



TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

1. ¿QUÉ ES? *Definición, criterios diagnósticos y curso*

1.1. DEFINICIÓN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) pertenece al grupo de los desórdenes de ansiedad caracterizado por:

Obsesiones: ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que son egodistónicos, es decir, que la persona no experimenta que los produce voluntariamente, sino más bien experimenta que son pensamientos que invaden la conciencia y son vividos como sin sentido, causando un malestar significativo. La persona que lo padece realiza intentos para ignorarlos o suprimirlos, a veces sin conseguirlo.

Compulsiones: son conductas repetitivas que se realizan según determinadas reglas de forma estereotipada y que la persona se ve obligada a realizar, en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

Desde el punto de vista clínico el TOC puede comenzar por un único síntoma que persiste a lo largo de meses, o incluso años, y al que se irán añadiendo nuevas obsesiones y compulsiones de forma progresiva. Los síntomas pueden cambiar además a lo largo del tiempo y sustituirse unos por otros, pudiendo permanecer el contenido de alguno de ellos. Lo más típico es que se den obsesiones y compulsiones conjuntamente, pero también puede presentarse un cuadro obsesivo sin compulsiones, si bien en personas con DI lo más habitual es la observación de conductas compulsivas, siendo más difícil acceder al contenido de las obsesiones.

La conducta no es un fin en sí misma, sino que aparece para producir o evitar algún acontecimiento o situación futura, y fundamentalmente reduce la ansiedad.

Por lo general, la persona reconoce la falta de sentido de la conducta, algo que habitualmente no suele ocurrir en personas con DI, y no obtiene placer en llevar a cabo esta actividad, aunque le procure un alivio de su tensión. Las obsesiones y las compulsiones son una fuente significativa de malestar e interfieren en su funcionamiento social.

→ TIPOS DE TOC

Dentro del TOC se pueden diferenciar ocho tipos más comunes, de los cuales los más habituales en persona con DI son los “ordenadores”, “acumuladores” y “repetidores”:

- Lavadores y limpiadores: son personas con obsesiones relacionadas con la contaminación a través de determinados objetos o situaciones.
- Verificadores: son personas que inspeccionan de manera excesiva con el propósito de evitar que ocurra una determinada catástrofe.
- Repetidores: son aquellos individuos que se empeñan en la ejecución de acciones repetitivas.
- Ordenadores: son personas que exigen que las cosas que les rodean estén dispuestas de acuerdo con determinadas pautas rígidas, incluyendo distribuciones simétricas.
- Acumuladores: coleccionan objetos insignificantes, de los que no pueden desprenderse.
- Ritualizadores mentales: acostumbran a apelar a pensamientos o imágenes repetitivos, llamados compulsiones mentales, con el objeto de contrarrestar su ansiedad provocadora de ideas o imágenes, que constituyen las obsesiones.
- Obsesivos puros: experimentan pensamientos negativos reiterados, que resultan incontrolables y bastante perturbadores. No obstante, a diferencia de quienes sufren los demás tipos de TOC, no se entregan a comportamientos reiterativos de tipo físico, sino rumiaciones mentales.
- Sexuales: consiste en pensamientos sexuales recurrentes, que pueden incluir un temor exagerado a ser homosexual.

1.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A. Se cumple para las obsesiones y compulsiones

Se cumple para las obsesiones y las compulsiones (aunque puede que no sea posible identificar las obsesiones a causa de deficiencias comunicativas en personas con d.l. y distintas necesidades de apoyo)

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3), (4),

(1) Las obsesiones son recurrentes, persistentes y egodistónicas que causan malestar.

En personas con discapacidad intelectual, puede que las obsesiones no se expresen por dificultades comunicativas y las obsesiones recurrentes, persistentes pueden no ser experimentadas como intrusivas o inapropiadas, ni causar ansiedad o angustia

(2) Los pensamientos no son preocupaciones sobre problemas de la vida real.

(3) La persona que lo padece realiza intentos para ignorarlos o suprimirlos, a veces sin conseguirlo.

En personas con necesidades de apoyo intermitente/limitado, es posible que los intentos de ignorar o suprimir estos pensamientos no se puedan detectar a causa de

deficiencias comunicativas y cognitivas. Criterios diagnósticos para personas con necesidades de apoyo extenso / generalizado.

