno), el TOC es mejor explicado desde una visión dimensional: las conductas abiertas o encubiertas que definen el trastorno son comúnmente encontrados en todos los seres humanos, pero sólo escalan a síntomas de un desorden por los niveles de dichas conductas, por lo que hay que determinar cuando los síntomas del TOC van de normal a patológico.

3. Modelo cognitivo conductual del TOC

En forma general, la terapia conductual actúa por dos mecanismos, la habituación y los cambios que ocasiona en la actividad de la serotonina. (Yanyura Tobías y col..2002). Siguiendo a Perez Rivera y Borda (2017), los elementos clínicos del TOC es tan constituidos por patrones cognitivos, afectivos y conductuales no deseados, estresantes, improductivos

De acuerdo con estos autores, dicho modelo de terapia presume que los pensamientos, sentimientos y conductas disfuncionales son aprendidos y están interconectados. Ellos los identifican con un círculo vicioso: “la TCC del TOC propone que las obsesiones y estrategias de neutralización se desarrollan y persisten debido a la evaluación errada de los pensamientos intrusivos y a la imperiosa necesidad de controlarlos a través de conductas abiertas o encubiertas” (Borda T y Mazas S, 2018, pág. 67). Dichos autores explican que aunque los pacientes tengan buen insight o conciencia de enfermedad e irracionalidad de la idea obsesiva, igual contribuyen al ciclo vicioso del TOC. Tales pacientes dicen comprender lógicamente la falta de veracidad del contenido de las ideas, o la falta de necesidad, absurdo o exagerado de las conductas de neutralización. Las estrategias de neutralización son conductas abiertas (ej lavarse las manos, ordenar, comprobar) o encubiertas (por ej. actos mentales, rezar, contar, repetir palabras o pensamientos en silencio, repasar mentalmente acciones previas, formar contraimágenes) repetitivas que la persona se siente obligada a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben ser aplicadas rígidamente (por ej, llevar a cabo una acción, como vestirse o lavarse, de acuerdo con estrictas reglas propias y sin que se pueda explicar por qué se llevan a cabo). Sin embargo, cada vez que el paciente siente malestar o necesidad de tener una conducta de neutralización, lo que se produce es la inter

pretación errada de las intrusiones y la búsqueda de una respuesta segura de retorno al equilibrio afectivo. Luego, los pacientes refieren sentirse obligados, antes de comenzar el tratamiento, a responder de manera que los componentes afectivos y conductuales del TOC sean respetados.

Dichos autores dejan en claro que “es el mecanismo y no la forma o contenido del síntoma lo que define la topología del trastorno” (Perez R y Borda, 2017, pág. 66). Es más, ellos consideran obsesión o “patrón cognitivo” al elemento que siempre favorece la aparición del “patrón afectivo” del malestar; y compulsiones o “patrón conductual mental o físico” a aquello que el paciente haga o no haga, con la finalidad de intentar neutralizar, controlar o disminuir dicho malestar. Así, el patrón cognitivo está constituido por pensamientos, imágenes, impulsos obsesivos y sensaciones y contenidos que reflejan temores acerca del ciclo vital del paciente. Son desagradables /mórbidos, intrusivos, incontrolables que involucran resistencia, productos de un estilo de pensamiento mágico. Dichos autores señalan que una obsesión no siempre implica miedo a un daño específico sino

9

también una noción vaga del daño (“algo malo le sucederá a mi hijo”) o un malestar que no pueden tolerar si no llevan a cabo el ritual. En cuanto al patrón afectivo en el TOC los mencionados autores indican que se compone de ansiedad, asco y distrés (Pérez Rivera y Borda, 2017); ellos ubican a dichos sentimientos como básicos, adaptativos, filogenéticamente preparados al instinto básico de supervivencia que, en el TOC, viran por su nivel cuantitativo y cualitativo hacia lo patológico. Así, dan lugar a los patrones conductuales característicos de este trastorno, (rituales, compulsiones, conductas de evitación o estrategias de neutralización).

La guía APA (2007) asegura que la recomendación de un tratamiento de TCC solo o bien un tratamiento combinado con psicofármacos, dependerá de un número de factores: la naturaleza y severidad de los síntomas del paciente, la naturaleza de cualquier trastorno médico psiquiátrico concomitante, la historia de tratamiento pasado del paciente, medicación actual y preferencias.

Más precisamente, la TCC en general y del TOC tienen algunos principios claves:

- 1-Los factores etiológicos están separados de aquellos que perpetúan la enfermedad (TCC certifica que las causas y el mantenimiento del trastorno pueden ser de diferente entidad);
- 2- enfatiza el aquí y ahora.
3. Es un tratamiento limitado en el tiempo por los objetivos.
- 4- Usa un orden del día, de modo que cada sesión sea estructurada y orientada al objetivo.
- 5-. Está basado en herramientas.
- 6- Incluye tarea entre sesión (ejercicios autoadministrados);
- 7- Asume que los síntomas pueden y van a volver, por lo que construye estrategias de prevención de recaída en el tratamiento;
- 8- Tiene como objetivo fundamental ayudar a los pacientes a convertirse en su propio terapeuta hacia el final del tratamiento;
- 9- Sustenta una postura de “empirismo colaborativo” entre paciente y terapeuta (Pérez Rivera y Borda (2017, pág. 95).

