



Universidad Internacional de La Rioja

## **Grado en Psicología**

---

# *EMDR como coadyuvante en el tratamiento del TOC*

---

Trabajo fin de grado presentado por: Luna Iglesias Goya.

Titulación: Grado en Psicología.

Modalidad de TFG: (2) Análisis de una investigación o intervención.

Director/a: Andrés Fernández Martín.

Ciudad: Sevilla

Marzo de 2020

Firmado por: Luna Iglesias Goya

# Índice

<b>1. Resumen.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Introducción:</b>	
2.1. Justificación del trabajo.....	5
2.2. Objetivos generales y específicos.....	7
2.3. Hipótesis.....	7
<b>3. Marco teórico:</b>	
<b>    3.1. <i>Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC):</i></b>	
3.1.1. Características clínicas:.....	8
• Obsesiones.....	8
• Compulsiones.....	9
• Ejemplos de obsesiones y compulsiones.....	10
3.1.2. Clasificación.....	12
3.1.3. Diagnóstico.....	14
• Criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013).....	14
• Diagnóstico diferencial.....	15
• Comorbilidad.....	16
3.1.4. Etiología.....	17
• Origen.....	18
• Mantenimiento.....	19
3.1.5. Prevalencia.....	20
3.1.6. Calidad de vida, carga personal y en el sistema.....	20
3.1.7. Tratamientos:.....	23
• Terapias de primera línea.....	23
A. Terapia cognitivo conductual.....	23
B. Terapia farmacológica.....	24
• Nuevas líneas de investigación:.....	25
<b>    3.2. <i>EMDR:</i></b>	
3.2.1. Historia y evolución.....	26
3.2.2. Modelo de procesamiento adaptativo de la información (PAI)...	27
3.2.3. Modelo estándar de 8 fases de EMDR y protocolo de las 3 vertientes.....	28
3.2.4. Mecanismos subyacentes al cambio:.....	32
• Modelo de procesamiento adaptativo de la información (PAI).....	33

• Mecanismos sugeridos por los elementos del procesamiento EMDR.....	34
Durante la fase de evaluación.....	35
Durante la fase de desensibilización e instalación.....	37
<b>3.2.5. Aplicación del EMDR.....</b>	<b>40</b>
<b>3.2.6. Correlatos en neuroimagen funcional y estructural.....</b>	<b>42</b>
<b>3.3. TOC y EMDR:</b>	
<b>3.3.1. Tratamiento estándar para el TOC.....</b>	<b>43</b>
<b>3.3.2. La terapia EMDR y el TOC.....</b>	<b>43</b>
<b>3.3.3. EMDR como coadyuvante en el tratamiento del TOC.....</b>	<b>44</b>
• Investigación.....	44
• Secuencia cronológica de la terapia TCC con EMDR.....	48
• Protocolo de la terapia EMDR en TOC.....	48
<b>4. Metodología.....</b>	<b>54</b>
<b>5. Discusión.....</b>	<b>54</b>
<b>6. Conclusiones y prospectiva.....</b>	<b>54</b>
<b>7. Anexos.....</b>	<b>56</b>
<b>8. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>75</b>

## **1. Resumen**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS; 1999, 2012), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) está considerado una de las enfermedades psiquiátricas más incapacitantes, afectando a todos los niveles de la vida cotidiana de individuos que lo padecen, ocasionando gran sufrimiento psíquico. A pesar de la evidencia empírica que demuestra la terapia combinada en este trastorno, hay una alta proporción de pacientes que no se trata, abandona el tratamiento, no mejora o recae, por lo que se observa una necesidad evidente de mejora en la intervención ofrecida a estas personas. Actualmente, las Terapias de Tercera Generación toman protagonismo en este campo como coadyuvantes en la terapia combinada, sin embargo, no existe evidencia científica para afirmar de manera fehaciente su efectividad. La investigación llevada a cabo hasta el momento contempla muchos diseños experimentales de caso único o estudios con pocos sujetos, en los que se observan buenos resultados, a pesar de esto, es necesario ampliar la investigación a muestras representativas y examinar la efectividad de cada terapia de la Tercera Ola a nivel individual y colectivo, comparando su efectividad. Ambos requisitos, permitirían generalizar los resultados encontrados y otorgar al paciente un tratamiento con mejores garantías científicas. El objetivo de este trabajo fue analizar los procedimientos utilizados para el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo, examinando los posibles beneficios que puede aportar al tratamiento convencional el uso coadyuvante de la técnica psicoterapéutica de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) dadas sus peculiaridades curativas, con el fin de discutir la necesidad de llevar a cabo un estudio experimental con una muestra representativa, contrastando la hipótesis de un posible beneficio.

**Palabras claves:** TOC, terapia combinada, mejorar intervención, EMDR como coadyuvante, investigación.

## **2. Introducción.**

### **2.1. Justificación del trabajo.**

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una de las enfermedades mentales más incapacitantes (OMS; 1999, 2012), causando consecuencias significativas tanto a nivel público, en el ámbito sanitario, como a nivel individual en el área personal, generando un gran deterioro en el plano social, laboral y emocional de los damnificados, el cual, ocasiona mucho malestar.

Las obsesiones y compulsiones que caracterizan esta patología impiden el desempeño natural de la actividad habitual del individuo que las padece, provocando un gran sufrimiento psicológico, ya que por lo general, el enfermo es consciente de su pauta comportamental, sin embargo, es incapaz de parar sus pensamientos intrusivos, ni sus consecutivos actos ritualizados, ya que su abandono le afectan de sobremanera, destinando mucho tiempo del día a la actividad compulsiva.

Los profesionales de la salud mental, psiquiatras y psicólogos, son los encargados de ayudar a pacientes con TOC a mitigar sus síntomas, otorgando herramientas para reestructurar los pensamientos obsesivos por otros más reales y prácticos, instrumentos para frenar las compulsiones y técnicas para reducir el estado de ansiedad, angustia y malestar que produce este trastorno. No obstante, los especialistas se encuentran con obstáculos en su desempeño, puesto que no todos los pacientes responden con los mismos resultados a los tratamientos psicológicos respaldados teórica y empíricamente, existiendo una alta tasa de afectados que abandona el tratamiento, no mejora o recae (Fisher & Wells, 2005).

Actualmente, el tratamiento de elección para el TOC es la terapia cognitivo conductual (TCC) en combinación con la terapia farmacológica, y dentro de la TCC el método más investigado y amparado por evidencia empírica es la Exposición y Prevención de Respuesta (EPR). Su alta eficacia probada ha mejorado el pronóstico de los pacientes que completan estos tratamientos (McKay et al., 2015; Öst et al., 2016), sin embargo, tal y como se ha expresado anteriormente, esta notoriedad es limitada, ya que coexisten datos discordantes que indican la existencia de pacientes que no responden al tratamiento, que recaen o que, aun teniendo eficacia el procedimiento, no se llega a niveles asintomáticos, por lo que no existe una recuperación significativa y un mantenimiento a largo plazo (Diefenbach et al., 2007; Marcks et al., 2011; Lack, 2012; Matsunaga, 2013).

Con el fin de paliar esta problemática y mejorar las técnicas de tratamiento, las terapias de Tercera Generación o Tercera Ola comienzan a ser relevantes, contemplándose como posibles alternativas por expertos de la categoría de Michael Kyrios (2015). A su estudio y aplicación al TOC se les atribuyen signos positivos en la respuesta al tratamiento (Hayes et al., 2011; Crino, 2015), no obstante, se encuentran en líneas de investigación muy recientes por lo que carecen de suficiente solidez científica.

Hay que destacar que a nivel teórico su potencial beneficio está bien razonado, y a nivel práctico comienzan a observarse su efectividad con buenos resultados en diseños experimentales de caso único o estudios con pocos sujetos, sin embargo, es indispensable ampliar la investigación a muestras representativas que permitan generalizar los resultados. Asimismo, se advierte la necesidad de examinar la validez de cada modalidad de las terapias de la Tercera Ola y su comparación colectiva, con el fin de otorgar al paciente con TOC un tratamiento de buena garantía científica y efectividad refutada.

Puesto que los datos de ineficacia y la molestia personal planteadas son razones suficientes para atender de manera irrefutable el avance en la intervención ofrecida a los pacientes TOC, dentro de la gran variabilidad de terapias de Tercera Generación, el presente TFG analiza la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) como coadyuvante de la terapia cognitivo-conductual en TOC, con el fin de estudiar las posibles aportaciones de esta técnica al tratamiento convencional, potenciando nuevas vías de investigación que puedan mejorar la situación actual de las personas que padecen este trastorno.

Concretamente, el EMDR es reconocido a nivel teórico y funcional en una gran variedad de trastornos con base ansiógena, incluyendo el trastorno que nos ataña. Asimismo, como coadyuvante en la terapia combinada en TOC, los estudios más recientes basados en diseño de serie de casos (Bekkers, 1999; Böhm y Voderholzer, 2010) obtienen resultados positivos, reduciendo los síntomas de forma significativa. No obstante, este rendimiento no es suficiente para determinar su eficiencia, por lo tanto, desde el presente TFG se sugiere la necesidad de ampliar la investigación a muestras representativas con el fin de averiguar si el EMDR varía el rendimiento de la TCC, influyendo en la sintomatología asociada al TOC y su mantenimiento, transformando la calidad de vida de estos pacientes.

Por tanto, el propósito del presente estudio es plantear una línea de investigación que pueda contribuir a la mejora del abordaje terapéutico en pacientes

con TOC, con el fin de disminuir las cifras de afectados que abandona el tratamiento, no mejora o recae, mejorando la carga personal y el sufrimiento psicológico de los damnificados.

## ***2.2. Objetivos generales y específicos.***

Tras analizar los procedimientos convencionales utilizados para el tratamiento del TOC, sus datos discordantes y las señales de efectividad práctica que las terapias de Tercera Generación o de Tercera Ola tienen en respuesta al tratamiento, se examinó bibliográficamente los mecanismos subyacentes al cambio de la técnica de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) y los resultados sobre la eficacia de esta técnica en los pacientes con TOC, centrando la atención en la investigación del EMDR como técnica coadyuvante de la TCC en el TOC. El propósito principal del presente estudio fue detallar la contribución potencial del EMDR a la TCC, con intención de apoyar el avance de la intervención en el TOC, proponiendo alternativas de tratamiento que potencien el logro de mejores resultados, disminuyendo de manera significativa la sintomatología y el número de recaídas, con un mantenimiento a largo plazo.

## ***2.3. Hipótesis.***

Teniendo en cuenta los datos relativos al EMDR y su potencial eficacia en la intervención psicológica, tanto a nivel individual en trastornos con base ansiogena, como en estudios de casos de series en calidad de coadyuvante del TCC en TOC, se presupone que el uso del EMDR como auxiliar en la intervención del TOC mejoraría las líneas de tratamiento de este trastorno, disminuyendo la severidad de los síntomas y su reincidencia, conservando la mejora a largo plazo. Asimismo, se figura que estos datos no tendrían nada que envidiar a los obtenidos por otras opciones de terapia de Tercera Generación.

### **3. Marco teórico:**

#### **3.1. Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC):**

##### **3.1.1. Características clínicas:**

El TOC es un trastorno mental caracterizado por dos síntomas relacionados funcionalmente: las obsesiones y las compulsiones. Su mecanismo está determinado por la presencia de pensamientos intrusivos repetitivos y continuados, motivadores de ansiedad y malestar excesivos, seguidos de comportamientos recurrentes o ritualizados, dirigidos a prevenir o reducir la molestia causada. Esas cogniciones y actos pueden agravarse tanto que llegan a mermar el funcionamiento adecuado y la adaptación de quien las sufre, acarreando una gran pérdida de tiempo y deterioro a nivel social, familiar, ocupacional u otros campos esenciales para el desarrollo personal.

##### ***Obsesiones.***

Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos, indeseados y de carácter egodistónico, causando gran ansiedad o malestar. Éstos se intentan ignorar o suprimir con otro pensamiento o acto (compulsión), con el fin de disminuir la inquietud generada.

Su frecuencia y duración varía entre pacientes, y su forma o contenido presenta gran heterogeneidad: dudas repetidas y comprobación, contaminación, orden y simetría, acumulación, contenido moral, contenido religioso, imágenes sexuales, impulsos de hacerse daño a sí mismo o causar daño a otro, etc. Por lo general, los pensamientos intrusivos de tipo obsesivo que experimenta la población normal son similares a los de la población clínica (Berry y Laskey, 2012; García-Soriano, 2008; García-Soriano et al., 2011), la diferencia radica en su menor frecuencia, intensidad, duración, vivencia y molestia, además de ser más manejables y fáciles de rechazar, generando menos resistencia e interferencia en la vida diaria. Asimismo, las personas que padecen TOC sienten más responsabilidad respecto a sus obsesiones, ya que las consideran más importantes, amenazantes e inaceptables, reveladoras de algo sobre el tipo de persona que son, siendo importante su control (García-Soriano, 2008). La anticipación de las consecuencias negativas que acompaña a la obsesión aumenta su frecuencia y se relaciona con el desarrollo de la acción protectora o compulsión (Berry y Laskey, 2012).

Por otro lado, es importante señalar que la obsesión no es equivalente a la preocupación excesiva: a diferencia de la primera, la preocupación está relacionada con

problemas de la vida diaria, es menos intrusiva, más aceptada y controlada, con menor resistencia y egosintónica. De la misma manera, destaca la conciencia sintomática de la persona que padece TOC: por lo general, se reconoce la irracionalidad de la obsesión, considerándose un producto involuntario de la propia mente, no obstante, entre un 25-30% de los pacientes sobrevalora la obsesión, pensando que podría ser cierta, situándose en el límite del delirio (Foa, 2004; Kozak y Foa, 1997). La presencia de ideas sobrevaloradas se vincula al mal pronóstico y una baja conciencia sintomática a una mayor gravedad del TOC y a una menor habilidad para resistirse a sus síntomas (Jacob et al., 2014).

### ***Compulsiones.***

Las compulsiones son comportamientos o actos mentales repetitivos realizados en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que el sujeto ha de aplicar rígidamente. El objetivo es prevenir o reducir la ansiedad o el malestar generado por las obsesiones y evitar las consecuencias negativas anticipadas, no obstante, las compulsiones no suelen estar conectadas de forma realista con el daño que pretenden prevenir, y si lo están, son desproporcionadas.