Es posible que la persona con necesidades de apoyo extenso/generalizado no intente suprimir estas compulsiones y obsesiones. y que no puedan expresar su deseo de ignorar, suprimir o neutralizar estos pensamientos o impulsos.

(4) La persona reconoce que sus obsesiones o compulsiones son producto de su mente.

Possiblemente no se puede determinar a causas de deficiencias comunicativas y cognitivas.

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

(1) Las compulsiones son conductas repetitivas que se realizan de forma estereotipada, que la persona se ve obligado a realizar, en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir es:

En personas con necesidades de apoyo intermitente y limitado, las compulsiones son conductas repetitivas que se realizan de forma estereotipada, que la persona se ve obligado a realizar, en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. Las más frecuentes son: ordenar, acumular o acaparar, preguntar, frotar o friccionar.

En personas con necesidades de apoyo extenso y generalizado, las compulsiones son basadas en pensamientos más sencillos (suelen ser: insistir en seguir secuencias rígidas, orden excesivo, vaciar y llenar compulsivamente).

(2) La conducta no es un fin en sí misma, sino que está diseñada para reducir angustia o producir o evitar algún acontecimiento. Sin embargo, o bien la actividad no está conectada de forma realista con lo que se pretende impedir o provocar o puede ser claramente excesiva.

La función de la conducta compulsiva puede no estar establecida.

B. La persona reconoce la falta de sentido de la conducta compulsiva.

En personas con necesidades de apoyo intermitente y limitado, puede que no se reconozca la irracionalidad de la conducta compulsiva.

C. Las obsesiones y las compulsiones: son una fuente significativa de malestar e interfieren en su funcionamiento social. (Como medida estándar; las compulsiones conllevan más de 1 hora/día).

En personas con DI, puede que no aparezcan ansiedad o angustia sino atisbos de felicidad al realizar la compulsión. Pueden aparecer conductas desafiantes especialmente auto y hetero agresiones si se evita que la persona complete la compulsión.

D. Si existe otro trastorno del eje 1, el contenido de la obsesión o compulsión no está restringido sólo a este trastorno. p.ej. preocupación por la comida en personas con trastornos alimenticios o preocupación por la enfermedad en personas con hipocondría.

En personas con DI, es importante distinguir compulsiones de las estereotipias y el deseo de mantener la monotonía (las primeras van seguidas de ansiedad elevada si se detienen, las segundas no van seguidas de ansiedad o van seguidas de ansiedad leve transitoria.). Estereotipias (balanceos, girar objetos) u otras conductas repetitivas como robar, demandar atención, masturarse en público, sobre ingesta de alimentos, perseveración verbal... no deben tenerse en cuenta para efectuar un diagnóstico de TOC en personas con altas necesidades de apoyo.

E. Los síntomas no son la consecuencia directa de otro trastorno psiquiátrico, fármacos, drogas o enfermedad física.

1.3. CURSO Y PREVALENCIA

El inicio del TOC es muy precoz, siendo en los varones más común su comienzo en la infancia y en las mujeres más tarde (hombres: 6-16 años, mujeres: 20-29 años). Se acepta que el curso de la enfermedad es continuo, con periodos de mejoría y otros de agravamiento.

Tradicionalmente el pronóstico del TOC no ha sido bueno hasta la introducción de la clorimipramina¹ e inhibidores de la recaptación de serotonina, junto con las terapias conductuales, que logran mejorar un alto porcentaje de pacientes, aunque son poco frecuentes los casos de remisiones totales.

En la población general, la prevalencia del TOC es del 1%, mientras que los estudios en DI indican prevalencias entre el 1 y el 4% (Deb et al., 2001). Si se incluye el TOC subclínico o el TEOC (trastornos del espectro obsesivo-compulsivo), la prevalencia aumenta considerablemente.

Las personas con Trastornos del Espectro de Autismo y algunos síndromes cromosómicos (Prader-Willi, Síndrome de Down, Síndrome de X frágil, Cornelia de Lange y Síndrome de Williams) tienen mayores probabilidades de mostrar conductas compulsivas (Dimitropoulos et al., 2001, Hyman et al., 2002, Evans and Gray, 2000). Dentro del TEA, los estudios indican una comorbilidad TEA- TOC del 37% (Leyfer et al., 2006). El trastorno obsesivo-compulsivo estadísticamente es igual de frecuente en varones que en mujeres, aunque la edad de inicio se adelanta en hombres.