Seguindo estos autores, el proceso de TCC para cualquier trastorno consta de

tres momentos: ETAPA I: EVALUACIÓN; ETAPA II: TRATAMIENTO (aplicación de herramientas cognitivas - conductuales) y ETAPA III: MANTENIMIENTO (prevención de recaídas)

En relación a cada uno de estos momentos es que se explicitan los objetivos específicos de TCC del TOC en Perez Rivera y Borda , 2017: prevenir o eliminar cualquier estrategia de neutralización (compulsiones, rituales y/o conductas de evitación abiertas o encubiertas); aprender que las obsesiones, más allá del contenido desagradable o bizarro, pueden ser dejadas de lado, sin ninguna consecuencia negativa para la persona o terceros; y que el afecto negativo intenso que desencadena el contenido de las obsesiones, disminuye por si mismo, gracias al fenómeno de habituación. La disminución de la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas primarios y la mejora en la calidad de vida, son la fehaciente constatación de los efectos del tratamiento.

Otro dato a tener en cuenta es que la TCC es el único tratamiento psicológico que da cuenta de cambios observables, gracias a técnicas de neuroimagen a nivel sistema nervioso (Cárdenas y col, 2012)

10

4. Un poco de historia

Situados en una perspectiva histórica, el tratamiento para TOC provenía, antes de los años 70 y 80, mayormente de una psicoterapia psicodinámica derivada de ideas psicoanalíticas apuntando a motivaciones inconscientes (Abramowitz J S, 2006). Dicho autor señala que no hay ningún estudio científico que evalúen la eficacia de tal enfoque, siendo el TOC una enfermedad inmanejable con un mal pronóstico. En realidad, los informes disponibles sugieren que tales terapias no son ni robustas ni duraderas en el tiempo para TOC o para cualquier desorden de ansiedad en general.

Los trabajos de Víctor Meyer y otros clínicos e investigadores comportamentales (en Abramowitz, J S, 2006) consideraron importantes investigaciones basadas en animales en los años 50 buscando análogos animales de TOC desde los cuales conceptualizar y desarrollar terapias comportamentales. Gracias a esto, para el último cuarto del siglo 20, el panorama pronóstico para el TOC habría mejorado drásticamente. En el trabajo de Abramowitz citado, se menciona a Richard Solomon y otros trabajando con perros en cajas (las cuales constaban de pequeños espacios divididos en dos por una valla sobre la que saltaba el animal). Cada mitad de la caja estaba equipada con una rejilla eléctrica que podía electrificarse independientemente para darle al perro un shock eléctrico a través de sus patas. Además, una luz servía como estímulo condicionado. El ritual compulsivo se producía al emparejar la luz con un shock eléctrico (el cual ocurría 10 segundos después de que la luz se hubiese encendido). EL perro aprendía a saltar dentro del otro compartimento de la caja, que no estaba electrificada, una vez que hubiere recibido el shock. Una vez establecida esta respuesta condicionada, la luz se desconectaba y no se le propiciaba ningún otro shock al perro. Sin embargo, el animal seguía saltando la valla cada vez que se prendía la luz- aun después de miles de intentos. Aparentemente, el perro había adquirido un hábito obsesivo compulsivo- saltar por la valla- lo cual reducía su miedo condicionado al shock y así era mantenido por refuerzo negativo (al sacar el estímulo aversivo tal como el stress emocional). Es así que tenemos un análogo animal de TOC humano, donde el comportamiento compulsivo se dispara por el miedo asociado con situaciones o estímulos tales como baños, pisos o pensamientos obsesivos (estímulos condicionados) que encierran poco o ningún riesgo de peligro real. Tal miedo se reduce mediante rituales compulsivos o de evitación (por ejemplo. a través del lavado) que sirve como escape para la angustia y que se vuelve habitual.

Abramowitz en el mismo trabajo asegura que Solomon intento reducir la conducta de

saltar de sus perros “obsesivos compulsivos” usando una combinación de procedimientos ahora conocida como EPR. El experimentador encendía el estímulo condicionado (luz), una técnica de exposición in vivo, y elevaba la altura de la valla en la caja de modo que el perro no pudiese saltar (prevención de respuesta). Hecho esto, el perro inmediatamente mostró signos de una intensa respuesta de miedo corriendo por todo el recinto, saltando por las paredes, defecando, orinando y eructando. Claramente, esperaba recibir un shock. Gradualmente, la reacción emocional cedía hasta que el perro mostraba calma sin el menor atisbo de stress., de tal modo que aun cuando se encendía la luz y la altura de la valla se reducía, el perro no saltaba. Así, esto explica el fenómeno de la habituación: “La habituación es la disminución y eventual desaparición de reacciones como consecuencia de su repetición, como una adaptación negativa, en la cual el organismo aprende a no responder, aunque haya un requerimiento conductual proveniente de la experiencia” (Perez Rivera y Borda, 2017 pág. 152.) Ellos explican que la habituación se produce cuando se llega a un estado de fatiga debido a la constante estimulación neuronal, y los cambios en los niveles de serotonina plaquetaria se normalizan luego del tratamiento con terapia conductual (Yanyura Tobías y Neziroglu, 1997 en Yanyura y col., 2002).