Estas estrategias que el individuo pone en marcha de manera intencionada para afrontar la obsesión y su malestar, pueden ser conductas motoras observables o actos encubiertos, concretamente, acciones cognitivas neutralizadoras, tales como repetirse internamente cosas, repasar mentalmente lo que uno ha hecho, contar en silencio, deshacer un pensamiento malo con otro bueno, formar contraimágenes o hacer juegos mentales de palabras, entre otras. Según Sibrava et al. (2011), los rituales mentales como compulsión primaria presentan una mayor gravedad clínica, un peor nivel de funcionamiento y un curso más crónico del trastorno.

El mecanismo que elimina, evita o atenúa la obsesión para invalidar sus consecuencias negativas es conocido como neutralización. Existen diferentes tipos y entre ellos destacan las conductas de seguridad, de evitación, de vigilancia y razonamiento (Salkovskis 1985, 1989). En primer lugar, las conductas de seguridad hacen referencia a peticiones de confirmación u opinión a otras personas para lograr mayor confianza y tranquilidad o a algún tipo de acción “mágica”; en segundo lugar, los comportamientos de evitación consisten en esquivar estímulos que desencadenen las obsesiones, o que estén asociados a la compulsión. Generalmente, las compulsiones suelen llevarse a cabo en respuesta a la obsesión o el malestar, en este caso estamos ante una compulsión sin obsesión o malestar previos; por último, la acción de vigilancia hace referencia a la atención prestada ante la posible entrada en la mente del

pensamiento obsesivo, con el fin de rechazarlo. Asimismo, el razonamiento sobre la posible viabilidad de la obsesión, pueden ayudar a aceptar que ésta es sólo un pensamiento y es inofensiva o poco probable que se convierta en realidad.

### ***Ejemplos de obsesiones y compulsiones.***

A continuación, se muestran las obsesiones y compulsiones más habituales ordenadas por contenido (Cruzado, 1998; Salkovskis y Kirk, 1989; Steketee, 1999):

- **Contaminación:** Por un lado, las obsesiones de contaminación están relacionadas con el temor desmesurado y cuidado por esquivar desechos o secreciones corporales (orina, heces, saliva, sangre, semen, secreción vaginal), suciedad, gérmenes, sustancias o residuos tóxicos, animales o enfermedades, con el fin de impedir sufrir un daño o contagiar a otros. Por otro lado, las compulsiones peculiares son las de lavado, limpieza y desinfección, además, de la tendencia a eludir contacto con objetos contaminados, usar guantes u otras medidas de protección.
- **Impulsos agresivos o violencia hacia uno mismo u otros:** Estas obsesiones están relacionadas con la preocupación y temor excesivo a hacerse daño a uno mismo o a los demás, actuando en base a impulsos involuntarios, a la falta de cuidado o una negligencia personal. Con el fin de disminuir el malestar generado, las compulsiones que se suelen llevar a cabo son rituales mentales de neutralización, como pensar en actos o imágenes contrarias a la obsesión; intentar pensar en conductas positivas hacia la otra persona; o comprobar que no se ha causado ningún daño. Asimismo, la persona tiende a evitar la interacción con determinadas personas, a quedarse solo o esquivar elementos determinantes de su obsesión.
- **Seguridad:** En primer lugar, surgen obsesiones relacionadas con dudas constantes sobre conductas de seguridad o desconfianza acerca de haber cometido descuidos en este sentido (ej.: cerrar el coche, la puerta de casa, apagar el gas, aparatos electrónicos, etc.). En segundo lugar, los actos compulsivos que preceden a la obsesión suelen ser comprobaciones repetidas (motora o mental) que garanticen la ausencia de daños o errores presentes o futuros; preguntar reiteradamente a otras personas buscando tranquilidad; vigilancia constante; etc. Asimismo, es importante destacar que muchos pacientes creen que si no realizan las verificaciones, puede ocurrir una desgracia de la que serán culpables.

- **Conducta socialmente inaceptable:** Las obsesiones se centran en el miedo constante de exclamar impulsivamente obscenidades o insultos, ser poco respetuoso, robar, engañar, mentir, hacer algo embarazoso o parecer un loco, entre otras cosas. Dentro de los actos que contrarrestan la obsesión destacan intentar mantener el control de la conducta, preguntar a otros si uno se comportó adecuadamente en una situación dada y confesar conductas erróneas, incluyendo las más leves e insignificantes. La conducta de evitación más común en estos casos es no acudir a situaciones sociales.
- **Sexo o erótica:** Estas obsesiones son pensamientos involuntarios sobre imágenes o impulsos sexuales indeseados e inaceptados socialmente (conducta sexual violenta hacia otros, abuso de niños, exhibicionismo), ocasionando dudas sobre los propios deseos y la orientación sexual. En estas situaciones, se intenta centrar la atención en otras cosas, sacar de la mente estos pensamientos invasivos, pensar en uno mismo en actos sexuales deseables o “bien vistos”, comprobar de forma compulsiva si existe o no excitación sexual, etc. Por último, pueden presentarse conductas de evitación vinculada a obviar estar a solas con las personas u objetos relacionados con sus obsesiones.
- **Religión o moral:** Estas obsesiones hacen referencia a una preocupación excesiva por albergar pensamientos o imágenes blasfemas; de ser castigado por ellas; el surgimiento de dudas religiosas; la sensación de ser inmoral, impuro o pecador, atendiendo a cuestiones de rectitud, equivocación y moralidad. Por otro lado, con el fin de paliar el malestar generado, las compulsiones más frecuentes son el rezo, confesarse, hacer penitencia o formar una contraimagen.
- **Acumulación:** Las obsesiones de acumular, guardar y colecciónar están relacionadas con el valor de las cosas, generando intranquilidad a la hora de tirarlas. Asimismo, se produce la anticipación de consecuencias negativas si se deshacen de los objetos (desfavorecer a una persona, cometer errores) y preocupación excesiva por malgastar. En compensación, se suelen recoger y aglutinar numerosos objetos de poca o ninguna utilidad, ocupando todo el espacio disponible. Además, la persona evita tirarlos, sosteniendo que pueden ser útiles en un futuro, y si lo hace, tarda horas antes desprendérse de algo. Actualmente, el trastorno de acumulación no es una variante del TOC, siendo un diagnóstico independiente, encuadrado dentro de los trastornos obsesivos compulsivos y otros trastornos relacionados (DSM-5, 2013).
- **Orden, simetría, exactitud:** La obsesión se asocia al malestar ocasionado por los deseos de organización, estructura, armonía, precisión, equilibrio y excelencia. La persona se preocupa excesivamente de que todo se haga de un

modo concreto, siguiendo un orden determinado, y con un grado de exactitud y perfección definido. Las compulsiones que acompañan a la obsesión suelen ser las siguientes: restablecer el orden y la simetría de las cosas, actuar de forma meticulosa y/o en una secuencia estricta o lentamente para poder comprobar que el objetivo se hace bien (lentitud compulsiva).

- **Muerte:** Por un lado, la obsesión está vinculada a imágenes de seres queridos muertos; por otro lado, la compulsión es una contraimagen de las mismas personas vivas; y las conductas de evitación típicas son no hablar de temas relacionados con la muerte, leer al respecto o visitar sitios relacionados.
- **Tema somático:** Las obsesiones aluden al temor, preocupación e inquietud excesiva a padecer una enfermedad o algún defecto físico generador una reacción negativa en los demás; acto seguido, se solicita tanto a médicos como amigos que le aseguren la ausencia de afección, o el individuo se auto-observa, comprobando su salud y/o apariencia.

Seguidamente, se hará una **miscelánea** de otras obsesiones y compulsiones que también presentan los pacientes TOC. En primer lugar, las **obsesiones** a mencionar serían la necesidad imperiosa de recordar ciertas cosas (matrículas de coche, eslóganes, nombres, palabras); preocupación por perder objetos; temor por cometer errores u olvidar detalles; molestarse fácilmente ante sonidos, ruidos (relojes, voces, ruidos fuertes, etc.) y texturas; la presencia de frases, imágenes, melodías, palabras o series de números sin sentido, que aparecen de forma repetitiva en la mente del sujeto impidiendo su concentración; temores supersticiosos exagerados y adhesión rígida a ellos; etc. En segundo lugar, la amalgama de **compulsiones** no mencionadas con anterioridad recoge la necesidad de contar numéricamente cosas o acciones realizadas; tocar, tapar o frotar ciertos objetos o personas de manera impulsiva; etc.

Para finalizar este apartado, es significativo notificar que el riesgo de desarrollar TOC en una persona que presenta obsesiones y compulsiones es más alto cuando el contenido de las mismas tiene que ver con daño, sexo, religión, moral y contaminación. Además, el riesgo de TOC es más alto conforme aumenta el número de obsesiones y compulsiones (Rucio et al., 2008).

### **3.1.2. Clasificación.**

El TOC es valorado como un trastorno unitario, sin embargo, sus manifestaciones clínicas son muy heterogéneas, advirtiéndose diferentes formas y contenidos.

Esta pluralidad impulsó la investigación de los posibles subtipos clínicos que se podían encontrar entre pacientes, destacando la categorización de algunos autores: en primer lugar, Marks (1987) distinguió tres expresiones clínicas: los rituales compulsivos con obsesiones, contemplando cinco subtipos: los rituales de limpieza, de repetición, de comprobación, acumulación y orden; lentitud sin rituales visibles; y obsesiones. Seguidamente, De Silva y Rachman (1992), establecieron una clasificación similar a la anterior, contemplando cinco procedimientos: compulsiones de limpieza y lavado, compulsiones de comprobación, otro tipo de compulsiones manifiestas, obsesiones no acompañadas de conducta compulsiva manifiesta y lentitud obsesiva primaria. En tercer lugar, la clasificación del grupo de Foa (Foa, Steketee y Ozarow, 1985; Kozar, Foa y McCarthy, 1988) planteó diferenciar estilos en función de que existiese un estímulo interno desencadenante de la obsesión, un estímulo externo desencadenante, que se anticipase algún tipo de catástrofe si no se realiza una acción y que el tipo de acción encaminada a reducir la ansiedad fuese manifiesta o encubierta. Así se obtuvieron los siguientes tipos de obsesiones: presencia de ideas intrusivas, señales o estímulos externos y temores acerca de desastres; presencia de ideas intrusivas, señales o estímulos externos sin pensamientos sin pensamientos acerca de desastres; presencia de ideas intrusivas y pensamientos acerca de desastres sin señales externas; y presencia de ideas intrusivas, sin señales externas ni temores.

Por otro lado, destacan diferentes estudios de análisis factorial y agrupamiento de obsesiones y compulsiones. Por una parte, Starcevic y Brakoulias (2008) distinguieron cinco subtipos de TOC: obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza; obsesiones de duda y compulsiones de comprobación; obsesiones de carácter sexual, religioso, agresivo o somático, sin compulsiones manifiestas; obsesiones de simetría y exactitud con compulsiones de orden y organización; y obsesiones y compulsiones de acumulación. En comparación, Bloch et al. (2008) discriminó cuatro subtipos: obsesiones de simetría y compulsiones de repetir, ordenar y contar; obsesiones de contenido agresivo, sexual, religioso y somático con compulsiones de comprobación; obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza; y obsesiones y compulsiones de acumulación. A pesar de las agrupaciones mencionadas, es importante destacar que en ocasiones los límites no suelen ser tan nítidos, ya que compulsiones similares pueden combinarse funcionalmente con diferentes tipos de obsesiones y viceversa, no obstante, siempre prevalece un subtipo de TOC.

Otra clasificación a la que hay que hacer referencia es a la realizada por los expertos Lee y Kwon (2003), quienes agruparon las distintas categorías de obsesiones en dos subtipos: autógenas y reactivas. Las obsesiones autógenas se manifiestan de

forma repentina, sin estímulo, tienen un contenido inmoral y se aprecian como aversivas, generando gran angustia. En estos casos, las personas sobreestiman la importancia de sus pensamientos, valorándolos como equivalentes a la acción, por lo tanto, sienten la necesidad de controlarlos. Para ello, se llevan a cabo rituales encubiertos o estrategias mentales neutralizadoras, entre ellas la detención del pensamiento, distracción, contraimágenes u otras compulsiones internas como rezar, contar, etc. Por el contrario, las obsesiones reactivas se activan ante situaciones o estímulos específicos y no se experimentan con tanta hostilidad, ya que se asumen como objetivos y racionales. Su contenido se relaciona con cuestiones de la vida cotidiana o aspectos socialmente importantes, tales como la suciedad, errores, accidentes, asimetría, desorden o pérdida de objetos relevantes. Ante este tipo de obsesiones se tiende a sobreestimar el grado de responsabilidad y control sobre la ocurrencia y prevención de consecuencias negativas, por lo que la persona lleva a cabo rituales observables o compulsiones manifiestas, disminuyendo el malestar.

Con independencia de las manifestaciones clínicas observadas, las categorías de TOC establecidas, o los subtipos de obsesiones, la clasificación más utilizada en la práctica clínica es la que diferencia a los pacientes con compulsiones observables o encubiertas. Los sujetos con ausencia de compulsiones manifiestas son conocidos como obsesivos puros o rumiadores, mientras que los que presentan compulsiones son distinguidos como obsesivos con compulsiones manifiestas (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011).

### **3.1.3.     *Diagnóstico.***

El diagnóstico del TOC se ejecuta en base al examen psiquiátrico, concretando el historial de síntomas y su interferencia con el funcionamiento diario. Según la naturaleza, duración y frecuencia de los mismos, el clínico discriminará si se trata de un TOC o de otro trastorno con signos similares.