¹ La **clomipramina** se usa para tratar a las personas con trastorno obsesivo-compulsivo (un trastorno que provoca pensamientos repetitivos no deseados y la necesidad de repetir ciertos comportamientos una y otra vez). La **clomipramina** pertenece a un grupo de medicamentos llamados **antidepresivos tricíclicos**.

2. ¿CÓMO IDENTIFICARLO? Síntomas, signos e indicadores conductuales. Diagnóstico diferencial.

2.1. SÍNTOMAS, SIGNOS E INDICADORES CONDUCTUALES

Es importante tener en cuenta que, en términos generales, en las personas con DI es frecuente encontrar rasgos de personalidad obsesiva y rigidez cognitiva, que no necesariamente deben ser diagnosticados como TOC. Sobre todo, en personas con mayores necesidades de apoyo los comportamientos rígidos y/o repetitivos pueden ser funcionales y adaptativos porque les ayudan a controlar y predecir el entorno en el que se desenvuelven. Recuerda que:

Es más fácil de diagnosticar y la prevalencia es mayor en personas con necesidades de apoyo intermitente o limitado. En personas con DI no siempre encontraremos la asunción de que su comportamiento es irracional y excesivo cuando sobrevienen las compulsiones, ni siquiera por parte de la familia. En ocasiones lo consideran como un comportamiento asociado a la discapacidad.

Si intentamos detener a la persona con DI que quiere llevar a cabo una compulsión y se muestra muy ansioso o agresivo, puede ser indicio de que padece TOC. Aunque la aparición de ansiedad no es criterio diagnóstico de TOC en personas con DI.

No siempre se encuentra la presencia de ansiedad como tal, puede manifestarse de manera más difusa o en forma de alteraciones de conducta.

No encontraremos el fenómeno de resistencia cognitiva (intentos de suprimir o neutralizar la compulsión por miedo a reacciones de terceras personas) en personas con DI con necesidades de apoyo extenso o generalizado, por lo que hay que fijarse más en signos observables como aumento de ansiedad o inquietud.

Las conductas autolesivas de naturaleza compulsiva pueden considerarse indicios de presencia de TOC en personas con DI.

Las estereotipias, tics o rituales acústicos pueden confundirse erróneamente con compulsiones en personas con DI.

Las compulsiones que requieren pensamientos abstractos como contaminación por gérmenes o comprobación, son significativamente menos frecuentes en personas con DI.

También se han de diferenciar de las estereotipias motoras y verbales, los tics complejos y trastornos del movimiento relacionados con daño cerebral.

El diagnóstico de TOC en población sin DI requiere que las obsesiones o compulsiones interfieran en la vida de la persona durante al menos una hora al día. Este criterio no es aplicable a personas con DI. Las personas con DI que siguen complejos rituales para vestirse o asearse, comen en un estricto orden, se mueven siempre por el mismo recorrido... pero son parte fundamental de sus rutinas diarias, se pueden describir como "TOC subclínico".

El TOC subclínico se refiere a una parte del continuo del TOC donde los síntomas tienen una mínima interferencia en la vida de la persona (Fletcher et al., 2007).

Recientemente se denomina TEOC a aquellos subtipos de TOC en los que no hay resistencia y no hay malestar significativo cuando no se completa la compulsión. La topografía puede ir desde actos mentales repetitivos, rituales simples o complejos, tics o impulsos.

En personas con DI son frecuentes las reacciones de extrema ansiedad manifestada en conductas desafiantes, cuando una de sus compulsiones intenta ser cortada o reducida. Son típicas las obsesiones y compulsiones de orden, comprobación y el empleo de rituales de limpieza. Todas aparecen con mayor frecuencia en el hogar que en otros contextos. Estas personas no demandan ayuda, por tanto, el problema suele ser identificado por la familia o cuidadores.

Al igual que en otros trastornos, el diagnóstico requiere de una evaluación conductual sistemática y en muchos casos debe basarse en la presencia de sólo algunos de los síntomas. Aún en estos casos se observa una respuesta favorable al tratamiento farmacológico del TOC.