Los resultados de una investigación de Elsner, B., Jacobi, T., Kischkel, E. y col., 2022 representan la primera evidencia de violación de las expectativas relacionadas con la angustia y confirman los hallazgos preliminares de la habituación, lo que sugiere que

11

ambos procesos contribuyen a los beneficios del tratamiento de la exposición en el TOC, y ambos mecanismos parecen ser independientes.

5. ¿Qué es la EX/PR?

Actualmente la TCC del TOC, considerada por todos los autores relevados en el presente trabajo como el tratamiento de elección para el TOC, se basa en la aplicación de la estrategia de exposición y prevención de respuesta (EX/PR o EPR); “es un tratamiento especialmente diseñado para el TOC, basado en la premisa que las obsesiones son estímulos condicionados nocivos que provocan una respuesta de neutralización activa obligatoria” (Borda T y Masaz S, (2018). Autores como Franklin y Foa 2011; Neziroglu y col., 2006; Pietrabissa et al, 2016 en Masaz S y Borda T, (2018), indican que el programa de tratamiento de TCC-EX/PR es tanto estandarizado en el sentido de que todos los pacientes deben recibir EX/PR como individualizado, en el sentido de las formas que EX/PR adquiere.

Definiré a continuación la Exposición y la Prevención de Respuesta por separado (Suriá y Meroño, 2009). Exposición consiste en enfrentar al paciente a situaciones de miedo o preocupación relacionadas con sus obsesiones, o según Borda T y Masaz S, (2018) situaciones que pueden ser estímulos internos o externos; para ello, se comienza con situaciones que causan mínimos de ansiedad y posteriormente se va aumentando poco a poco. La Prevención de Respuesta consiste en evitar el comportamiento compulsivo con el apoyo del terapeuta evitando los comportamientos compensatorios (conducta o pensamiento (activa o pasiva, mental o física, para disminuir la ansiedad o las consecuencias desastrosas, temidas, no deseadas de las obsesiones, (Abramowitz, 2009; Borda, 2006; Foa et al, 2012; McKay et al, 2015; Neziroglu et al, 2006; NICE, 2005 en Borda T y Masaz S, (2018)) Por ello, la combinación de la Exposición y la Prevención de respuesta consiste en el enfrentamiento, deliberado y voluntariamente, al objeto o idea temida ya sea directamente o a través de la imaginación. Estos autores aseguran que el paciente mejora porque disminuyen los requerimientos de tiempo y esfuerzo que las con

ductas de neutralización le demandan; La EX/PR no solo rompe el círculo vicioso del TOC sino que también disminuyen la frecuencia y el impacto afectivo de las obsesiones, al tiempo que neutraliza el contenido de las ideas obsesivas (Abramowitz, 2009; Clark, 2005; Foa, Ilaim McCarth, Shoyer, y Murdock, 1993; McKay et al, 2015 en Borda T y Masaz S, (2018)

El resultado de estudios controlados demuestra que la EX/PR ha resultado más eficaz que la lista de espera, la relajación, el placebo farmacológico, la clomipramina y el entrenamiento en control de la ansiedad (Vallejo, 2003).

Tal como mencionamos en el apartado 1, el concepto de hábito está en el meollo para el tratamiento del TOC (Yanyura Tobías et al,2002). Después de cada exposición durante la sesión, el terapeuta y el paciente revisan juntos la experiencia del paciente y cómo se violaron sus expectativas viendo qué aprendió. También se pide a los pacientes que practiquen exposiciones por su cuenta como tarea y que intenten eliminar todos los rituales en su vida diaria. Normalmente, un curso de ERP concluirá con la planificación de la prevención de recaídas. (Hezel DM, Simpson HB, 2019)

La guía práctica para el tratamiento de pacientes con TOC de la APA (2007) recomienda la TCC y SRIs (inhibidores de recaptación de serotonina) como tratamientos de primera línea seguros y eficaces para el TOC agregando que tanto si se utiliza TCC, SRIs o un tratamiento combinado dependerá de factores que incluyan la naturaleza y severidad de los síntomas del paciente, la naturaleza de cualquier condición médica y psiquiátrica concomitante junto a sus tratamientos, la disponibilidad de TCC, y la historia de tratamientos del paciente, medicaciones actuales, capacidades y preferencias. La guía Nice (2005) observa que, en el tratamiento inicial de adultos con TOC, deberían ofrecerse tratamientos psicológicos de baja intensidad (incluyendo ERP; y hasta 10 horas de terapia por paciente, siempre que el grado de deterioro funcional es leve y/o el pacien-

12

te expresa una preferencia por un acercamiento bajo en intensidad. Los tratamientos bajos en intensidad incluyen: TCC breve, incluyendo ERP usando materiales de autoayuda estructurados; TCC individual breve (con ERP) por teléfono; TCC grupal (incluyendo ERP). Dicha guía agrega que, si esto fuese inadecuado o se tratase de adultos con deterioro funcional moderado, estos deberían optar por un tratamiento de SRIs o TCC más intensivo (incluyendo ERP, y más de 10 horas de terapia por paciente. De todas formas, Perez Rivera y Borda, 2017 afirman que si bien el rol de la medicación ha sido establecido está en discusión si las estrategias de medicación o EX/PR deberían usarse siempre combinadas o aisladamente como así también en qué orden. Asimismo, dichos autores hacen hincapié en el rol de la familia y/o otros significativos, en el sentido de involucrarlos rutinariamente en el tratamiento para alcanzar logros terapéuticos.