#### ***Criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013)***

Por lo general, los profesionales de la salud mental emplean la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* para ayudar al diagnóstico del TOC. En el Anexo A del presente documento se indican los criterios diagnósticos que registra el citado manual, no obstante, a continuación se resumen sus peculiaridades:

Los síntomas característicos del TOC son la presencia de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos de naturaleza

repetitiva y persistente, que no son placenteras ni se experimentan como voluntarias, causando malestar y ansiedad. Éstas se intentan relegar o anular con conductas o actos mentales de carácter repetitivo, conocidas como compulsiones. El individuo se siente impulsado a realizarlas en respuesta a la obsesión o de acuerdo con unas normas que se deben aplicar de manera rígida, con el fin de evitar o reducir la angustia o prevenir un acontecimiento temido. Pese a esto, las compulsiones no están relacionadas de forma objetiva con el evento temido o son desmedidas. Por último, hay que destacar que las obsesiones y compulsiones deben consumir mucho tiempo o provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, para poder justificar un diagnóstico de TOC. Este criterio ayuda a distinguir la enfermedad de los pensamientos intrusivos ocasionales o de las conductas repetitivas comunes en la población general.

### ***Diagnóstico diferencial.***

En ocasiones, es complicado apreciar con notoriedad el trastorno que muestra la persona evaluada, dado que los factores que componen una enfermedad mental específica pueden coincidir con los síntomas de otro desorden. Concretamente, algunas alteraciones del TOC pueden confundirse con signos de los siguientes trastornos (Bados, 2017; Belloch, 1994; First et al., 2002):

- ***Trastorno de ansiedad:*** ambos trastornos comparten pensamientos recurrentes, sin embargo, las preocupaciones características del trastorno de ansiedad generalizada se vinculan a la vida real, a diferencia de las obsesiones del TOC, que pueden incorporar contenido extraño, irracional, o de naturaleza mágica. Asimismo, vinculadas a la obsesión se presentan compulsiones, aspecto que no aparece en los trastornos de ansiedad.
- ***Trastorno depresivo mayor:*** en el trastorno depresivo, la preocupación o rumiación que también acompaña al TOC, es congruente con el estado de ánimo y no se percibe como intrusiva, además de no asociarse a compulsiones.
- ***Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados:*** en el trastorno dismórfico corporal, las obsesiones se restringen a la preocupación por el aspecto física; en la tricotilomanía, el comportamiento compulsivo se acota a arrancarse el pelo en ausencia de obsesiones; en el trastorno de acumulación, los síntomas se basan en la dificultad de desechar propiedades, la angustia que le ocasiona y el hacinamiento desmesurado de objetos.

- **Trastorno de alimentación:** el TOC se puede distinguir de la anorexia nerviosa en que las obsesiones y compulsiones no se ciñen exclusivamente a contenidos vinculados al peso y la comida.
- **Trastornos de tics y movimientos estereotipados:** los tics y los movimientos estereotipados son menos complejos que las compulsiones y no están destinados a neutralizar la obsesión.
- **Trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos:** en ocasiones, el TOC va acompañado de escasa conciencia de la enfermedad o creencias delirantes, sin embargo, su diferencia con estos trastornos es el carácter egodistónico del supuesto delirante, la presencia de obsesiones y compulsiones y la carencia de otra sintomatología de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico (ej. alucinaciones o trastorno formal del pensamiento).
- **Otros comportamientos de tipo compulsivo:** ciertos comportamientos se explican como “compulsivos”, entre los que están el comportamiento sexual (trastornos parafílicos), el juego o el consumo de sustancias (trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos). Estos comportamientos difieren de las compulsiones del TOC en que la persona obtiene placer de la actividad realizada y que desea abstenerse sólo por sus consecuencias perjudiciales.
- **Trastornos de personalidad obsesivo-compulsivo:** el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo no está determinado por la presencia de pensamientos intrusivos y los impulsos o conductas ritualizadas llevados a cabo en respuesta a la obsesión, sino que implica una mala adaptación generalizada, equivalente a un patrón de perfeccionismo extremo y un rígido control.

### **Comorbilidad.**

En el TOC se manifiestan con frecuencia de manera comórbida con otros trastornos. Entre ellos destacan los trastornos de ansiedad (fobia social, las fobias específicas, el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico), el trastorno depresivo, el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, trastorno de tics, trastornos relacionados con el TOC (trastorno dismórfico corporal, la tricotilomanía y el trastorno de excoriación), el trastorno bipolar, trastornos de la conducta alimentaria(anorexia nerviosa y bulimia nerviosa), trastornos caracterizados por la impulsividad(trastorno negativista desafiante) y trastornos con síntomas psicóticos.

Concretamente, el trastorno comórbido más frecuente en las personas que padecen TOC es el trastorno de ansiedad (76%), siendo la fobia social el más habitual (26%), seguido de las fobias específicas (20%) o el trastorno de ansiedad generalizada (16%; LaSalle et al., 2004; Nezu et al., 2006). El inicio del TOC suele ser más tardío que el trastorno de ansiedad comórbido, mientras que los trastornos depresivos se manifiestan después de él (Brown et al., 2001), presentando un alto grado de comorbilidad con el mismo (41%). Según Abramowitz et al. (2003) y Nezu et al. (2006), entre un 23% y un 38% padecen depresión mayor y hasta un 80% presentan síntomas depresivos significativos como afecto negativo, culpa o autoconcepto negativo. Asimismo, se ha encontrado asociación entre TOC y el trastorno bipolar (22%).

Otra comorbilidad bastante habitual es la que aparece entre el TOC y el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo. Cerca de la mitad de pacientes con TOC presenta rasgos de escrupulosidad, tesón, rigidez, excesiva importancia a los detalles, perfeccionismo, etc., típicos del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (Bados, 2005).

Igualmente, destacan los trastornos de tics. Hasta un 30% de personas con TOC informan la presencia de tics pasados o actuales, siendo más común en varones con inicio del TOC en la niñez. Asimismo, las tasas de TOC también son elevadas en el trastorno de Tourette: del 35% al 50% de las personas con este trastorno presentan TOC, sin embargo, sólo el 5-7% de los pacientes con TOC presentan el trastorno de tics (Nezu y otros, 2006).

Por otro lado, los trastornos que se repiten con más asiduidad en las personas con TOC que en la población general son los trastornos relacionados, como el trastorno dismórfico corporal, la tricotilomanía y el trastorno de excoriación. Además, se han encontrado otras comorbilidades menores en trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno negativista desafiante y en trastornos con síntomas psicóticos, siendo la prevalencia del TOC mucho mayor que la esperada en la población general.

#### **3.1.4. Etiología.**

No existe un modelo característico en el establecimiento y mantenimiento del TOC. Varios expertos consideran que los sucesos vitales estresantes ejercen un papel importante en el origen y/o conservación de la enfermedad, perjudicando notablemente a su desarrollo (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011), no obstante, hay que tener en cuenta que el acontecimiento en sí no sería el único responsable. Para que se desencadene y prolongue el trastorno deben existir ciertas vulnerabilidades predisponentes.

## **Origen.**

Los factores que aumentan la vulnerabilidad para desencadenar el trastorno serían los siguientes:

- **Factores biológicos:** Por un lado, existen datos que avalan la predisposición genética: las personas con TOC tienen 4 veces más posibilidades de tener otros familiares TOC que personas sin el trastorno (Hettema et al. 2001). Por otro lado, se encuentran investigaciones que localizan diferencias en el funcionamiento de ciertas regiones cerebrales entre sujetos TOC y sin el trastorno, entre ellas, el tálamo, el núcleo caudado, el córtex orbital y el giro cingulado (Jenike et al. 1996), además de una regulación anómala de la serotonina (Jenike, 1996).
- **Factores socio-ambientales:** Ciertas experiencias tempranas contribuyen al desarrollo del TOC. Rector et al. (2009), destacan los estilos educativos familiares que enfatizan en exceso la responsabilidad, el perfeccionismo o las normas rígidas de conducta, además de la sobreprotección de responsabilidades durante la infancia, fomenta la ansiedad, el aprendizaje de miedos y la falta de habilidades de afrontamiento y solución de problemas. Bados (2017, p.18) incluye la influencia de padres hipercontroladores y faltos de cariño; haber tenido como modelo personas con características obsesivo-compulsivas; y la presentación de una formación religiosa y moral estricta que fomenten creencias como que pensar algo es equivalente a hacerlo o tan malo como si se hiciera, o que faciliten la inflexión entre lo que está bien y lo que está mal; etc. Por último, Miller y Brock (2017), señalan que los eventos traumáticos en la infancia o más tarde (especialmente, la violencia, el abuso sexual el abuso emocional y la negligencia), aumentan la probabilidad de desarrollar TOC.
- **Factores psicológicos:** Según el *Obsessive-Compulsive Cognition Working Group* (O-CCWG) diferentes creencias disfuncionales estarían en la génesis y mantenimiento del TOC. Entre ellas destacan sobreestimar la importancia de los pensamientos; sobrevalorar la importancia del control de los pensamientos; sobreestimación del peligro; intolerancia a la incertidumbre; hiperresponsabilidad; y perfeccionismo. Conforme a Belloch et al. (2003), a medida que aumenta la adhesión a estas creencias en personas normales se produce un ascenso en las manifestaciones obsesivas no clínicas.

### **Mantenimiento.**

En la Guía para la Intervención Psicológica en el TOC de la Facultad de Psicología UAM (Márquez et al., 2015), se recoge que entre los elementos intervinientes en el sustento del TOC se encuentran los siguientes:

*Tabla 2. Procesos que intervienen en el mantenimiento del TOC.*

<b>PROCESO DE MANTENIMIENTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>Atención selectiva:</b>	La hipervigilancia de atisbos amenazantes aumenta la localización de estímulos obsesivos.
<b>Factores fisiológicos</b>	La respuesta de pelea o huída es normal ante una amenaza percibida. El razonamiento emocional reafirma las creencias equivocadas que conducen a la sensación de ansiedad.
<b>Comportamiento en búsqueda de seguridad:</b>	Los rituales, la búsqueda de confirmación y las estrategias neutralizantes se consolidan al reducir la ansiedad o malestar generados por la obsesión. A largo plazo, el refuerzo negativo que otorga la estrategia utilizada, incrementa la probabilidad de responder igual ante situaciones similares, corroborando las creencias disfuncionales, ya que su efecto se interpreta de forma errónea.
<b>Evitación pasiva:</b>	La evitación produce una disminución temporal de la ansiedad, pero previene la pérdida de la confirmación de las estimaciones exageradas del riesgo porque la persona nunca tiene la oportunidad de averiguar que el peligro es improbable.
<b>Ocultamiento de las obsesiones:</b>	El ocultamiento de las obsesiones ante otros previene la pérdida de confirmación de las creencias equivocadas sobre la normalidad de los pensamientos invasivos.
<b>Intento de control del pensamiento:</b>	Los intentos inadecuados para controlar o suprimir los pensamientos no deseados conducen a un aumento de éstos. La apreciación incorrecta de la falta en el control del pensamiento conduce a un mayor sufrimiento.

### **3.1.5. *Prevalencia (porcentaje).***

Actualmente, la prevalencia del TOC es mucho más elevada que las estimaciones que se hicieron con anterioridad: a comienzos de los ochenta se calculaba que la proporción de TOC en la población general era de un 0,05%, cifra similar a la estimada por los clínicos en consulta, ya que la asistencia a pacientes con TOC no era usual, sin embargo, estudios posteriores situaron la prevalencia en un 2-2,5% de la población general (Sasson et al., 1997; Kano et al., 1988; Ruscio et al., 2010). Esta desigualdad entre la presencia de pacientes con TOC en las consultas clínicas y la prevalencia en población general se debe a la falta de solicitud de asistencia profesional por parte del enfermo, dándose una mayor frecuencia de búsqueda de tratamiento al existir comorbilidad (37%; Mayerovitch et al., 2003).

Respecto al sexo, los estudios indican una incidencia sutil más elevada en mujeres, sin embargo, los hombres suelen presentar un inicio más temprano (datos: 13-15 años vs 20-24 años, Cruzado, 1998, además de mostrar un porcentaje superior en la infancia (2:1) (Nehous y Stein, 1997). Respecto a los síntomas, son más comunes las obsesiones y rituales de limpieza en mujeres, y las obsesiones sexuales en hombres (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011).

Por otro lado, la edad de inicio del trastorno suele ser temprana, marcada por el periodo de la adolescencia o el inicio de la edad adulta, con una edad media de 22 años (Brown y cols., 2001). Asimismo, el comienzo de los síntomas suele ser gradual, y una vez establecida la enfermedad, su curso suele ser crónico, registrándose períodos de aumento y disminución en la intensidad de los síntomas que están relacionados con eventos de vida estresantes (Rasmussen y Eisen, 1992), siendo la remisión muy baja (20%; Skoog y cols., 1999).

### **3.1.6. *Calidad de vida, carga personal y en el sistema.***

Rodríguez (2013), anota las principales investigaciones sobre la calidad de vida de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), haciendo alusión a que en el año 1999, la OMS reconoció el TOC como una de las diez primeras causas de discapacidad; en 2003, en el 111th Session of the Executive Board, el organismo recalculó la importancia del TOC en la calidad de vida de las personas que la padecen; y en 2012, en la publicación de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DALY), señaló de nuevo su relación con una alta incapacidad. Concretamente, en España,

dentro de los trastornos mentales, el TOC fue el segundo grupo de trastornos de mayor discapacidad, seguido de la esquizofrenia y los trastornos de uso de drogas. Estudios como el de Bobes et al. (2001) mostraron datos similares: los pacientes con TOC evidencian una baja calidad de vida, parecida a la de los pacientes con esquizofrenia en las áreas de salud mental e inferior a la de los pacientes heroinómanos, deprimidos y con afecciones físicas. Asimismo, otros estudios que comparan diferentes enfermedades con el TOC, siguen constatando peores resultados de calidad de vida en el TOC: Koran et al. (1996), indicaron que el funcionamiento social y el desempeño deroles instrumentales está más afectado en pacientes con TOC que en personas con enfermedades crónicas como la diabetes; Lochner et al. (2003), advirtieron índices menores de calidad de vida, especialmente en el funcionamiento familiar y vida cotidiana, en pacientes con TOC que en pacientes con trastornos de angustia o fobias sociales; y Torreset al. (2006), en comparación con otros trastornos neuróticos, asociaron el TOC a un mayor deterioro laboral y social y mayor afectación emocional.