Las obsesiones verdaderas deben diferenciarse de los rasgos obsesivos de personalidad. Por otro lado, es necesario diferenciar los pensamientos obsesivos de alteraciones del lenguaje asociadas a DI como la ecolalia y el habla repetitiva (por ejemplo, en el autismo). Los rituales y las rutinas rígidas forman parte también del autismo y pueden dar lugar a alteraciones de conducta cuando se intenta variarlas. De hecho, los comportamientos repetitivos son comunes en la DI y pueden asociarse a otro tipo de trastornos mentales, como son los trastornos del ánimo o trastornos de tipo psicóticos.

Nivel Cognitivo	
Síntomas o Signos	Algunos Indicadores
Pensamientos obsesivos	<ul style="list-style-type: none">- Dudas cotidianas y reiteradas que pueden ser verbalizadas o no, por ej.: ¿me he portado bien, me he portado bien? ¿Después de taller toca ocio, toca ocio?- Preocupación y necesidad de orden-simetría, exactitud, por ej. entrar en la sala una y otra vez para comprobar que está todo en su sitio.- Rumiaciones o verbalizaciones interminables sobre un tema en concreto.- Establecer reglas de orden rígidas, por ej. saludar a todo el mundo por orden alfabético.- Preocupación exagerada por un tema. - Indecisión (deambulación, lentitud a la hora de realizar acciones sencillas, tomar decisiones ...).- Atención excesiva a los detalles, por ej. está permanentemente mirando si hay algo que está fuera de su sitio.- Temor a distintos peligros que puedan pasarle a él/ella
Compulsiones mentales	<ul style="list-style-type: none">-Lentitud obsesiva.- Repetir una y otra vez la misma frase o la misma ecolalia.

Nivel Fisiológico

Síntomas o Signos	Algunos Indicadores
Malestar emocional	- Irritabilidad. Susceptibilidad. Reacciones exageradas. Inquietud
Bajo estado de ánimo	- Llanto, postura encorvada, enlentecimiento motor, apatía.
Alivio transitorio al realizar la compulsión	- Sonrisa, gesto de satisfacción. - verbalizaciones de éxito, por ej. "ya está, todo controlado", "ya puedo salir".
Ansiedad elevada	- Sobre todo cuando no se puede llevar a cabo una compulsión o un ritual aparece tensión muscular, hiperventilación, inquietud, palpitaciones, etc. - En personas con dificultades comunicativas, la expresión de ansiedad puede observarse en conductas como: llevarse la mano al pecho, sensación de ahogo, rigidez corporal, movimientos espasmódicos, etc.
Alteraciones del sueño	- Acostarse tarde y/o levantarse excesivamente temprano para iniciar sus rituales.

Nivel Conductual

Síntomas o Signos	Algunos Indicadores
Conductas compulsivas	- Lavarse las manos repetidamente.- Orden exagerado: por ej. colocar objetos según una simetría, colocar su ropa y zapatos de una determinada forma antes de acostarse. - Comprobación reiterada, por ej. entrar en casa una y otra vez para comprobar que todo está en orden.- Repetición de acciones., por ej. encender cada interruptor tres veces. - Repeticiones mentales de palabras, verbalizaciones o rumiaciones.- Rituales relacionados con el lavado e higiene personal. - Periodos excesivos de tiempo dedicándose a una determinada acción, por ej. en hábitos de aseo personal - Necesidad de tocar, por ej. tocar todas las esquinas de los muebles que tiene a su paso.- Contar.- Repetir preguntas aun sabiendo la respuesta. - Acumular objetos innecesarios. - Rituales varios.- No tolerar el cambio de orden de determinados objetos.
Aislamiento	- La persona puede buscar intimidad para realizar las compulsiones porque sabe lo irracional de su conducta. En el caso de personas con mayores necesidades de apoyo puede buscar aislamiento para que nadie interrumpta su ritual.
Respuestas de evitación o escape	- Reacciones descontroladas como por ej. empujar, insultar o agredir a la persona que interrumpe la compulsión e incluso golpearse ellos mismos

2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Este trastorno puede ser difícil de distinguir de un trastorno de estado de ánimo, de la esquizofrenia, de las fobias o de algunas patologías neurológicas.