6. Variaciones de la EX/PR y su eficacia

Existen diversas variaciones o modalidades de aplicación de la EX/PR.: exposición imaginaria, in vivo, con exposición virtual (Cárdenas et al, 2012); tratamiento de grupo, tratamiento individual, tratamiento familiar, EX/PR controlada por el terapeuta o auto dirigida; prevención de respuesta total o parcial, exposición más o menos graduada (Bados, 2017).

Los datos del metaanálisis de Abramowitz (1996) indican que en medidas de síntomas obsesivo-compulsivos y de ansiedad general, y tanto en el postratamiento como en el seguimiento, la exposición asistida por el terapeuta funciona mejor que la auto exposición sola. Esta superioridad también se ha puesto de manifiesto en los metaanálisis de Abramowitz, Franklin y Foa (2002) y Rosa-Alcázar et al, 2008 en Bados, 2017).

El empleo de prevención de respuesta total es superior a la prevención parcial o

ausente (Abramowitz, 1996 en Bados, 2017): “favorece más las conductas adaptativas, ya que aumenta el insight al menguar el reforzamiento negativo que el ritual/compulsión / conducta de evitación generan sobre el contenido de la idea obsesiva y favorece la habituación natural de la ansiedad, asco, y/o distrés “(Perez Rivera y Borda, 2023 pág. 165) . El efecto combinado de EX más PR resulta superior que la EX y PR aplicada en forma aislada. Asimismo, la combinación de exposición in vivo o situacional -la cual conlleva el contacto con los objetos físicos o situaciones reales que se evitan en el contexto externo (Clark y Beck, 2010) y en imaginación - la cual conlleva la presentación de un estímulo simbólico de miedo)-es mejor que la exposición en imaginación sola (Foa et al, 2012 en Perez Rivera y Borda, 2017).

Según el metaanálisis de Abramowitz, (1996) la exposición gradual in vivo vs. inundación es igualmente eficaces. De todos modos, tanto Clark y Beck, 2010 como Perez Rivera y Borda, 2017, expresan que la exposición gradual suele ser el método preferido de los pacientes (Foa, 2012) (McKay, 2015 en Pérez Rivera y Borda, 2017), lo cual favorece la motivación y adherencia al tratamiento.

En cuanto a la efectividad del formato grupal como el individual, un estudio de Fals- Stewart, Marks y Schafer, (1993) en Vallejo Pareja (2001), muestra a ambos formatos igualmente eficaces en adultos. De la misma forma, numerosos ensayos abiertos y un estudio controlado han encontrado que los porcentajes de mejora del trastorno son bastante parejos en ambos formatos, en lo que respecta a niños y adolescentes (Rosa Alcázar, y col. 2012).

Sin embargo, el tratamiento de EX/PR puede causar rechazo debido a que está basado en la exposición prolongada a estímulos temidos o causantes de malestar (25 % a 30% que buscan ayuda psicológica lo rehúsan o abandonan (Abramowitz, 1998:2006; Foa & Kozak, 1986 en Cárdenas et al, 2012). Una herramienta alternativa viable se ha encontrado en las Tecnologías de la Información y comunicación (TIC): la realidad virtual: “una interfaz humano- computadora que involucra una simulación en tiempo real y una interacción a través de múltiples canales sensoriales” (Burdea, 1994 en Cárdenas et al, 2012 pág. 92). El uso se basa en no exponer directamente a los sujetos a situaciones

13

temidas, que pudieran resultar costosas, incómodas o inaccesibles, sino hacerlo de manera simulada. Hace uso de ambientes virtuales provocando ansiedad para que el paciente pueda trabajar y afrontarlos (baños para los TOC de contaminación; un autobús, donde los estímulos se relacionan con suciedad en los asientos, en el piso y personas sucias, entre otros). De acuerdo con la teoría de Foa y Kozak, 1986 en Cárdenas et al, 2012) para que la Terapia de EX con realidad virtual sea efectiva es condición que los pacientes se sientan presentes en los ambientes virtuales, a la vez que estos deben provocar emociones. El estudio de Clark, (1998) en Cárdenas y col, (2012) fue medianamente satisfactorio

7. La eficacia de EX/PR

Es imperativo enfatizar, de acuerdo a Pérez Rivera R y Borda T (2017) , que la TCC del TOC ha probado ser eficaz tanto en la reducción sintomática(60-70 % de reducción) , en la fundamental mejora de la calidad de vida de los pacientes y entorno , como en el mantenimiento de las mejorías en el tiempo. Sin embargo, aseguran estos autores, la eficacia de esta herramienta está determinada por la superposición de varios factores: 1- buena aplicación de esta técnica por parte de terapeuta y paciente; 2 conocimiento profundo del TOC; 3 actividad y motivación del paciente durante la terapia; 4 -La dimensión sintomática: ciertos síntomas del TOC responden mejor al tratamiento que otros (Williams y col., 2012)