Siguiendo con el alegato, en la revisión bibliográfica sobre el impacto que el TOC produce en la calidad de vida de los pacientes, Rodríguez (2013) resalta las consecuencias negativas que acarrea la sintomatología a la vida de los damnificados, además de sus complicaciones a nivel sanitario y educativo. Principalmente, en pacientes pediátricos con TOC la bibliografía científica indica dificultades a la hora de expresar los síntomas a los demás, destacando la vergüenza, la falta de conocimiento sobre el trastorno y el temor a no ser comprendidos (Hollander, 1997). Esto último, unido a la creencia del control o desaparición a largo plazo de los síntomas, dificulta la consulta profesional temprana, aumentando la probabilidad de cronificación. Por otro lado, diversos estudios recogen el efecto negativo que el trastorno tiene en el ámbito familiar, escolar y anímico de los niños: haciendo alusión al campo familiar, se reseña que, asiduamente, los pacientes implican a sus padres o familiares en sus rituales, creando problemas de codependencia que fomentan el mantenimiento de la enfermedad y el deterioro de la relación familiar (Leonard et al., 1993; Adams et al., 1994); en relación al ambiente escolar, los datos indican que estos niños sufren con mayor frecuencia el rechazo o discriminación de sus iguales, siendo víctimas de acoso y violencia psicológica, verbal, o física en la escuela (Biglieri y Rodríguez, 2005; Leonard y March, 1996; Thomsen, 1998). Todo ello, unido al aislamiento en juegos u otras actividades escolares, se traduce en problemas de aprendizaje y socialización, lo que termina empeorando el cuadro y la salud del niño a nivel general.

Por otra parte, los resultados de los estudios en población adulta siguen la misma línea, corroborando el impacto nocivo que tiene el cuadro clínico en la calidad

de vida de los pacientes, notificando problemas a nivel social, familiar, laboral, académico y sanitario. Entre otros, Hollander et al. (1996) en Sudáfrica y Sorensen et al. (2004) en Dinamarca, a través de una encuesta autoadministrable, describieron que la sintomatología del TOC producía a los pacientes enormes problemas en cuanto al desarrollo académico, laboral y al funcionamiento social en general, además de haber tenido numerosos síntomas depresivos e ideación suicida; Stengler-Wenzke et al. (2006) en Alemania, comparando una muestra de pacientes TOC con la población general, encontraron puntuaciones significativamente más bajas en todas las áreas de funcionamiento evaluadas en la Escala de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL); Mancebo y cols. (2008), observando una muestra de 238 pacientes con TOC, encontraron que el 38 % manifestaba incapacidad para realizar tareas laborales y que el 50% presentaba serias limitaciones en el funcionamiento interpersonal (social y familiar); etc.

Si nos centramos exclusivamente en el campo académico y laboral, existe mucha bibliografía científica que avala el deterioro en esta área (Grabe et al., 2000; Rappaport et al., 2005; Steketee, 2002). Haciendo alusión a un estudio concreto, Knapp et al. (2002) hipotetizaron que el TOC debía impactar negativamente en la productividad del paciente, ya que su inicio suele ser temprano y su curso crónico. Tras analizar las estadísticas de las encuestas de estudios de morbilidad psiquiátrica realizadas por la oficina de censos poblacionales y encuestas del gobierno británico hallaron que el 52% de los pacientes con TOC eran desempleados, y de los que trabajaban, la mayoría tomaba más días de permiso al año que otros trabajadores a causa de la alternancia en la magnitud de los síntomas (los datos de paro se traducen en problemas económicos que conllevando una sobrecarga de costos que debe ser cubierta por terceros, y la falta de asistencia laboral se interpreta en pérdidas de productividad). Asimismo, el 39% realizaba tareas no cualificadas. Según los pacientes, esto se debía a los problemas que el TOC les había ocasionado en la esfera académica.

Por otro lado, si ocupa la atención el impacto que produce el TOC en el sistema familiar, pueden destacarse los siguientes estudios y sus conclusiones: Albert et al. (2007) en Italia, diferenciando las puntuaciones de familiares de primer grado de pacientes con TOC del Cuestionario SF-36 con puntuaciones de la población general, observaron que los familiares presentaban un gran deterioro en las áreas de vitalidad, funcionamiento social, salud mental, y limitaciones de rol debido a problemas emocionales; resultados similares obtuvieron Stengler-Wenzke et al. (2006) en Alemania con el instrumento WHOQOL: los familiares presentaban bajas puntuaciones en las áreas de bienestar físico y psicológico, y funcionamiento social. Asimismo,

Grover y Dutt (2011) declararon que, el 56% de los cuidadores y familiares de pacientes con TOC evaluados en su estudio, presentaban gran deterioro en su calidad de vida, viéndose afectada particularmente por la severidad de los síntomas. Igualmente, la corta edad de los pacientes, una larga duración de la enfermedad y la mayor duración del tratamiento fueron predictores de una pobre calidad de vida en el área de la salud física de parte de los cuidadores.

Por último, abarcando la severidad de los síntomas y su asociación con la calidad de vida de los damnificados, falta abordar el impacto diferencial de las obsesiones y compulsiones y el efecto de la comorbilidad en la misma. Los primeros apuntan que el trastorno y el grado de deterioro de la calidad de vida está más afectado por la dureza de las obsesiones que por la severidad de las compulsiones (Eisen et al., 2006; Masellis et al., 2003; Moritz et al., 2005; Niederauer et al., 2006; Rodríguez et al. 2006); y los resultados de las investigaciones que analizan la comorbilidad informan que la depresión afecta significativamente a la calidad de vida de estos pacientes, presentando graves limitaciones en el funcionamiento cotidiano (Rodríguez et al., 2006) y que los trastornos del estado de ánimo comórbidos son el mejor pronóstico de degradación de salud mental en personas TOC (Albert et al., 2010), causando mayor deterioro los síntomas más severos (Hollander et al., 2010).

### **3.1.7. *Tratamientos :***

La evidencia clínica y científica demuestra que la terapia cognitivo conductual (TCC) en combinación con la terapia farmacológica es el tratamiento que presenta mejores resultados en TOC. Dentro de la TCC, la investigación disponible indica que la Exposición y Prevención de Respuesta (ERP) es el tratamiento psicoterapéutico de primera línea para el TOC junto con la administración concomitante de la Terapia Cognitiva (TC), que ayuda a mejorar la tolerancia de angustia, las creencias disfuncionales relacionados con los síntomas y la adherencia al tratamiento (McKay et al., 2015); y respecto al tratamiento farmacológico, los datos apoyan la eficacia del tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y la clomipramina a corto y largo plazo y para la prevención de recaídas. (Fineberg et al., 2015).

#### ***Terapias de primera línea:***

##### **A. *Terapia Cognitivo Conductual.***

Como ya se ha dicho, la evidencia disponible indica que la exposición con prevención de respuesta (ERP) coordinada con la administración de la terapia cognitiva

(TC) es el tratamiento psicoterapéutico de primera línea para el TOC (McKay et al., 2015). En concreto, las técnicas cognitivas ayudan a disminuir la valoración negativa de los pensamientos obsesivos y los métodos de exposición y prevención de respuesta a reducir la frecuencia y/o la duración de las compulsiones y conductas de evitación, objetivos imprescindibles para el éxito terapéutico a largo plazo en TOC.

En primer lugar, para atenuar la evaluación adversa de las ideas obsesivas se anima al paciente a que identifique los pensamientos y actitudes distorsionados y los sustituya por otros más funcionales y realistas. La reestructuración cognitiva disminuiría el malestar asociado a las obsesiones y su frecuencia, facilitando el enfrentamiento del paciente a la situación temida, por lo que los expertos recomiendan la aplicación previa a la ERP. Por tanto, tras disminuir la valoración de la importancia y poder de las obsesiones y modificar las ideas disfuncionales más frecuentes en el TOC (pensamiento dicotómico, fusión pensamiento/acción, responsabilidad excesiva, perfeccionismo, sobrevaloración del peligro o amenaza, intolerancia a la incertidumbre, necesidad de control, etc.) se procedería a mermar la asiduidad y/o la durabilidad de las compulsiones y conductas de evitación mediante la exposición prolongada y repetida a las situaciones, pensamientos o imágenes temidas de forma progresiva, mientras que se impide llevar a cabo el ritual asociado, previniendo la respuesta de escape o evitación de las conductas que neutralizan o alivian su malestar.

Particularmente, la exposición reduciría la ansiedad y el malestar asociados a las obsesiones gracias a la habituación y el convencimiento de la falta de consecuencias adversas ante la interacción con el estímulo temido; y la prevención del ritual, disminuiría la frecuencia de la compulsión bloqueándola sucesivamente: antes de todo, se puede enseñar a atrasar la compulsión, trabajando de modo gradual hasta la absoluta resistencia. La meta de la prevención sería el cese total de toda compulsión.

### **B. Terapia farmacológica.**

Los datos recogidos en la diversa investigación farmacológica confirman la eficacia de los antidepresivos para tratar el TOC. Entre ellos destacan el antidepresivo tricíclico clomipramina y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS; Fineberget al. 2015).

En concreto, la clomipramina (Anafranil), es eficiente a corto y largo plazo, siendo muy utilizada para la prevención de recaídas. Comenzando con dosis bajas, se va subiendo progresivamente, prescribiéndose en dosis elevadas (200-300 mg) y de forma prolongada con dosis de mantenimiento (100-150 mg). Este antidepresivo fue la primera medicación reconocida como tratamiento para el TOC (Fernández Córdoba y

López Ibor, 1967), siendo aprobada en EEUU y otros países en los 90. Su diferencia con los ISRS es que, aparte de ser un potente inhibidor de la recaptación serotoninergica, inhibe la recaptación de noradrenalina, y que, a pesar de tener un gran resultado antiobsesivo, presenta mayores efectos adversos, sobre todo a las altas dosis que necesita el tratamiento para el TOC. Dada su mejor tolerancia, los ISRS son reconocidos como la primera línea de elección de tratamiento farmacológico, destacando la fluvoxamina (Dumirox), la fluoxetina (Prozac), la sertralina (Besitran) y la paroxetina (Seroxat).

Para aquellos pacientes en los que los tratamientos con ISRS o clomipramina son ineficaces, la evidencia apoya el uso de la medicación antipsicótica adyuvante o el uso de altas dosis de ISRS, asimismo, los nuevos compuestos son también objeto de investigación activa. Por último, los tratamientos neuroquirúrgicos, incluyendo neurocirugía lesión ablativa y la estimulación cerebral profunda, están reservados para las personas con síntomas graves que no han experimentado una respuesta sostenida a la terapia combinada: farmacológicas y de comportamiento cognitivo (Fineberg NA et al. 2015).

### **Nuevas líneas de investigación:**

Como ya se ha dicho, el tratamiento de elección para el TOC es la terapia cognitivo conductual (TCC) en combinación con la terapia farmacológica, y dentro de la TCC el método más investigado y amparado por evidencia empírica es la Exposición y Prevención de Respuesta (EPR). Su alta eficacia probada ha mejorado el pronóstico de los pacientes que completan estos tratamientos (McKay et al., 2015; Öst et al., 2016), sin embargo, esta notoriedad es limitada, ya que coexisten datos discordantes que indican la existencia de pacientes que no responden al tratamiento, que recaen o que, aun teniendo eficacia el procedimiento, no se llega a niveles asintomáticos, por lo que no existe una recuperación significativa y un mantenimiento a largo plazo (Diefenbach et al., 2007; Marcks et al., 2011; Lack, 2012; Matsunaga, 2013).

Con el fin de paliar esta problemática y mejorar las técnicas de tratamiento, los expertos proponen nuevas líneas de investigación. Particularmente, en el *VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica* celebrado en Granada en 2015, *Michael Kyrios*, director de la *Escuela de Investigación en Psicología* de la *Universidad Nacional Australiana* y presidente de la *Sociedad Australiana de Psicología*, quien centra su investigación en los trastornos del espectro obsesivo compulsivo, expuso los beneficios y limitaciones de la TCC para el TOC, sugiriendo como alternativa para continuar avanzando en la investigación y desarrollo del

tratamiento de esta enfermedad tanto los enfoques biológicos de estimulación cerebral profunda y estimulación magnética transcraneal, como los enfoques psicológicos de las Terapias de Tercera Generación, siendo prometedores para complementar los tratamientos basados en la evidencia.

Los métodos propuestos como perspectivas futuras están avalados por estudios preliminares, no obstante, se necesitan ensayos clínicos controlados bien diseñados, con muestras más grandes, para demostrar claramente su eficacia.

### **3.2. EMDR:**

#### **3.2.1. Historia y evolución.**

A diferencia de otras psicoterapias, el EMDR no se origina a través de un enfoque teórico determinado, sino a partir de observaciones empíricas directas. Concretamente, es en 1987 cuando la doctora Shapiro descubre que ante pensamientos perturbadores, existía un movimiento rápido de los ojos que disminuía el malestar generado. Tras el hallazgo, se dispuso a realizar sus primeros experimentos en memoria traumática (1989), defendiendo la desensibilización del recuerdo por estimulación bilateral. El procedimiento inicial fue bautizado como EMD o Desensibilización del Movimiento Ocular, hasta que se percibe el papel indispensable que adquiere el reprocesamiento de la memoria traumática en la técnica, pasando a llamarse EMDR o Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (1991). Es entonces cuando se crea el Modelo de Procesamiento Acelerado de la Información como marco teórico de la técnica, que posteriormente fue reformulado como Modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI; Shapiro, 2001). Entre otras cosas, el uso clínico apropiado del EMDR se sustenta en la comprensión de este modelo, que guía la conceptualización de los casos, informa de la planificación del tratamiento, avala la resolución de puntos muertos en clínica y predice los resultados clínicos y las posibles nuevas aplicaciones (Leeds, 2011).