–**Depresión:** la presencia de síntomas obsesivos en cuadros melancólicos y la habitual contaminación de los TOC con síntomas depresivos pueden interferir en el diagnóstico. En estos casos, suele ayudar el considerar: la edad de inicio de la enfermedad (infantil en el TOC, adulta en las depresiones), el curso (continuo y crónico en el TOC, episódico en la depresión) y la presencia de rituales (típica en el TOC y muy rara en la depresión).

–**Esquizofrenia:** El poder constatar si existe o no conciencia de lo absurdo, y si las ideas se viven como propias o como impuestas, puede ayudar a clarificar el diagnóstico sobre todo en aquellas personas con DI con menos necesidades de apoyo.

–**Fobias:** las conductas de evitación suelen ser eficaces, no así en los TOC.

–**Trastorno del espectro del autismo (TEA):** Las conductas repetitivas de naturaleza obsesiva y la marcada rigidez (cognitiva y conductual) de las personas con TEA suele dar lugar a una confusión diagnóstica con el TOC. El TOC puede manifestarse asociado al TEA, especialmente en el Síndrome de Asperger, pero ambos trastornos son condiciones clínicas diferenciadas e independientes. Para realizar el diagnóstico diferencial hay que fijarse en primer lugar en la edad de inicio. El inicio del TOC es bastante posterior a la expresión inicial de los TEA. En segundo lugar, la persona con TEA no experimenta sus obsesiones como irracionales o como fuente de angustia, sino que se entrega a ellas con entusiasmo al obtener placer y disfrutar de su realización. En tercer lugar, mientras que las dificultades sociales propias del TOC proceden de la necesidad de completar los rituales o las compulsiones o de la vergüenza de realizarlos bajo la mirada de otros, las personas con TEA muestran limitaciones sociales que proceden de la existencia de un déficit innato en las áreas de comprensión social y desarrollo emocional, por tanto, estas limitaciones sociales los han acompañado durante toda su vida. (Martín Borreguero, 2004).

3. HERRAMIENTAS PARA DETECTARLO

Es evidente que el diagnóstico de un TOC debe ser realizado por el psiquiatra. Sin embargo, podemos ayudarle registrando los comportamientos repetitivos y ritualistas mediante la cumplimentación de distintas herramientas:

–Escala de Conductas Compulsivas, Gedye (1992): nos proporciona información sobre el grado de interferencia de los actos compulsivos en el rendimiento diario de la persona, así como qué sucede cuando le impedimos su realización. Puntuaciones altas en estos dos apartados pueden sugerir la presencia de un posible TOC.

–Escala de lenguaje obsesivo. OSC, Gedye (1998). Es una guía que recopila información sobre patrones de lenguaje obsesivo para personas con DI y lenguaje verbal.

–Cuestionario de conductas repetitivas, RBQ. Evalúa la severidad de los síntomas en distintas subescalas: comportamiento estereotipado, comportamiento compulsivo, preferencias limitadas, discurso repetitivo, insistencia en la monotonía.

–**PAS-ADD Checklist (Moss et al., 1998)***. Cuestionario de 25 ítems, cuyo objetivo es ayudar a decidir si se requiere una evaluación más exhaustiva de la salud mental del individuo. –Evaluación Diagnóstica para Discapacitados Graves (DASH-II). Su objetivo es ayudar a decidir si la persona con DI requiere una evaluación más exhaustiva de su salud mental e incluye una escala para valorar la presencia de TOC.

–La ansiedad que puede conllevar la interrupción de la compulsión en personas con menores necesidades de apoyo puede evaluarse a través de la observación y registro de la conducta del tipo ABC (antecedentes, conducta, consecuencia).

4. RECURSOS Y ORIENTACIONES PARA LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y FARMACOLÓGICA

La intervención es un proceso complejo donde no podemos centrarnos única y exclusivamente en un concepto, dando soluciones simplistas. Para llevar a cabo una buena intervención, debemos abarcar todos los contextos de la persona y planificar dicha intervención centrándonos en la persona a la que va dirigida.

Por tanto, la intervención va a depender del tipo de necesidades de apoyo que en ese momento tenga la persona, es decir, de los recursos reales de la persona y la motivación que tenga.