En relación con el primer factor, estudios científicos sofisticados indican, desde Perez Rivera y Borda, 2017, que el modo en que el tratamiento TCC- EX/PR es aplicado es crucial. La psico-educación es una herramienta de preparación para la EX/PR y es una pieza clave para obtener mejores resultados. Es sinónimo de explicar el círculo vicioso del TOC a través de una ruta verbal lingüística. En la experiencia de estos autores y la de otros expertos en TOC (Sookman, 2016) los pacientes resistentes recibieron TCC inadecuado en cualquiera de sus fases; ellos mencionan psicoeducación inespecífica; ejercicios de EX/PR con terapeuta o auto- administrados insuficientes, mal diseñados o aplicados; sesiones de duración y/o frecuencia inadecuados; falta de inclusión familiar; terminación prematura del tratamiento.

Psico educar significa explicar las características del trastorno al paciente, las alternativas terapéuticas, pronóstico de las mismas, y aconsejar bibliografía publicada a tal fin; en otras palabras, significa que el terapeuta tenga los conocimientos y experiencia suficiente para poder despejar las dudas que surgen de la lectura (Yanyura Tobías y col, 2002). Es más, sin un conocimiento de cómo funciona la EX/PR, como técnica para bloquear aquello que refuerza los temores, se compromete la trayectoria del tratamiento. La psicoeducación explica la racionalidad del tratamiento, y es especialmente importante, ya que los pacientes que no comprenden cómo la EX/PR produce beneficios no pueden participar activamente en esta herramienta. Es crucial que el paciente comprenda el costo en el largo plazo que tiene la disminución en el corto plazo – lo cual obtiene mediante las conductas de neutralización. Al principio esta estrategia parece funcionar, pero a la vez no permiten aprender que los miedos obsesivos son improbables. Los afectos en el TOC, ansiedad, asco y distrés disminuyen gracias a la habituación, sin necesidad de conductas específicas a tal fin.

Ellos enfatizan que más allá de las herramientas cognitivas-conductuales, los mejores resultados se alcanzan con “alianza terapéutica”; la misma se define como “el vínculo emocional entre paciente y terapeuta que permite trabajar en colaboración y focaliza directamente hacia la funcionalidad del paciente” (Foa, 2012 en Perez Rivera y Borda, 2017 pag.33). Dichos autores aseguran que no existe tratamiento sin alianza de trabajo. La alianza terapéutica es crucial para la efectividad de la EX/PR siendo el único factor pronostico que posibilita su aplicación. Los autores manifiestan que en las exposiciones con fluyen la ciencia y el arte, ya que su diseño refleja la comprensión del terapeuta sobre la singularidad del TOC y del paciente. Borda T y Masaz S, (2018) Pérez Rivera y Borda,

14

(2017), destacan que todo tratamiento eficaz del TOC debe ser personalizado. La conceptualización del caso favorece la alianza terapéutica con el paciente y la familia y la planificación de los ejercicios de EX/PR en tiempo y forma. Friedberg y McClure (2015) definen a tal conceptualización como un proceso fluido dinámico. que exige al terapeuta generar hipótesis siendo las mismas continuamente revisadas redefinidas a lo largo del proceso terapéutico; la colaboración con el cliente facilita la conceptualización. Pérez Rivera y Borda (2017) recomiendan ser lo más específicos posible en definir los síntomas de TOC de una forma que refleje la situación del paciente y su familia de forma única, atendiendo asimismo a la base etno-cultural. Asimismo, otros autores tales como Abramowitz, (2009); Foa, (2012); McKa, (2015) en Perez Rivera y Borda, (2017) ; Poudon (2005) indican enseñar a los pacientes a monitorear las obsesiones y compulsiones diariamente.

El segundo factor concierne a la importancia de tener un conocimiento profundo del TOC. Como ya mencionamos en el primer apartado de este trabajo, la última versión del DSM- 5 incluye, en base a las investigaciones publicadas en los últimos 20 años, un capítulo donde da cuenta de la heterogeneidad del TOC y su espectro. Un conocimiento fehaciente de dichos trastornos relacionados, le permitirán al evaluador un adecuado diagnóstico diferencial, especialmente entre el TOC y el trastorno obsesivo –compulsivo

de la personalidad (Yanyura Tobías y Neziroglu, 1997 en Yanyura Tobías et al, 2002) y búsqueda de comorbilidades. Para este cometido estos autores manifiestan la importancia de una evaluación multimetodo y multimodal para generar y mantener un contexto de colaboración terapéutica y alcanzar mayor eficacia al planificar las exposiciones. Un punto crucial es la importancia de que el terapeuta conozca el modo idiosincrático en que los síntomas del TOC se manifiesten en su paciente, de modo de poder, con ciencia y arte, planificar las exposiciones.