Particularmente, la evolución del EMDR y su marco de trabajo teórico puede clasificarse en cuatro fases, pasando de una simple técnica constituida por movimientos oculares, a un procedimiento inicial (EMD), seguido de un protocolo (EMDR) para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático o TEPT, en particular, que finaliza con una aproximación general de tratamiento para la enfermedad, extendiéndose rápidamente a nivel experimental. A día de hoy, el EMDR es considerado un enfoque terapéutico de ocho fases centrado en el sistema de procesamiento de la información intrínseco del cerebro y el almacenamiento de los recuerdos. Su base teórica dicta que los síntomas existentes son el resultado de experiencias perturbadoras que no han sido

procesadas adecuadamente. Gracias a la aplicación de esta técnica, las experiencias almacenadas de forma disfuncional son procesadas hasta llegar a una resolución adaptativa, promoviendo la salud psicológica. Para obtener efectos óptimos del tratamiento, es necesario respetar el modelo estándar de ocho fases, identificando recuerdos diana apropiados y siguiendo el orden de procesamiento, además de cumplir el protocolo de las tres vertientes, abordando tanto las experiencias de vida temprana, las vivencias estresantes del presente y los pensamientos y comportamientos deseados para el futuro. Todo ello será explicado minuciosamente en los siguientes apartados.

### **3.2.2. Modelo de procesamiento adaptativo de la información (PAI)**

Shapiro (2004) formula tres principios que configuran el procesamiento adaptativo de la información:

- **Principio 1:** existe un sistema de procesamiento de la información inherente al ser humano que permite recomponer la respuesta que se produce ante un suceso perturbador. Se parte de un estado disfuncional de desequilibrio hasta llegar a un estado de resolución adaptativa.

Ante un acontecimiento desagradable, se produce una respuesta de estrés con sus correspondientes cambios a nivel fisiológico (aumenta el ritmo cardíaco, la presión arterial y las hormonas de estrés), emocional (experimentando miedo, culpa o ira), cognitivo y conductual (exceso de autocrítica e impulsos irracionales de huida, parálisis o herir a alguien). Tras reflexionar sobre el estímulo estresante y las respuestas que ha desatado, el malestar disminuye, estabilizándose la fisiología, emoción, pensamientos y conductas personales, asimismo, se aprende de la experiencia, formando una plantilla adaptativa para episodios parecidos, con el fin de solventarlos de forma diferente.

- **Principio 2:** la activación excesiva provocada por un hecho traumático o estrés permanente durante el desarrollo vital puede alterar el sistema de procesamiento de la información. Concretamente, la información relacionada con el suceso traumático o el factor de estrés persistente se almacenaría en una forma estado específica (Bower, 1981) sin lograr una resolución adaptativa.

Diferentes estudios respaldan la hipótesis de esta respuesta cerebral (Joseph, 1998; Osuch et al., 2001; Stickgold, 2002; van der Kolk et al., 1996). Según la investigación, los recuerdos traumáticos se mantienen en un sistema de memoria implícito a corto plazo, manteniendo el efecto sensorial, emocional y fisiológico de la

respuesta al estrés, sin embargo, los recuerdos no traumáticos se desplazan gradualmente de la memoria implícita a corto plazo del hemisferio derecho al sistema explícito o narrativo a largo plazo del hemisferio izquierdo (van der Kolk et al., 1996).

- **Principio 3:** las fases del procedimiento estándar de EMDR y los movimientos oculares bilaterales rehabilita el sistema de procesamiento adaptativo de la información, permitiendo proseguir con el proceso hasta alcanzar una resolución adecuada.

Al activar el protocolo de EMDR, el proceso de reorganización puede ser instantáneo y muy eficaz, no obstante, si la persona no tiene recursos suficientes para dirimir la experiencia, se puede empeorar el estado emocional, fisiológico y psicológico del paciente. El terapeuta no puede hacer que la persona sane ni puede conducir los detalles del proceso de la sanación, su función principal es dar ánimos, dotar a la persona de recursos y observar si existe algún bloqueo que deba eliminarse, creando condiciones favorables para retirar los elementos que obstruyen la sanación psicológica.

### **3.2.3. Modelo estándar de ocho fases y protocolo de las tres vertientes.**

El EMDR no es solo un método de estimulación bilateral que puede administrarse indiscriminadamente, es una forma de psicoterapia que tiene un enfoque particular hacia el registro del historial, la planificación del tratamiento y la solución del impacto de experiencias adversas de la vida. A continuación, se presenta una descripción detallada de las ocho fases del protocolo estándar (Leeds, 2011):

- **Fase 1: Registro del historial, selección y planificación del tratamiento.**

El primer paso consiste en recopilar la información necesaria para formular el caso y diseñar un plan de tratamiento completo. Las indagaciones que debe hacer el terapeuta se relacionan con el historial médico y psicosocial del paciente, con el que se identificarán los enfoques adecuados para el tratamiento o las dianas objeto de reprocesamiento, correspondientes con sucesos pasados etiológicos para los síntomas presentes, detonadores actuales y objetivos futuros. Particularmente, el plan general de organización del tratamiento en el modelo estándar de EMDR se conoce como **protocolo de las tres vertientes** (Shapiro, 2004), abordando de manera lineal los episodios temporales. En primer lugar, se distinguen las dianas para la vertiente del pasado, seleccionando los eventos que son base de la sintomatología. Tras su reprocesamiento y solución, el interés se desplaza hacia la vertiente del presente,

reelaborando los estímulos actuales capaces de desencadenar respuestas patológicas. Por último, se reprocesan nuevas estructuras de habilidades y de identidad que el paciente pueda necesitar en el futuro, con el fin de integrarlas en su capacidad de afrontamiento y autoconcepto.

Para finalizar la explicación de esta primera fase, hay que señalar que el alcance del estudio y la elaboración del historial dependerá de diversos factores, entre ellos el ajuste de la vida antes del trauma, la calidad de la experiencia y desarrollo infantiles, la complejidad de los síntomas clínicos, el tipo de historial traumático, el estado de apego y la estabilidad del entorno actual (Leeds, 2011).

- **Fase 2:** *Preparación del paciente.*

El segundo paso tiene diferentes objetivos, entre ellos, reforzar la alianza terapéutica, con el fin de crear una relación colaborativa y de apoyo; brindar psicoeducación y obtener el consentimiento informado en relación a las opciones de tratamiento, las explicaciones de las técnicas que se van a emplear, los pasos a seguir, las reacciones frecuentes e inusuales del EMDR y los factores de riesgo; introducir al paciente en la estimulación ocular bilateral para asegurar su tolerancia, sino introducir tonos o golpecitos bilaterales; practicar métodos de autocontrol para crear o incrementar su estabilidad en el funcionamiento actual, como la respiración estructurada o ejercicios de relajación; y enseñarle al paciente una señal de parada para aumentar la sensación de control durante el reprocesamiento de los recuerdos traumáticos.

- **Fase 3:** *Evaluación.*

En la tercera fase se establece el recuerdo diana que se va a procesar. Éste está constituido por imágenes, creencias, emociones y sensaciones físicas determinadas, que forman la red de recuerdo inadaptada. Para conseguir delinear y evaluar el objetivo de tratamiento, en primer lugar se identifica una imagen de la parte más dolorosa emocionalmente de la experiencia (si no hay imágenes, se selecciona un recuerdo sensorial alternativo, como un sonido u olor); seguidamente, se distinguen las creencias o autoatribuciones negativas con las que el paciente se identifica como producto de esa vivencia, ayudándole a desarrollar una cognición más adaptativa en su lugar; el siguiente paso se corresponde con la obtención de la medida inicial de la validez de la creencia positiva (VOC), es decir, se pide al paciente que indique cómo siente la veracidad de la afirmación adaptativa en una escala del 1 (totalmente falsa) al 7 (totalmente verdadera). Esto aporta un punto de referencia para evaluar los efectos del

tratamiento más adelante y reduce la interferencia potencial de la activación emocional perturbadora, conectando antes de la estimulación la imagen seleccionada con una creencia positiva; después, se obtiene la medida inicial de SUD o el grado de malestar que siente el paciente cuando piensa en la imagen perturbadora y la cognición negativa (de o-calma o ausencia de perturbación- a 10 -la mayor perturbación que el paciente pueda imaginar-), acompañado de la verbalización emocional que experimenta en ese momento. De nuevo, esta puntuación y la emoción presente, ayudan a evaluar el proceso, ya que la respuesta emocional al recuerdo traumático y su grado, varían durante el reprocesamiento; por último, el paciente mostrará la localización corporal de su malestar, que puede representar un aspecto emocional asociado, como el recuerdo de sensaciones producidas durante el acontecimiento traumático, o figurar recuerdos de la respuesta fisiológica o de la conducta real para responder al recuerdo traumático. Esto promueve la estimulación de otras características por resolver de la red de recuerdos y otorga al paciente una postura observadora de sentir consciente, sin juicio ni descripción durante el reprocesamiento, contribuyendo a disminuir o eliminar la predisposición del paciente a vincularse a autojuicios o verbalizaciones excesivas para eludir la percepción subversiva de los recuerdos traumáticos.

- **Fase 4:** Desensibilización.

Las tres etapas siguientes del modelo estándar de EMDR (desensibilización, instalación y exploración corporal) son conocidas como reprocesamiento, donde se modifican los diferentes elementos de la red de recuerdos inadaptados: la intensidad o el contenido del recuerdo sensorial; la calidad o la magnitud afectiva; la autoevaluación y los pensamientos sobre el recuerdo; así como las características y localización de las sensaciones físicas o de los impulsos a actuar. Particularmente, el objetivo de la cuarta fase es reprocesar la experiencia objetivo o diana hasta una resolución adaptativa indicada por un nivel subjetivo de perturbación de 0 o 1(SUD), en otras palabras, el grado de malestar que siente el paciente cuando piensa en la imagen angustiosa elegida y la cognición negativa asociada, ha desaparecido o es mínima.

Esta etapa comienza activando los elementos del recuerdo diana con el que se va a tratar. Tras su repetición, se solicita al paciente que adopte una postura observadora, sin juicio ni evitación, permitiendo que suceda lo que tenga lugar antes y durante la estimulación bilateral. Así, se reduce la exigencia del paciente y se promueve el encadenamiento asociativo espontáneo a otras redes de recuerdo más adaptativas. De igual manera, tras cada serie de estimulación bilateral se demanda descanso, respiración y verbalizar la sensación de ese instante. De esta forma, se contribuye a que el paciente sustente la atención dual en el presente para revivir más tarde los aspectos

emergentes del recuerdo diana. Asimismo, se permite que continúe el acceso a la activación afectiva de la red de recuerdos inadaptativos y el restablecimiento de cualquier procesamiento de información estado dependiente y asociado con un tipo o grado de activación afectiva después de que el paciente aporte un breve informe verbal. Éste facilita al terapeuta precisar si el material emergente se está reprocesando efectivamente, permitiendo tomar decisiones clínicas sobre posibles modificaciones en cualquier característica de la estimulación bilateral (duración, velocidad, tipo, etc.).

En esta fase, normalmente hay variaciones rápidas de insights, en la organización de los recuerdos, la afectividad asociada y el concepto de uno mismo, acompañado de un descenso de la ansiedad, el malestar y la intensidad de los recuerdos sensoriales. No obstante, en algunos pacientes, cuando los procesos de evitación o la disociación han ocultado material trascendental de la conciencia, el nivel de malestar puede aumentar significativamente como resultado del acceso a más datos del recuerdo doloroso. Como ya se ha dicho, la fase de desensibilización finalizará cuando el paciente pueda centrarse en la situación diana sin sentir malestar.

- **Fase 5:** *Instalación de la cognición positiva.*

El objetivo de este estadio es seguir reprocesando la diana incluyendo la creencia positiva hasta su integración total en la red de recuerdos, alcanzando una puntuación VOC de 6 o 7, es decir, una apreciación subjetiva verdadera de la validez de la afirmación adaptativa conformada en la tercera fase.

Para comenzar la sesión, se anota la puntuación VOC inicial y se aplican series de estimulación bilateral mientras el paciente se repite la afirmación de autoevaluación más adaptativa y piensa en el recuerdo diana, con el fin de tomar conciencia sobre su control de la situación y conseguir su asociación deliberada. En esta fase, después de cada serie de estimulación bilateral, no se hacen preguntas sobre las vinculaciones asociativas espontáneas, si no que se constata la validez de la cognición positiva.

- **Fase 6:** *Exploración del cuerpo.*

La exploración corporal es la última fase de reprocesamiento y tiene como meta reconocer cualquier malestar residual asociado con la diana u objetivo, afianzando su total reprocesamiento, además de propiciar que el paciente logre niveles de síntesis más amplia del material inadaptativo residual.

Para liberar la tensión física, se pide al paciente que se centre en el recuerdo diana o situación seleccionada, que mantenga en mente la cognición positiva utilizada

en la fase anterior y que explore el cuerpo en busca de sensaciones durante la estimulación bilateral. Si se encuentra malestar, se continúa con la estimulación bilateral para seguir con el reprocesamiento hasta que sólo haya sensaciones neutras o positivas al emparejar el recuerdo diana y la creencia favorable.

- **Fase 7: Cierre de la sesión.**

El procedimiento llevado a cabo durante el cierre de las sesiones de reprocesamiento (4, 5 y 6) tiene como finalidad garantizar la estabilidad del paciente y el afrontamiento entre sesiones. Para ello, antes de acabar cada cita, el paciente es llevado a un estado adaptativo de equilibrio emocional, ya sea a través del reprocesamiento o gracias a los métodos de regulación afectiva y de autocontrol promovidos en la fase 2. Tras confirmar la fortaleza y orientación del paciente, el terapeuta le pide como tarea para casa que registre por escrito cualquier cambio, positivo o negativo, relacionado con los síntomas presentes y recuerdos, emociones y creencias diana observados hasta la siguiente sesión.

- **Fase 8: Reevaluación.**

Al principio de cada sesión de reprocesamiento, el terapeuta revalúa la diana de la sesión anterior para comprobar la estabilidad de los resultados del tratamiento, comparando las puntuaciones SUD, VOC o de malestar físico anteriores con la actual. Asimismo, se observan las anotaciones registradas entre sesiones para ver si han surgido dificultades y si es necesario desarrollar habilidades adicionales para afrontar la problemática.

La reevaluación es necesaria para determinar el éxito del tratamiento, ya que la simple valoración durante una sesión no informa sobre el mantenimiento de su efecto a largo plazo. El tratamiento termina al mantener el objetivo que se quería alcanzar, concretamente cuando se elimina la reexperimentación de los recuerdos perturbadores o las conductas de evitación e hiperactivación; en el momento que los estímulos presentes ya no evocan respuestas inadaptativas; y cuando el paciente está preparado para situaciones futuras similares con un sentimiento de fortaleza y seguridad.