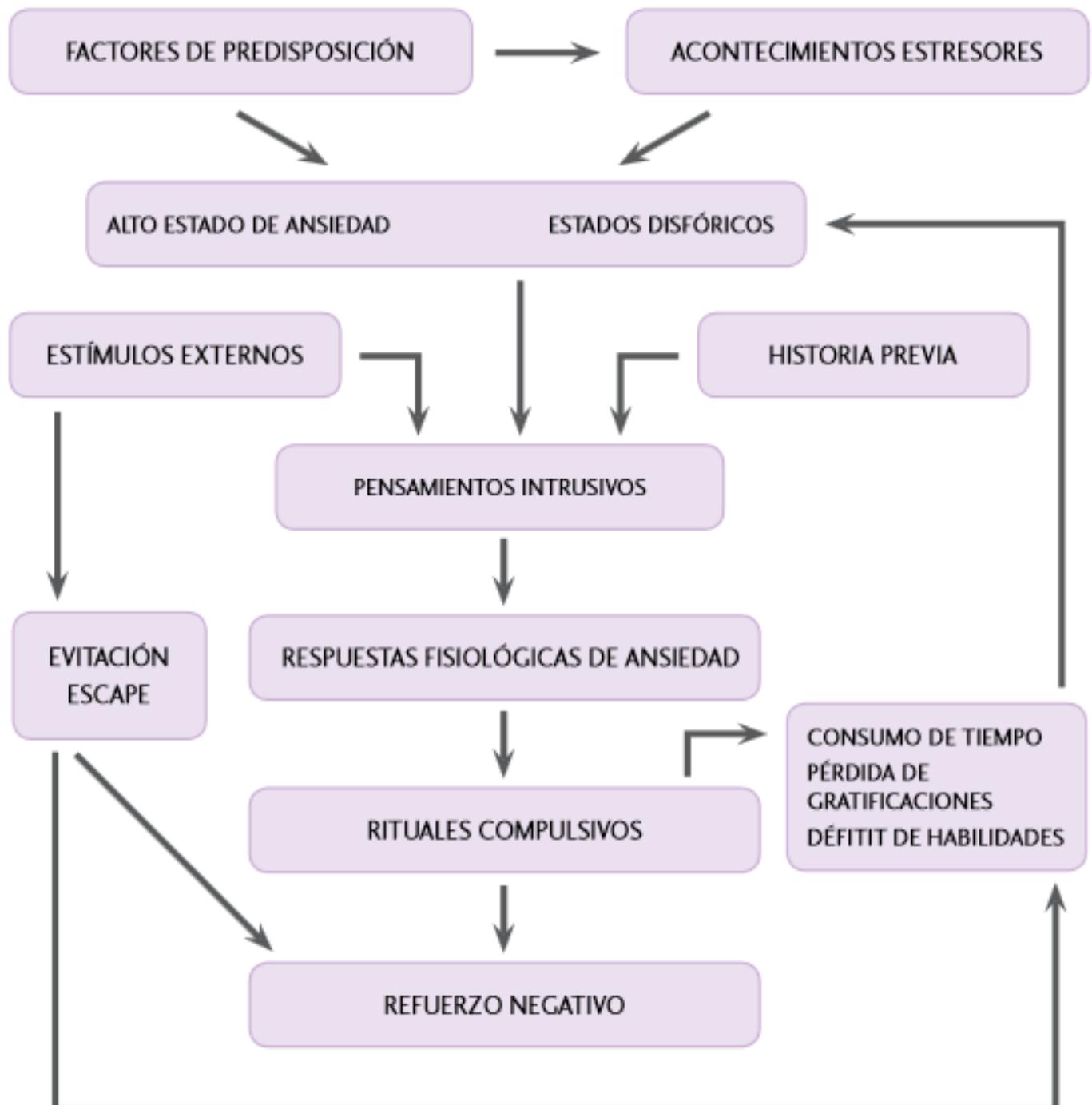
Los tratamientos que han demostrado una mayor eficacia en el tratamiento específico de los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) son los tratamientos farmacológicos y los psicológicos basados en procedimientos cognitivo-conductuales., centrándonos en un primer momento en marcar unas pautas en cuanto a:

- Uso de terapia de exposición y/o de prevención de respuesta.
- Uso de cualquiera de las anteriores técnicas asociadas a técnicas de modelado, intención paradójica, inundación o parada del pensamiento.
- La duración será de un año (o un mínimo de 30 sesiones), o bien, hasta que se demuestre fehacientemente la incapacidad para tolerar la ansiedad asociada a la terapia por parte del usuario.