En cuanto al tercer factor, la actividad y motivación del paciente durante la terapia, junto con la actividad de la familia del paciente, tienen incidencia en la eficacia del tratamiento: cualquier reacción extrema de esta ante la conducta patológica del paciente empeora el trastorno. Ciertos trastornos de la personalidad influyen negativamente en el resultado del tratamiento, como es el caso de personalidades esquizotípicas, dependientes y pasivo-agresivas (Ruegg, RG et al 1992 en Yanyura Tobías y col., (2002).

La psicoeducación en torno al TCC del TOC y la EX/PR como herramienta efectiva del tratamiento es lo que permite el establecimiento de la alianza terapéutica y la motivación al cambio -los principales logros en la primera fase del tratamiento. Miller y Rollnick (2002) postulan a la entrevista motivacional (EM) como un enfoque eficaz basado en la evidencia para superar la ambivalencia que impide que muchas personas realicen los cambios deseados en sus vidas, incluso después de buscar o ser remitidas a un tratamiento profesional. La definen como un estilo de comunicación colaborativo y orientado a objetivos con especial atención al lenguaje del cambio. Está diseñado para fortalecer la motivación personal y el compromiso generando y explorando las propias razones de la persona para el cambio dentro de una atmósfera de aceptación y compasión. Según estos autores, la EM se enmarca como un método de comunicación más que como una intervención, a veces utilizada sola o combinada con otros enfoques de tratamiento. La EM se ha aplicado en una amplia gama de entornos (p. ej., salud, correccionales, servicios humanos, educación), poblaciones (p. ej., edad, etnia, religión, sexualidad e identidades de género), idiomas, formatos de tratamiento (p. ej., individual, grupal, telemedicina) y presenta inquietudes (por ejemplo, salud, estado físico, nutrición, sexo riesgoso, cumplimiento del tratamiento, cumplimiento de la medicación, uso de sustancias, salud mental, conductas ilegales, juego, crianza de los hijos). Dicho enfoque se compara bien con otros enfoques basados en evidencia en estudios de investigación formales como así también es compatible con los valores de muchas disciplinas y enfoques basados en evidencia. (Miller y Rollnick, 2013).

El cuarto factor mencionado, el hecho de que ciertos síntomas del TOC responden mejor al tratamiento que otros (Williams et al, 2012) es importante porque puede ayudar a los médicos a apreciar mejor las variaciones en la presentación de los síntomas y guiar

15

las opciones iniciales de tratamiento y el manejo de pacientes individuales (Leckman JF y col, 2010 en Williams et al, 2013).. Aunque EX/RP y sus variantes de TCC son efectivas para el TOC en su conjunto, no se sabe definitivamente si ciertas dimensiones de los síntomas pueden ser más sensibles a este tipo de tratamiento que otras o si la duración, el formato y los componentes del tratamiento deben alterarse sustancialmente en función del perfil de síntomas específicos (Sookman D, y col., 2005). Las principales dimensiones de los síntomas del TOC identificadas en estudios recientes son contaminación / limpieza, dudas sobre el daño / control, pensamientos inaceptables / compulsiones mentales y simetría / orden. (Abramowitz JS, 2003; Pinto A, y col. 2008; Williams M T y col., 2011 en Williams y col., 2013). El acaparamiento no está incluido, ya que se está reclasificando como un trastorno separado en el DSM-5 (. Mataix-Cols D 2010 en Williams y col., 2013) Las tres cuartas partes de los estudios han sido llevados a cabos en pacientes con compulsiones de lavado y comprobación y hay una baja representación de otros tipos de TOC: orden, acumulación, lentitud compulsiva y obsesiones sin compulsiones manifiestas

(Bados A, 2017). Asimismo, dicho autor indica que los pacientes con rituales, acumulación o con obsesiones de contenido sexual o religioso mejoran menos al aplicar terapia conductual, TCC o fármacos, tienen mayores síntomas depresivos y permanecen más tiempo en tratamiento (Alonso P y col. 2001 en Williams y col., 2017). Un estudio de Freeston, M 1980 en Williams y col, 2017 usó grabaciones en bucle con situaciones provocadoras de ansiedad que los pacientes escuchaban en sesión o como parte de su tarea. Como las compulsiones eran mayormente mentales, el ritual de prevención consistía en estrategias de supresión neutralizadoras y revisión mental y el resultado fue que todos los pacientes experimentaron mejoría en los síntomas. Algunos estudios han encontrados que los que tienen compulsiones de orden tienen peor pronóstico que los de compulsiones de lavado, mientras que otros estudios han encontrado lo opuesto (Williams et al, 2013). Summerfeldt (2004) en Bados A, (2017) ha propuesto un tratamiento modificado de EX/PR para aquellos casos con obsesiones y compulsiones de orden y simetría extremadamente rígidas o los que combaten no con la prevención de una amenaza sino con la necesidad de que las cosas estén perfectas o para experimentar una sensación de que todo este completo (not-just right experiences). En definitiva, la evidencia sugiere, de acuerdo con estos autores, que puede ser beneficioso un tratamiento hecho a medida para cada dimensión sintomática en particular.

En resumen, tales factores descriptos, - buena aplicación de esta técnica por parte de terapeuta y paciente; conocimiento profundo del TOC; actividad y motivación del paciente durante la terapia y la dimensión sintomática, han de tenerse en cuenta a la hora de examinar la eficacia de la EX/PR para el tratamiento del TOC.