#### **3.2.4. Mecanismos subyacentes al cambio:**

Existen diversas teorías que determinan los mecanismos de cambio de la terapia EMDR, destacando las derivadas de los principios del modelo PAI, así como los intrínsecos al procedimiento de esta terapia. No obstante, no se sabe con exactitud si

las hipótesis propuestas son concluyentes, por lo que es necesario implementar el número de investigaciones que ayuden a delimitar el proceso.

A continuación, se hace una breve descripción de los mecanismos recopilados por los expertos Francise Shapiro y Roger M. Solomon (2008):

### **Modelo de procesamiento adaptativo de la información (PAI):**

Como se intuye en los principios que configuran el procesamiento adaptativo de la información (Shapiro, 2004), hay un sistema que enlaza nuevas vivencias en redes de memoria ya existentes, las cuales son la base de la percepción, las actitudes y el comportamiento. Cuando este sistema de procesamiento congénito trabaja correctamente, las nuevas experiencias se integran y conectan con información relacionada que ya está almacenada en redes de memoria, permitiéndonos darle sentido a nuestra experiencia. Según Shapiro (2001), aquello que es útil se aprende, se guarda en redes de memoria con las emociones apropiadas y queda disponible para guiar a la persona en el futuro.

El problema emerge cuando la experiencia se elabora de forma inapropiada. El modelo PAI de Shapiro (1995, 2001, 2006) sostiene que los sucesos angustiantes quedan almacenados asociados a su estado, manteniéndose congelados en el tiempo en su propia red neural, incapaz de conectar con otras redes de memoria que incluyen información adaptativa. Según la hipótesis de Shapiro, cuando un recuerdo está codificado de forma específica a un estado, excitador y angustiante, las percepciones originales pueden ser desatadas por una serie de estímulos internos y externos, originándose reacciones emocionales, cognitivas y conductuales inapropiadas, así como síntomas manifiestos (ej.: alta ansiedad, pensamientos intrusivos, pesadillas). Por tanto, los recuerdos almacenados disfuncionalmente sientan las bases de futuras respuestas no adaptativas, debido a que las percepciones de las situaciones vigentes están conectadas automáticamente con redes de memoria asociadas, siendo los síntomas actuales consecuencia de la activación de recuerdos que han sido procesados y almacenados de forma impropia.

Tras esta explicación, se entiende que el Modelo PAI no tiene en cuenta la modificación de la valoración cognitiva como algo determinante, enfatizando que el procesamiento supone la integración de “información correctiva” (Foa y Kozak, 1986), es decir, se requiere la existencia de redes de recuerdos positivos para que el procesamiento tenga lugar, ya que desde este modelo, el recuerdo almacenado disfuncionalmente se integra dentro de redes ya existentes que contienen información

adaptativa. Por tanto, la recogida de historia consiste en evaluar si existen las redes positivas e incorporarlas si no existen.

Por otro lado, este modelo también difiere en la visión de la sintomatología actual, ya que no valora las respuestas condicionadas, la reacción emocional actual a un evento pasado, ni la valoración cognitiva de un evento pasado como la principal fuente de disfunción del paciente. Concretamente, se considera que el problema está causado por las percepciones almacenadas fisiológicamente (imágenes, pensamientos, creencias, emociones, sensaciones, olores, etc.) del evento pasado. Por tanto, al contrario que otros modelos, una predicción basada en el fundamento PAI aseguraría que procesar recuerdos principales elimina las percepciones disfuncionales del almacenamiento, ya que el cambio es un subproducto del procesamiento que está causado por el proceso de asociación interna. Desde este modelo, no se cree que el principal agente de cambio sea la exposición prolongada, la atención enfocada y extensa en el evento, ni los cambios en valoración cognitiva (esto no quiere decir que el condicionamiento no exista, ni que las valoraciones cognitivas no sean significativas).

### **Mecanismos sugeridos por los elementos del procedimiento EMDR:**

Según Shapiro (2007), el mecanismo general que subyace al protocolo EMDR coincide con las teorías neurobiológicas de la **reconsolidación de la memoria** (Cahill y McGaugh, 1998; Suzuki et al., 2004), las cuales sugieren que el hecho de acceder a un recuerdo lo vuelve inestable, restableciéndose más tarde de forma diferente, es decir, la reconsolidación altera el recuerdo inicial.

El protocolo EMDR favorece el acceso a la información acumulada de manera disfuncional, estimula el sistema de procesamiento innato a través de procesos y procedimientos estandarizados y posibilita la creación de enlaces a las redes de memoria adaptativas, permitiendo el cambio de las peculiaridades del recuerdo a medida que se transforma en un resultado adaptativo. El registro de las sesiones (Shapiro, 2001, 2002; Shapiro y Forrest, 1997) muestra que el procesamiento de la información se da rápidamente a través de conexiones intrapsíquicas a medida que las emociones, sensaciones y recuerdos salen a la superficie, cambiando con cada tanda de estimulación bilateral. Los mecanismos de acción propuestos comprenden la asimilación de información adaptativa de otras redes de memoria que enlazan con la red en la que se encuentra el evento perturbador que estaba previamente aislado. Después de un tratamiento exitoso, se defiende que el recuerdo ya no está aislado, sino almacenado adecuadamente dentro de una red de memoria más extensa. Por tanto, el

procesamiento conlleva la forja de nuevas asociaciones y conexiones que admiten que ocurra el aprendizaje con el recuerdo almacenado de manera nueva y adaptativa.

Tras explicar la reconsolidación de la memoria como cambio subyacente al proceso de EMDR, a continuación, se hace referencia a los mecanismos específicos que esconden cada fase del procedimiento:

**Durante la fase de evaluación.**

- **Alineación de los fragmentos de recuerdos.**

Se postula que las experiencias que han sido insuficientemente procesadas se almacenan en fragmentos de recuerdo (van der Kolk & Fisler, 1995), por tanto, la alineación de los componentes del recuerdo facilita el procesamiento.

El protocolo EMDR conlleva la extracción de la imagen, la creencia negativa actual, la creencia positiva deseada, la emoción actual y la sensación física. Esta selección del objeto o diana que se va a reprocesar alcanza diferentes partes del cerebro, favoreciendo la activación de diferentes aspectos de la información almacenada disfuncionalmente, ya que se encuentran codificados en diferentes redes de memoria, cada una de ellas con diferentes asociaciones y enlaces (Buckner & Wheeler, 2001; Gottfried, Smith, Rugg, & Dolan, 2004; Shapiro, 1995, 2001).

En la fase de evaluación se alinean estos aspectos principales del recuerdo negativo, lo cual concuerda con el modelo BASK de disociación (en castellano CESC: comportamiento, emoción, sensación y conocimiento) (Braun, 1988). Este procedimiento de reconexión del material perturbador puede ayudar a los clientes a darle un sentido a la experiencia y facilitar el almacenamiento en la memoria narrativa.

- **Reestructuración cognitiva.**

Durante la fase de evaluación, se activa la técnica de reestructuración cognitiva cuando el cliente identifica la atribución negativa y desarrolla la cognición positiva alternativa. Según Beck et al. (1979), reconocer la creencia irracional, reestructurarla y reformularla en una creencia adaptativa puede facilitar el proceso terapéutico. Asimismo, desde el modelo PAI, se infiere que elaborar una asociación preliminar entre la cognición negativa y la información adaptativa que contradice la experiencia negativa facilita el procesamiento posterior por medio de la activación de redes adaptativas relevantes.

A continuación se describen los mecanismos psicológicos y neurológicos activados durante la identificación de la atribución negativa y el desarrollo de la cognición positiva, además de concretar el proceso neurológico activado durante la puntuación de la validez de la cognición positiva y los beneficios de este procedimiento:

➤ *La identificación de la atribución negativa.*

Psicológicamente, el paciente reconoce la irracionalidad de la interpretación cognitiva de esta experiencia y neurológicamente, se activa el área de Broca del hemisferio izquierdo, que ha demostrado activarse funcionalmente cuando se activa el recuerdo traumático (Rauch, et al., 1996), además de la corteza orbito prefrontal izquierda, en la que se organizan las autoafirmaciones semánticas y autoreflexivas (Schore, 1994).

➤ *El desarrollo de la cognición positiva.*

Psicológicamente, introduce información correctora que resulta incompatible con la evaluación original y neurológicamente, activa zonas mediales prefrontales izquierdas y del hemisferio izquierdo del cerebro, que son las que proporcionan capacidades analíticas menos vinculadas a la experiencia basada en lo sensorial y que aportan un modo más simbólico y categórico de procesamiento de la información (van der Kolk, et al., 1997).

➤ *Puntuación de la validez de la cognición positiva (escala VOC).*

En esta fase se pide al paciente que mantenga conscientemente la imagen perturbadora (activando el hemisferio derecho) junto con la cognición positiva (activando el hemisferio izquierdo) y que de una valoración afectiva (activando el área prefrontal). Este procedimiento facilita la habilidad del paciente para conectar el objeto o diana con una creencia más adaptativa, efectuándolo antes de que las emociones perturbadoras asociadas al componente traumático sean estimuladas para reducir la posible interferencia de una activación efectiva intensa (Leeds, 2011).

• **Conciencia somática.**

Orientar la atención del paciente a las sensaciones físicas contribuye a reconocer y diferenciar las percepciones físicas de sus interpretaciones negativas, las cuales evidencian una sobreidentificación con sus emociones/sensaciones. Prestar atención a la sensación física y a la emoción, separándola de la interpretación negativa, ayuda al paciente a reconocer la mutabilidad de la sensación. Esto aumenta su autoconfianza y sentido de dominio (Shapiro, 1995, 2001), que desde el modelo PAI, aumenta la

información positiva codificada en el cerebro disponible para enlazarse con redes de memoria que contienen información almacenada disfuncionalmente.

- **Mindfulness.**

Durante la fase de evaluación, se desarrollan diferentes mandatos con base en los principios del mindfulness o atención plena (“dejar que ocurra lo que ocurra”, “simplemente notar” - Shapiro, 1989, 1995, 2001). Estas instrucciones fomentan el proceso de descentralización o desidentificación, dejando que los pensamientos y emociones negativos sean percibidos como sucesos psíquicos transitorios más que una característica del yo, ayudando al paciente a advertir lo que está sintiendo y pensando, sin juzgarlo (Teasdale, 1997).

Esta separación cognitiva favorece que el paciente mantenga una relación con las experiencias negativas con un campo de conciencia más amplio, lo que incrementa su habilidad de afrontamiento (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) y confianza (Shapiro, 1995, 2001). Desde una perspectiva PAI, esta habilidad es codificada en la red de memoria, aumentando la destreza del paciente a mantenerse presente con un material difícil durante el procesamiento y ofrecer información positiva y adaptativa que está disponible para enlazarse con redes de memoria que contienen información almacenada disfuncionalmente.

### **Durante las fases de desensibilización e instalación.**

- **Efectos potenciales de los movimientos oculares.**

El modelo PAI evalúa los movimientos oculares y otras formas de estimulación bilateral como uno de los elementos que hacen posible el procesamiento de la información. Existen diferentes hipótesis explicativas sobre el mecanismo de acción relacionado con este procedimiento:

- *Hipótesis de la memoria de trabajo (MT):*

Este supuesto mantiene que con la ejecución de la tarea dual atencional que inducen los movimientos oculares, la MT se ve abrumada, permitiendo así el reprocesamiento de los recuerdos con menores niveles de intensidad y valencia negativa. Esta hipótesis se establece con fuerza a partir del estudio de Andrade et al. (1997), pionero en analizar los efectos de EMDR sobre la MT: en una muestra de población no clínica se observa que la realización de tareas viso-espaciales durante el recuerdo reduce la intensidad y emocionalidad de las imágenes asociadas. Más adelante, estos datos se ven respaldados por los estudios de Kavanagh et al. (2001) y

van den Hout et al. (2001), y las revisiones de Hassard (2003) y Gunter y Bodner (2008), concluyendo que la EMDR actúa liberando la capacidad de la MT y que algunos elementos de esta hipótesis cooperan en los efectos del tratamiento con EMDR.

- *Hipótesis de la respuesta de orientación o de investigación.*

Según esta teoría, ante un estímulo ambiental nuevo, se producen cambios (corporales, anatómicos y desincronización de la actividad eléctrica en el cerebro) que aumentan la disponibilidad para responder ante un peligro. En situaciones no amenazadoras, la respuesta de orientación produce una reacción bifásica en la que durante la orientación inicial al nuevo estímulo existe un incremento de la activación, seguido de una evaluación subcortical en el sistema (Siegel, 2007). Cuando la evaluación subcortical indica la ausencia de peligro, la disposición inicial para responder va seguida de una respuesta de desactivación del sistema autónomo. Con estímulos no amenazadores persistentes, el sistema límbico se habitúa rápidamente a la estimulación, lo que lleva a sincronizar las ondas lentas del cerebro y a liberar betaendorfinas, que disminuyen el dolor y aumentan la sensación de seguridad y de bienestar. Un análisis teórico inicial de MacCulloch y Feldman (1996) propone la respuesta de investigación como principal base de los efectos del tratamiento relacionados con la estimulación sensorial bilateral del EMDR. Estudios psicofisiológicos posteriores no sólo muestran que la respuesta investigadora es fundamental en los efectos del tratamiento con EMDR, sino que también indican que la carga cognitiva no es el mecanismo que se encuentra detrás de esos efectos (MacCulloch y Barrowcliff, 2001; Barrowcliff, MacCulloch, Gray, MacCulloch y Freeman, 2001; Barrowcliff, MacCulloch y Gray, 2001). No obstante, este modelo de desensibilización no aborda explícitamente ni la reestructuración cognitiva espontánea observada en el reprocesamiento del recuerdo traumático ni cómo la respuesta de orientación facilita un mayor acceso y la incorporación de respuestas adaptativas siguiendo procedimientos de desarrollo e instalación de recursos (Korn y Leeds, 2002; Leeds, 1998, 2001).