4.1. PSICOEDUCACIÓN SOBRE EL PROBLEMA

Formación al personal, a la familia y a la persona con D.I. sobre el TOC. (ver el modelo conductual del TOC).

Modelo conductual del TOC



4.2. ENSEÑANZA DE HABILIDADES

Dentro de la enseñanza de habilidades destacamos los siguientes procedimientos de intervención.

4.2.1. Programa de relajación adaptado

Con el objetivo de condicionar respuestas fisiológicas de disminución de Arousa, en presencia del estímulo iniciador del ritual compulsivo.

4.2.2. Exposición in vivo

Cuando hay obsesiones con rituales o compulsiones, se trabajan exposiciones con prevención de respuesta.

Les exponemos a las obsesiones sin dar respuestas de comprobación o rituales, mantenemos a la persona con ansiedad exponiéndose al estímulo ansiógeno hasta que descienda la ansiedad. Por ej. ante los pensamientos obsesivos de contaminación, exposición a tocar el pomo de la puerta, se trata de que toquen bien el pomo de la puerta, se puede hacer modelado para que vean que no hay peligro. Es importante que no den respuestas de comprobación.

Para los rituales de acumulación pactamos con la persona con D.I. Seleccionamos lo que acumula y vamos deshaciéndonos de lo más antiguo, sin mirar ni comprobar si es algo importante. Se mantiene la exposición hasta que la ansiedad desaparece.

Es necesario llevar autorregistro de las respuestas de comprobación que se pudieran dar fuera del centro, para ver si van reduciéndose o no. Si continúan presentes los rituales o comprobaciones fuera del centro, sería conveniente diseñar un plan de exposición para éstos.

Para esto sería de suma importancia contar con la familia del usuario o con figuras de referencia que actuando como coterapeutas apoyaran el programa de exposición y reforzaran los logros alcanzados.

Tras realizar con el usuario una jerarquía que ordene los estímulos ansiógenos según la intensidad del malestar que le provocan, empezaremos a exponerle por el ítem de menor intensidad. Para facilitar la habituación del tratamiento de exposición/inundación es importante:

- Presentación repetida.
- Hacer exposiciones en días consecutivos.
- Novedad mínima entre presentaciones.
- Intensidad constante.
- Tiempo de ocurrencia predecible.
- Lenta progresión.
- Duración predecible y más larga.
- Tasa de ocurrencia predecible. Es decir, máxima predictibilidad, tendencia a la habituación.

4.2.3. Programación de actividades

Con objeto de favorecer la desaparición de los rituales buscamos respuestas alternativas a estos. Se trata de que ocupen el tiempo que antes dedicaban a los rituales con otras actividades alternativas que resulten estimulantes.

4.2.4. Exposición en imaginación

En aquellos estímulos que no permiten exposición en vivo puede llevarse a cabo una exposición en imaginación. Por ej.: para las obsesiones de daño o accidentes de otras personas.

Se trata de que imaginen y mantengan la imagen de lo temido, hasta que disminuya la ansiedad.

4.2.5. Tratamiento de lentitud compulsiva

Para esta problemática se pueden emplear el moldeamiento y la limitación del tiempo. Se establece un tiempo para que la persona con DI realice las tareas y si no las terminan quedan inacabadas durante un día.

Se realiza un proceso de moldeamiento de conductas aproximativas. Por ej.: cuando tardan mucho en vestirse porque tienen que realizar muchos rituales, se hacen secuencias de cada paso. Si tardan más tiempo de lo establecido, dejan la prenda como está, por ej.: si tiene los zapatos sin abrochar se dejan así. Se pueden usar también relojes adaptados que hagan visible el tiempo.

4.2.6. Reestructuración cognitiva

Se trataría de apoyar la exposición con una modificación de los pensamientos irracionales y negativos.