El paradigma de la complejidad, de la que tantas veces escuchamos hablar en esta era postmoderna, se ve reflejado también en el TOC: un trastorno cuyas aristas han sufrido cambios que han impactado en las interpretaciones diagnósticas y la conceptualización de su fenomenología. Tal es así que en el DSM-5 se lo cataloga como formando parte de un espectro. La especialización no se detiene: también advertimos cómo estos autores ya nos hablan de la TCC del TOC, el tratamiento por elección para el TOC, siendo la EX/PR una herramienta terapéutica tanto estandarizada como adaptable a la forma que el TOC adquiere en cada paciente. No por nada el referente principal a lo largo de la carrera de

psicología, Sigmund Freud, en su momento advirtió que la neurosis obsesiva era el objeto de indagación analítica más interesante y remunerativo, ofreciendo una enorme diversidad de fenómenos; de ahí que él considerara imposible proporcionar una síntesis coherente de todas sus variaciones. Sin embargo, no hay ningún estudio científico dentro del psicoanálisis que evalúen su eficacia para tratar el TOC, sin desmerecerlo como enfoque terapéutico en sí. Evidentemente el psicoanálisis se ha posicionado tradicionalmente como disciplina eje de nuestra carrera, siendo la orientación de terapia cognitiva conductual sólo estudiada de manera general y secundaria, poco abordada y por ende poco apreciada. En este tramo final de la carrera y acercándonos al futuro quehacer profesional en la práctica clínica, en el que muchos nos proyectamos desempeñarnos, el presente trabajo pretende apuntar a lo mucho que la TCC, en este caso la TCC del TOC, tiene para ofrecer, porque es eficiente y porque es eficaz, porque los pacientes experimentan la tan ansiada mejoría con la casi total remisión de sus síntomas. Es por este motivo que la presente investigación bibliográfica pone a disposición del lector una recolección de investigaciones que posibiliten reflexionar sobre aquello que Fiorini (2002) advierte sobre el campo de la psicoterapia: la gran responsabilidad social humana y la urgencia que a los psicólogos le cabe a la hora de elegir enfoques, simplemente porque en cada intervención se juegan vidas, proyectos, rumbos de individuos y grupos. Y no solo por eso: el desarrollo de niveles teórico técnico y de investigación es lento, lo cual no debe dejar de inquietarnos como profesionales de la salud mental. Asimismo, agrega que todo conocimiento científico en este campo es problema de urgencia, de responsabilidad social humana.

Es una realidad que el paciente con TOC demora, hasta quizás varias décadas, su llegada a la consulta debido a la vergüenza, la culpa, la angustia que este fenómeno le provoca sea de manera manifiesta, es decir a través de acciones verificables concretas, o encubierta, que ya tiene que ver con lo estrictamente mental, acciones “que no se ven a simple vista”, para expresarlo más claramente. Esto nos interpela como psicólogos en lo concerniente a esfuerzos en pos de campañas de promoción de la salud, proveyendo información a través de los medios o redes sociales acerca de este trastorno, entre otros. De esta manera, la población se sentiría más motivada a acercarse a centros de salud. Es encomiable, en este sentido, la labor de muchas figuras públicas que visibilizan este trastorno, a través de la presentación de escenas de la vida cotidiana que escenifiquen cómo es vivir con TOC, de manera que aquel que siente que lo padece pueda sentirse identificado y así dar un primer paso hacia la consulta clínica. Así, encuentro que el paradigma de lo que significa el concepto de salud podría verse enriquecido: es en la aceptación y conciencia de nuestro padecimiento y dificultades y no en la negación de estos que hay salud. Es enfrentando nuestros temores y problemas que ejercemos y ganamos en poder a la vez que ganamos en recursos físicos y espirituales para saber quiénes somos y entender por qué. Los síntomas del TOC, si bien se alivian con la EPR, no se curan generalmente por completo en el sentido tradicional del término, al menos en la mayoría de los casos. El paciente aprende a lidiar con el ciclo de obsesiones y compulsiones, pero en ese aprendizaje reside su fortaleza para seguir adelante con una mejor calidad de vida.

17

En efecto, luego de leer e investigar sobre el TOC, todo profesional de la salud mental advierte también la capital importancia de un adecuado psicodiagnóstico. Es crucial saber discernir lo que es TOC de lo que no lo es. Sabemos que tener pensamientos intrusivos es condición normal de toda persona: todos a lo largo del día los tenemos en mayor o menor medida. Sin embargo, en el momento en que las personas son presa de la ansiedad, el estrés y el asco y sienten que tales pensamientos tienen el potencial de hacerse realidad si no ejecutan tal o cual compulsión, es hora de encender las alarmas.

Si a este sintoma característica de todo paciente con TOC le sumamos un inadecuado diagnóstico, por ejemplo, un cuadro psicótico en vez de TOC, el panorama se vuelve mas aterrador para el paciente y para todos los implicados. De allí que la responsabilidad que nos cabe como futuros profesionales de la salud es muy grande; tengamos siempre presentes a nuestras incumbencias como psicólogos: asistir, orientar y asesorar en lo concerniente a los aspectos psicológicos en el área social-comunitaria para la promoción y la prevención de la salud y la calidad de vida de grupos y comunidades. Que nuestras especializaciones, práctica clínica, futuras investigaciones tengan como meta dichas aspiraciones. Y si no estamos seguros, estar abiertos a la pregunta, a la duda constructiva, para llegado el caso poder derivar a otros colegas aquellos pacientes que sentimos estarán en mejores manos.