- *Hipótesis del aumento de la comunicación hemisférica (IHC):*

Esta teoría afirma que los movimientos oculares aumentan la conexión interhemisférica y, por tanto, la conectividad neuronal (Nicosia, 1994 y Russell, 1992). Ello aligera la recuperación de información y recuerdos episódicos de la experiencia traumática para su integración en el esquema semántico (Bergmann, 1998, 2001). Siguiendo esta línea de trabajo, Christman, Garvey, Propper y Phaneuf (2003) realizaron un estudio con 280 universitarios que evidenció el potencial de los

movimientos sacádicos horizontales bilaterales para recuperar selectivamente información de la memoria episódica. Estos resultados se han visto apoyados a partir de los datos obtenidos con la utilización de encefalogramas (Propper et al., 2007, Yaggie et al., 2015).

- *Hipótesis del sueño REM:*

Esta hipótesis sostiene que los movimientos oculares imitan los cambios fisiológicos provocados por los movimientos sacádicos durante la fase de sueño REM que facilita la reorganización de los recuerdos traumáticos (Stickgold; 2002, 2008). Se basa en la idea de que los recuerdos episódicos son adoptados e integrados en el esquema de la memoria semántica mientras dormimos, lo cual ha sido respaldado por los resultados de estudios empíricos (Kuiken, Chudleigh y Racher, 2010). Asimismo, a partir del 2008 los estudios de correlatos psicofisiológicos coinciden en que la EMDR activa el sistema autónomo (Sack, Lempa, Steinmetz, Lamprecht y Hofmann, 2008), el sistema colinérgico, e inhibe el sistema simpático, patrón parecido al sueño REM (Elofsson, von Schèele, Theorell y Söndergaard, 2008). Según Aubert-Khalfa, Roques y Blin (2008), tras una sola sesión de EMDR la frecuencia cardíaca y la conductancia de la piel durante el recuerdo se nivela al patrón del relax.

A parte de estas hipótesis, más tarde empiezan a surgir teorías con un claro enfoque neurobiológico de funcionamiento de la técnica (Corrigan, 2002, Stickgold, 2002). Rasolkhani-Kalhorn y Harper (2006) afirman que la despotenciación de sinapsis da lugar a la eliminación o modificación de recuerdos y que su inducción mediante simulaciones de baja frecuencia durante la EMDR sienta la base biológica de sus beneficios terapéuticos. Esta propuesta la han respaldado otros estudios, que han visto que la EMDR aumenta la ocurrencia natural de frecuencias (Harper, Rasolkhani-Kalhorn y Drozd, 2009).

Francise Shapiro y Roger M. Solomon (2008), afirman que todas estas hipótesis predicen los efectos de desensibilización presentes en los estudios. No obstante, es necesaria una investigación complementaria para verificar los verdaderos mecanismos de acción y para establecer si hay interacción entre los mismos. Además, hay estimar la relación entre los cambios y los resultados del tratamiento. Solo la investigación aleatoria controlada, bajo condiciones apropiadas, puede dar luz a estas cuestiones.

### **3.2.5. Aplicación del EMDR:**

Marín et al. (2016) informan que desde su aparición en 1989, el EMDR ha provocado abundante investigación científica. La revisión bibliográfica de esta técnica permite examinar su desarrollo y evolución, donde se advierte un centro de interés por su validación en el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y una rápida extensión de su práctica a otras problemáticas. Su crecimiento se sustenta bajo las manifestaciones de Shapiro (2001), que defiende que casi todos los trastornos podrían tener una causa traumática, diferenciando dos tipos de trauma: los traumas “T” mayúscula, haciendo referencia a situaciones en las que el individuo ha estado expuesto a un peligro de muerte, lo que desemboca en un TEPT y los traumas “t” minúscula, relacionados con hechos, aparentemente, de menor importancia.

Según las conclusiones de Marín et al. (2016), aproximadamente, la mitad de los artículos revisados por este equipo de investigación fueron de carácter teórico y, dentro de los artículos empíricos, predominan claramente los estudios de caso. Sólo el 7% de los estudios fueron ensayos clínicos controlados y aleatorizados en TEPT y el 7% fueron ensayos clínicos controlados y aleatorizados en otras problemáticas.

Asimismo, tras el examen de los estudios sobre la aplicación de EMDR en TEPT, Marín et al. (2016) sostienen su eficacia, no obstante, comentan que no se muestra de forma consistente que sea superior a otros tratamientos certificados para este trastorno o que el tamaño del efecto sea destacable, por ello, sugieren el desarrollo de un mayor número de ensayos clínicos controlados y aleatorizados con seguimientos a largo plazo.

Por otro lado, el uso del EMDR en otros trastornos distintos al TEPT es muy extendido (disfunciones sexuales (Wernik, 1993); pesadillas recurrentes (Pellicer, 1993); trastorno pánico (Goldstein y Feske, 1994); ansiedad exámenes (Bauman y Melnyk, 1994); abordaje del dolor (Hassard, 1995, Hekmat, Groth y Rogers, 1994); ansiedad hablar público (Foley y Spates, 1995); trastornos personalidad (Fensterheim, 1996); coaching en el ámbito laboral (Foster y Lendl, 1996); claustrofobia (Lorh et al., 1996 y Kleinknecht, 1996); juego patológico (Henry, 1996); trastorno dismórfico corporal (Brown et al., 1997); afrontamiento del parto (Taylor, 1998); dependientes a sustancias (Cecero y Carroll, 2000); fobia al dentista inducida (De Jongh, van den Oord y ten Broeke, 2002); trastorno reactivo del apego (Taylor, 2002); problemas de conducta (Soberman et al., 2002); paciente ciego (Tutarel- Kis, lak, 2004); convulsiones psicogénicas (Chemali y Meadows, 2004); trastorno límite de la personalidad (Brown y Shapiro, 2006); fobia a volar (Newgent et al., 2006); migraña

(Konuk et al., 2006); adicción al sexo (Cox y Howard, 2007); síndrome del miembro fantasma (Schneider et al., 2007); fobia a la asfixia (Schurmans, 2007); depresión en adolescentes (Bae et al., 2008); Sindromee de referencia olfativa McGoldrick et al., 2008); trastornos de la alimentación (Bloomgarden y Calogero, 2008); epilepsia y deficiencia intelectual (Rodenburg et al., 2009); problemas de apego (Wesselmann y Potter, 2009); trastorno de despersonalización (Hollander, 2009); pacientes con vaginismo (Torun, 2010); fibromialgia (Kavakci et al., 2010); trastornos depresivos en adultos (Uribe, Ramírez y Mena, 2010); TOC (Nazari, Momeni, Jarianiy Tarrahi, 2011); pacientes con cáncer (Capezzani et al., 2013); ansiedad de separación (Morrissey, 2013); trastorno bipolar (Landin- Romero et al., 2013 y Novo et al., 2014); asperger (Kosatka y Ona, 2014); ansiedad generalizada (Farima, Dowlatabadi y Behzadi, 2015); Paruresis (Park et al., 2016)), incluso, se han realizado adaptaciones específicas del protocolo en ciertos trastornos, entre ellos el TOC (Marr, 2012). No obstante, de nuevo predominan los estudios de caso, siendo reducido el número de ensayos clínicos controlados y aleatorizados por lo que no existe suficiente investigación como para incluir la técnica como tratamiento de elección en las distintas guías clínicas(Marín et al., 2016).

Por último, Marín et al. (2016) advierten que en las exploraciones donde se combina EMDR con tratamientos de primera línea - técnicas menos tradicionales (técnica de conexión centrada, técnica estado del ego o terapia artística; Tripp, 2007; Wade y Wade, 2001; Wheeler, 2000), hipnosis (Phillips, 2001), entrenamiento autógeno ( Hašto y Vojtová, 2013a y b), terapia familiar (Pedone, 2010) y terapia cognitivo-conductual ( Herbert, 2002)-, aumenta la eficacia y, aunque no existen muchos estudios controlados aleatorizados que lo demuestren, los resultados indican que el EMDR potencia el efecto del tratamiento tradicional en todas las problemáticas estudiadas.

Teniendo en cuenta los beneficios, la técnica de EMDR fue recomendada en 2004 como tratamiento efectivo por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y clasificada como categoría A para el tratamiento del trauma por el Departamento de Defensa y Asuntos Veteranos de EE.UU. Asimismo, en 2005, el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) declaró la EMDR como un tratamiento de elección con base empírica. No obstante, a día de hoy se sigue cuestionando la ventaja de aplicar el EMDR como tratamiento. En primer lugar, destaca la falta de validación científica o escasez de ensayos clínicos controlados y aleatorizados; la formación necesaria para la aplicación de la técnica; o el coste de su práctica. En segundo lugar, se señala el afán de expansión

en contra del rigor científico; la comparativa con otras técnicas de dudoso rigor científico (Karatzias et al., 2011); o la adaptación de su protocolo a diversas problemáticas.

### **3.2.6. Correlatos en neuroimagen funcional y estructural.**

Paganiet al. (2015), analizan los resultados de los cambios funcionales y estructurales de la terapia EMDR presentados por diferentes grupos de investigación entre 1999 y 2012. Gracias a las diferentes técnicas de neuroimagen, antes y después del tratamiento del trauma psicológico, los investigadores hallaron cambios significativos en el flujo sanguíneo cerebral, el volumen neuronal, su densidad y las señales eléctricas del cerebro, concretamente en diferentes áreas límbicas, implicadas en el procesamiento de las emociones, y el córtex prefrontal, encargado del desarrollo cognitivo. Asimismo, la monitorización por electroencefalograma (EEG) de las alteraciones neurobiológicas en tiempo real causadas por la desensibilización inducida por movimientos oculares bilaterales durante una sesión terapéutica, evidenció el cambio en la activación máxima desde las regiones límbicas emocionales a las regiones cognitivas corticales del cerebro(Pagani et al., 2012).

Como se puede advertir, tanto la información presentada en condiciones estáticas como dinámicas coinciden en sus resultados. Esto prueba que tras un evento traumático, existe un procesamiento patológico del recuerdo asociado, basado en la reducción del control del córtex prefrontal y el cíngulo anterior sobre la amígdala hiperreactiva. Este fenómeno impide que los recuerdos mórbidos se unan por medio de la corteza del cíngulo anterior al rastro del recuerdo cognitivo y sean almacenados adecuadamente (Harper, Rasolkhani-Kaòhorn y Drozd, 2009). En consecuencia, la estimulación sensorial bilateral del EMDR se relaciona con la despolarización de las sinapsis del sistema límbico, permitiendo que los recuerdos emocionales conservados de manera patológica en la amígdala se desplacen al córtex cerebral, siendo formulados correctamente (Lin, Yeh, Lu yGean, 2003), o dicho de otra manera, gracias al EMDR, la retención del recuerdo del evento traumático puede saltar de un estado subcortical implícito a un estado cortical explícito cambiando la atención emotiva hacia un rol cognitivo y sensorial dominante que procesará la experiencia de manera adaptativa.

Para finalizar, hay que resaltar que el control sobre la amígdala y el aumento de la estabilización de la hiperactivación cerebral patológica ejercido por el funcionamiento del cortex prefrontal tras la aplicación de EMDR, da lugar a la reducción de los síntomas somatosensoriales de ansiedad, obteniendo mejorías clínicas

en aquellos trastornos que requieren mitigar tanto condiciones postraumáticas como situaciones de ansiedad.

### **3.3. TOC y EMDR**

#### **3.3.1. Tratamiento estándar para el TOC.**

Como ya se dijo en el apartado Tratamientos del TOC, la evidencia clínica y científica demuestra que la terapia cognitivo conductual (TCC) en combinación con la terapia farmacológica es el tratamiento que presenta mejores resultados en esta patología. Dentro de la TCC, la investigación disponible indica que la Exposición y Prevención de Respuesta (ERP) es el tratamiento psicoterapéutico de primera línea para el TOC junto con la administración concomitante de la Terapia Cognitiva (TC), que ayuda a mejorar la tolerancia de angustia, las creencias disfuncionales relacionados con los síntomas y la adherencia al tratamiento (McKay et al., 2015); y respecto al tratamiento farmacológico, los datos apoyan la eficacia del tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y la clomipramina a corto y largo plazo y para la prevención de recaídas. (Fineberg et al., 2015).

Tanto la ERP y la TC integran la desensibilización in vivo en el proceso terapéutico como factor principal de efectividad y como elemento esencial en el proceso de terapéutico (APA, 2007; NCCMH, 2006), ayudando a disminuir la valoración negativa de los pensamientos obsesivos y a reducir la frecuencia y/o la duración de las compulsiones y conductas de evitación, objetivos imprescindibles para el éxito del tratamiento a largo plazo en TOC.

No obstante, aunque sea el tratamiento de primera línea en TOC, entre el 15% y el 40% de los pacientes TOC no se benefician significativamente del mismo (NCCMH, 2006). Según Böhm(2015), entre las razones barajadas se expone el alto número de conexiones existentes entre los acontecimientos vitales adversos y/o traumáticos y el TOC (Fricke et al., 2007; Gershuny et al., 2003; Gershuny et al., 2007; citado en Luber, 2015), en los que hay que centrarse durante la terapia para obtener la integración a nivel emocional.

#### **3.3.2. La terapia EMDR y el TOC.**

APA (2014), contempla el EMDR como una variación de la terapia de exposición, sin embargo, existen razones teóricas, observacionales y experimentales que rebaten esta visión (Rogers y Lanius, 2001; Rogers y Silver, 2002), considerando el EMDR una aproximación fundamentada en los principios de procesamiento de

información emocional propugnado por Lang (1977, 1979), Rachman (1980) y Teasdale (1999).

Como se ha expresado en los mecanismos subyacentes al cambio de la terapia EMDR, en la etapa de evaluación de su protocolo, ya está presente la activación de las emociones y sentimientos relacionados con el objeto o diana, que se produce de forma espontánea durante la etapa de reprocesamiento con el implemento de la estimulación bilateral. Según Gershuny et al. (2007), esta activación ayuda a los pacientes TOC a mejorar su regulación emocional, reduciendo la angustia de los eventos críticos de la vida. Con esto en mente, el EMDR puede utilizarse tanto para orientar la obsesión como para superar un trauma relacionado con las compulsiones y/o obsesiones. La reducción de la angustia emocional y la excitación, dotan al paciente de mayor control de la experiencia de exposición (dado que el EMDR se basa menos en el componente verbal). Como consecuencia, esta técnica puede resultar provechosa para aquellos pacientes que no toleran la exposición prolongada, además de para los que tienen dificultad a la hora de verbalizar sus experiencias traumáticas (APA, 2004).