De inicio, se busca la evidencia a favor y en contra de sus hipótesis, se evalúa entonces la probabilidad de que suceda la situación temida, y qué podría hacer la persona en el peor de los casos. Y en última instancia sustituir los pensamientos negativos por otros más positivos y realistas.

4.2.7. Intención paradójica

Se trata de pedirle que piense en la obsesión continuamente, así pierde valor el pensamiento obsesivo, al pensarla muchas veces o exagerarlo.

Por ej.: en el caso de personas muy perfeccionistas se busca que cometan fallos a propósito, que se rían de sus fallos y que hablen de ellos. El humor es un estado incompatible con la ansiedad y es una forma de minimizar la importancia del problema sin hacerlo explícito (que sería una forma de re aseguración), por ejemplo: para un usuario que era incapaz de tocar una silla “contaminada” incluso después de modelado, fue capaz de hacerlo a través del juego “puño, puñetas” que consiste en que varias personas ponen las manos sucesivamente unas encima de otras, se practicaba el juego sobre la silla contaminada, de forma que el usuario hubo de tocar muchas veces la silla.

4.2.8. Auto instrucciones

Sería una estrategia válida para personas con necesidad de apoyo intermitente: “puedo hacerle frente y me sentiré mejor”, “si aguento la ansiedad bajará” ...incluso si hay dificultades de memoria, se le puede preparar una tarjeta con la auto instrucción escrita para que la lleve encima y pueda usarla en el momento.

4.2.9. Técnicas de distracción

En situaciones puntuales en las que aparece la obsesión y no es posible llevar a cabo una exposición puede emplearse la parada de pensamiento unida a una técnica de distracción para tratar de mitigar la presencia de la obsesión y dirigir la atención a otros estímulos. Estas

estrategias fundamentalmente se pondrían en marcha de forma dirigida por parte de las personas de apoyo del usuario (educadores, familiares, etc.).

4.3. CONTROL DE CONTINGENCIAS

Refuerzo diferencial. Será necesario aplicar refuerzo positivo de las conductas adaptativas. La persona debe recibir mucha atención cuando tenga un comportamiento adecuado.

La familia o los cuidadores han de dejar de participar en los rituales, no apoyando su realización. Los familiares no deben prestar atención a sus compulsiones o rituales para no castigar o reforzar inadecuadamente este tipo de conductas. En cambio, pueden apoyar la exposición con prevención de respuesta. Asimismo, el reconocimiento de lo que parecen pequeños logros tiene gran valor, alienta a la persona con TOC a seguir intentándolo y le demuestra que se reconoce su esfuerzo. Además, es necesario evitar la crítica personal cuando aparece la obsesión o el ritual. La familia no debe reforzar las respuestas de comprobación y debe evitar dar explicaciones extensas de lo que debe o no hacer la persona. Por otra parte, los familiares pueden ayudar a plantear expectativas realistas y informar a los terapeutas de las recaídas.

4.4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Inhibidores de la recaptación de la serotonina

- Clomipramina: La mejor estudiada en cuanto a eficacia.
- Fluvoxamina: Superior a la desipramina y al placebo; bien estudiada.
- Fluoxetina: Eficaz.
- Sertralina: Eficaz;
- Paroxetina: Eficaz; menos estudiada.

Estrategias de potenciación

- Indicaciones generales: Respuesta parcial a los inhibidores de la recaptación de la serotonina; presencia de otros síntomas diana.
- Buspirona: Ansiedad.
- Clonacepam: Ansiedad, insomnio, crisis de angustia.
- Fenfluramina: Depresión.
- Trazodona: Insomnio, depresión.
- Litio: Labilidad afectiva, síntomas bipolares.
- Pimocida: Tics, rasgos esquizotípicos, síntomas delirantes.
- Haloperidol: Tics, rasgos esquizotípicos, síntomas delirantes.

Tratamientos combinados

- Indicaciones generales: Mala tolerancia a la clomipramina o a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina por separado;
- Respuesta parcial a la clomipramina o a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina por separado.
- Precauciones: Utilizar dosis bajas de cada fármaco; controlar los niveles plasmáticos de clomipramina.
- Clomipramina + inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (p. ej., fluoxetina, sertralina o fluvoxamina).