1996, Pages 583-600,
 ISSN 0005-7894, [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80045-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80045-1). Abramowitz,
 Jonathan & Franklin, Martin & Schwartz, Stefanie & Furr, Jami. (2004). Symptom
 Presentation and Outcome of Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive
 Disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 71. 1049- 57.
 10.1037/0022-006X.71.6.1049.

Abramowitz JS. The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Can J
 Psychiatry*. (2006) Jun;51(7):407-16. doi: 10.1177/070674370605100702. PMID:
 16838822

American Psychiatric Association (APA). (2007). Practice guideline for the treatment of
 patients with obsessive-compulsive disorder. Arlington, VA: American Psychiatric
 Association

Bados ,Arturo (2017) Trastorno obsesivo compulsivo Universidad de Barcelona . Recupe
 rado de
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115726/1/TOC.pdf> (28/8/23) Borda Tania y
 Masaz Stephanie (2018) EL trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es sustancialmente un
 trastorno emocional Enciclopedia de Salud mental Ed Aigle recuperado de
<http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/mobile/trabajo.php?id=8&idtt=20>
 (14/6/23)

Cárdenas, Georgina & Muñoz, Sandra & P, Oviedo. (2012). Exposición virtual como he
 rramienta para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. *Revista de la Facultad
 de Psicología*. 15. 10.15381/rinvp. v15i2.3690.

Clark David y Beck Aaron (2010) *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad* The
 Guilford Press. New York, USA

Elsner, B., Jacobi, T., Kischkel, E. et al. Mecanismos de exposición y prevención de
 respuesta en el trastorno obsesivo-compulsivo: efectos de la habituación y la violación
 de las expectativas en los resultados a corto plazo en la terapia cognitivo- conductual.
BMC Psiquiatría 22, 66 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03701-z>

Fiorini, H. *Teoría y Técnica de Psicoterapia (Cap. 1)* 1ºBs. As. Nueva Visión 2002 Freud ,
 Sigmund A propósito de un caso de neurosis obsesiva Amorrortu editores, 1909

Friedberg, Robert D.. McClure Jessica M *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Chil
 dren and Adolescents: The Nuts and Bolts* Guilford Publications, 2015 Hezel DM,
 Simpson HB. Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A
 review and new directions. *Indian J Psychiatry*. 2019 Jan;61(Suppl 1):S85-S92. doi:
 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_516_18. PMID: 30745681; PMCID: PMC6343408

Miller, WR y Rollnick, S. (2002). *Entrevista motivacional: preparar a las personas para el
 cambio* (2ª ed.). La prensa de Guilford.

Miller, WR y Rollnick, S. (2013). *Entrevista motivacional: preparar a las personas para el
 cambio* (3º ed.). La prensa de Guilford.

Rodríguez Biglieri, Ricardo *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los Trastornos de
 ansiedad / Ricardo Rodríguez Biglieri y Giselle Vetere; compilado por Ricardo Ro dríguez
 Biglieri y Giselle Vetere. - 1a ed. - Buenos Aires: Polemos, 2011* Suriá, R. y Meroño, A.
 (2009). Terapia de aceptación y compromiso en el TOC: Estudio de su eficacia como
 tratamiento complementario. *Psiquiatría.com*, 13(2).
<https://www.nice.org.uk/guidance/cq31>, 2005(accedida el 13 de junio de 2023) O.M.S.:
 CIE-10. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

Rosa Alcázar, A. I., Iniesta Sepúlveda, M., & Rosa Alcázar, A. (2012). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales en el trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Una revisión cualitativa. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 28(2), 313–326. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.2.121461>

Sookman D , Abramowitz JS, Calamari JE, Wilhem S, Mckay D: Subtypes of obsessive compulsive disorder: implications for specialized cognitive behavioral therapy. *Behav Ther* 2005; 36:393-400

Sookman D. *Specialized Cognitive Behaviour Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: An expert clinical guidebook* Ed Routledge Taylor & Francis group New York and London 2016

Vallejo Pareja, Miguel Ángel *Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo recuperado de* <https://www.psicothema.com/pi?pii=464http://www.psicologia-online.com/ESMUBeda/Libros/Manual/manual22.htmhttp> 2001 Vol. 13 (nº 3). 419- 427 el 23 de agosto de 2023

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

Williams MT, Mugno B, Franklin M, Faber S. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: phenomenology and treatment outcomes with exposure and ritual prevention. *Psychopathology*. 2013;46(6):365-76. doi: 10.1159/000348582. Epub 2013 Apr 20. PMID: 23615340; PMCID: PMC3992249. Yanyura-Tobias, J.A., Neziroglu, F, Perez Rivera R.L., Borda T. Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo *Revista de Psiquiatría del Uruguay Volumen 6 N.º 1 Junio 2002*