No obstante, alrededor de la terapia EMDR existen más mecanismos de cambio que la parte emocional mencionada, siendo necesaria la totalidad de la técnica para el trabajo con los pacientes con TOC. Entre los objetivos de este tratamiento destacan desbloquear el sistema nervioso para que la experiencia traumática pueda ser procesada de manera adecuada; permitir a estos pacientes observar atentamente la experiencia de sus procesos internos; y apoyar la comprensión y aceptación de las conexiones entre las obsesiones y la angustia emocional (Böhm, 2015).

Los estudios preliminares muestran que la terapia EMDR podría ser una buena terapia complementaria en los tratamientos estándar para el TOC (Bekkers, 1999; Böhm y Voderholzer, 2010).

### **3.3.3. EMDR como coadyuvante en el tratamiento del TOC.**

#### **Investigación.**

A pesar de la rápida extensión de la aplicación del EMDR a los diversos problemas psicológicos (Marín et al., 2016), existe escaso material científico donde se investiga la eficacia de la técnica EMDR para los pacientes con TOC, y su evidencia no está muy clara todavía (Pozza et al. 2014).

Concretamente, la investigación realizada hasta el momento puede clasificarse en estudios donde se utiliza el EMDR en pacientes que no mostraban respuesta al

tratamiento estándar (Bae et al., 2006; Marr, 2012; Farrell et al., 2018), estudios donde se implementa simultáneamente el EMDR y la ERP (Bekkers, 1999; Böhm y Voderholzer, 2010), estudios donde se diferencia el EMDR con farmacoterapia (Nazari et al, 2011) y estudios donde se compara el EMDR con la TCC (Mardens, 2016; Ali et al., 2017).

Haciendo un recorrido cronológico sobre la contribución de la técnica, las indagaciones en este campo comenzaron con informes y presentaciones en conferencias como la de Allemagne en 2009. Por otro lado, entre las primeras investigaciones destacan la de Bae et al. (2006), que presentaron dos casos clínicos de TOC en el que no pudieron demostrar ningún éxito mensurable con EMDR. Los participantes eran dos hombres con un diagnóstico de TOC crónico, que no mostraban respuesta a la intervención farmacológica y psicoterapéutica, a los que se le aplicó el protocolo de EMDR modificado de Parnell (2007). Los síntomas del TOC no mostraron cambios tras el tratamiento.

Seguidamente, Böhm y Voderholzer (2010) describieron la investigación de Bekkers (1999), quien obtuvo una reducción significativa de síntomas en 4 de 5 pacientes compulsivos tratados con EMDR. Sin embargo, estos expertos advierten que, aparte de EMDR, Bekkers realizaba simultáneamente Exposición y Prevención de Respuesta (ERP) en secuencias no declaradas, por lo que no se podía asignar el efecto alcanzado solo a la terapia EMDR. Según Bekkers (1999), el EMDR contribuía al acceso de la emoción y a la creación de nueva información, con vínculos asociativos entre el afecto, las compulsiones, y su propósito aparente, por lo que fue contemplado como un complemento útil en la terapia ERP y no como una terapia independiente.

Teniendo en cuenta esto, Böhm y Voderholzer (2010) investigaron los efectos de la ERP junto al EMDR en tres adultos diagnosticados con TOC mientras recibían 8 y 12 semanas de tratamiento hospitalario. Los dos primeros pacientes recibieron un curso de EMDR o ERP y luego otro curso del tratamiento alternativo, con el fin de evaluar los efectos graduales de cada tratamiento. El Y-BOCS (Goodman et al., 1989) se administró pretratamiento, tras finalizar el primer curso de tratamiento y postratamiento. A continuación se muestra el diseño utilizado con cada participante y los resultados obtenidos:

El primer participante era un hombre de 34 años, con compulsiones de comprobación, que recibió 6 semanas de EMDR, ocupándose de las experiencias traumáticas de abandono durante la infancia, sin tener en cuenta ni los factores desencadenantes actuales o las acciones futuras que se tienen en cuenta con este

tratamiento. En este procedimiento hubo una reducción en las puntuaciones Y-BOCS de 36 a 32. El curso de EMDR fue seguido por la administración de la ERP, con una reducción en las puntuaciones Y-BOCS de 32 a 9. Los efectos se mantuvieron en el seguimiento, y el paciente informó que el beneficio de EMDR había incrementado la percepción de sus compulsiones, lo que resultó en la capacidad de tolerar la terapia de exposición.

La segunda participante era una mujer de 24 años con obsesiones agresivas y sexuales, que recibió en primer lugar 7 semanas de ERP, con una reducción en las puntuaciones Y-BOCS (sólo en el pensamiento obsesivo) de 16 a 12. Seguidamente, se administró 4 semanas de EMDR, centrándose primero en una caída traumática en la infancia, y luego en una imagen obsesiva. Tras el EMDR, su puntuación Y-BOCS (obsesivo) se redujo de 12 a 8. Por otro lado, en el seguimiento, la puntuación de la Y-BOCS aumentó a 11, sin embargo, la paciente informa de un mejor funcionamiento.

El tercer participante era un hombre de 27 años con compulsiones de orden y comprobación, con miedo a perder alguna posesión, que recibió 10 semanas de sesiones que alternaban EMDR y ERP. Este paciente no informó de ningún evento traumático en su vida. Sus sesiones de EMDR no siguieron el procedimiento estándar. En su lugar, se aplicó una estrategia que los autores llamaron “la técnica de absorción EMDR (recurso constructor)” (Böhm y Voderholzer, 2010, p. 180), en la que se implementó el uso de los movimientos oculares mientras el paciente se imaginaba resistiendo exitosamente la compulsión. Su puntuación Y-BOCS disminuyó de 35 pretratamiento a 16 en el postratamiento, con efectos mantenidos en el seguimiento.

Tras los resultados encontrados, Böhm y Voderholzer (2010) recomendaron el uso de EMDR como un método facilitador de la terapia ERP, ayudando al dominio emocional.

Después de esta investigación, es en 2011 cuando aparece el primer ensayo controlado aleatorio para evaluar la terapia EMDR para el TOC (Nazari et al, 2011), donde se asignan al azar 90 pacientes TOC para recibir durante 12 semanas la terapia EMDR o farmacoterapia con Citalopram. Los pacientes fueron evaluados con el Y-BOCS (Goodman et al., 1989) en el postratamiento. Según Nazari et al. (2011), los resultados mostraron una mejora de los síntomas TOC significativamente mayor en los pacientes que recibieron terapia EMDR que en aquellos a los que se le administró el medicamento. Sin embargo, este estudio no evaluó el mantenimiento de los logros del tratamiento en el seguimiento asociado al EMDR, y sobre todo, no comparó el EMDR con las técnicas tradicionales de TCC.

En el año 2012, John Marr sugiere que la técnica EMDR puede ser una estrategia eficaz para el tratamiento de larga duración y los casos graves con TOC. En su estudio adaptó el protocolo EMDR para cuatro pacientes con TOC grave, utilizando dos estrategias diferentes: una retrasa la fase de instalación cognitiva y la otra reproducción mental durante la desensibilización de los factores desencadenantes. Los pacientes recibieron 14-16 sesiones de una hora, sin asignación de tareas. Tras 2 ó 3 sesiones se comunicaron mejoras en los síntomas y las puntuaciones Y-BOCS en el post-tratamiento estaban en el rango subclínico/leve para todos los participantes. Asimismo, durante el seguimiento se mostró el mantenimiento de los efectos del tratamiento.

Por otro lado, Fernandez et al. (2014) describen un protocolo de investigación para un ensayo de resultados comparativos aleatorizados en pacientes hospitalizados en una clínica terciaria en Italia. El estudio tiene como objetivo examinar la eficacia de la combinación de la terapia EMDR y TCC en comparación con la TCC independiente en los resultados primarios (los síntomas del TOC, creencias obsesivas, depresión, ansiedad), los resultados secundarios (predisposición y sensibilidad a la aversión, desregulación emocional, experiencias y síntomas disociativos) y comparar la viabilidad y la aceptabilidad de cada protocolo en términos de desgaste y satisfacción con el tratamiento.

Más tarde, Marsden, Z. (2016) lleva a cabo la primera investigación aleatorizada de 3 pacientes con TOC en la que se compara el EMDR y el TCC. Concretamente, se utilizó el Protocolo EMDR de Fobia Adaptado (Marr, 2012) y se administró la Y-BOCS cada 4 sesiones. En total se recibieron 16 sesiones de una hora cada una, y tras el tratamiento, 2 de los 3 casos mostraron una reducción de más del 50% en las medidas psicométricas validadas, con síntomas por debajo del corte diagnóstico. El último caso comenzó el tratamiento por debajo del punto de corte diagnóstico y mostró una ligera mejoría. Durante el seguimiento se mantuvieron los efectos del tratamiento.

Por último, destacan las investigaciones de Ali et al. (2017) y Farrell et al., 2018. En la primera de ellas se realizó un ensayo controlado aleatorio que comparó la terapia EMDR y la Terapia Cognitivo Conductual para el TOC. En concreto 55 pacientes con este trastorno fueron asignados al azar para recibir una de las dos terapias, EMDR o TCC. Ambos tratamientos tenían resultados clínicos comparables y no se encontraron diferencias significativas después del tratamiento a los 6 meses seguimiento. Por otro lado, en la segunda investigación realizó un estudio de serie de casos para exploró el impacto de la Terapia EMDR en 8 pacientes con TOC que no respondieron al tratamiento tradicional. Los resultados indicaron un efecto de tratamiento prometedor,

reduciendo la ansiedad, la depresión, obsesiones, compulsiones y niveles subjetivos de perturbación.

Como se ha podido observar a lo largo del recorrido cronológico sobre la contribución de la técnica EMDR al tratamiento TOC, los únicos estudios donde se implementa simultáneamente el EMDR y la ERP son en los realizados por Bekkers (1999) y Böhm y Voderholzer (2010). Asimismo, Fernandez et al. (2014) describen un protocolo para llevar a cabo un ensayo de resultados comparativos aleatorizados, del que no se tienen resultados. Con ello se advierte que el material de investigación que hace referencia al EMDR como coadyuvante en el tratamiento estándar del TOC es casi inexistente. Los resultados apuntan que esta terapia es un método facilitador de la ERP, no obstante, se requiere ampliar la investigación a muestras representativas para poder concluirlo.

### **Secuencia cronológica de la terapia TCC con EMDR.**

Según Böhm (2015), es importante elegir bien la secuencia cronológica de la terapia TCC y EMDR, ya que el principal objetivo terapéutico es alcanzar la motivación del paciente para tomar el riesgo de no hacer la compulsión.

La experiencia clínica muestra que los estilos de personalidad pueden ser una guía para tomar esta decisión. Los estilos con más relevancia observados en pacientes con TOC son el ansioso y temeroso y el narcisista. Por un lado, las personas con un *estilo de personalidad ansioso y temeroso* carecen de motivación para tomar riesgos, así que primero se reduce la angustia emocional con la terapia EMDR, abordando más tarde los problemas con el trabajo in vivo; por otro lado, las personas con un *estilo de personalidad narcisista*, están motivadas para tomar un riesgo, trabajando primero in vivo, con ERP y/o TC (Böhm, 2011). La regulación de las emociones a través de la terapia EMDR se realiza después.

Tras esta primera toma de contacto, en el proceso de tratamiento continuado, la terapia EMDR y el tratamiento estándar se utilizan de manera alterna.

### **Protocolo de la terapia EMDR en TOC.**

El uso de la terapia EMDR en pacientes con TOC sigue el protocolo estándar de ocho fases, no obstante, existen pequeñas modificaciones. A continuación, se redactan las particularidades de la secuenciación estándar del tratamiento con EMDR para el TOC (Böhm, 2015):

## **Fase 1: Historial del cliente**

En esta fase se recopila información sobre diferentes factores médicos y personales, especificando el tipo de TOC y su severidad, definiendo las obsesiones y compulsiones en detalle, identificando posibles traumas y enfermedades comórbidas, estableciendo si la capacidad de regulación está afectada y distinguiendo la motivación para el tratamiento. Para finalizar la fase, conjuntamente, el terapeuta y el paciente determinan un plan de tratamiento.

A continuación, se expone de forma detallada los elementos que integran esta primera etapa:

- *Determinar el tipo de TOC y su severidad:*

En primer lugar, se analiza si el paciente cumple los criterios para el diagnóstico del TOC (Anexo A; DSM5, 2013).

En este apartado, Böhm (2015) advierte que en la terapia EMDR el terapeuta debe ser capaz de diferenciar perfectamente entre las obsesiones y compulsiones, ya que la atención se centrará en las obsesiones como objetivo.

- *Determinar las obsesiones y compulsiones en detalle.*

Esta primera fase, se utiliza para distinguir de forma más clara las obsesiones y compulsiones, lo que permite implementar el entendimiento del paciente sobre el procedimiento compulsivo.

- *Identificar posibles traumas y enfermedades comórbidas.*

Para ello se realiza una línea temporal (Hofmann y Luber, 2009) y se usan diferentes pruebas, entre ellas la Escala obsesivo-compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS), para cuantificar la gravedad del trastorno (antes y después del tratamiento), el Inventory de Depresión de Beck II (BDI-II) y la Escala Diagnóstica de Estrés Posttraumático (PDS; Böhm y Voderholzer, 2010) para obtener más información sobre el TOC y síntomas y enfermedades comórbidas. También se mide la disociación, utilizando la Escala de Experiencias Disociativas II (DES II), ya que una puntuación alta podría cambiar el orden cronológico del Protocolo EMDR.

- *Identificar si la capacidad de regulación está afectada.*

En el proceso terapéutico hay que hacer frente a la falta de autorregulación emocional, ya que potencia la sintomatología TOC.

Cuando la autorregulación emocional está afectada, las emociones que más expresan estos pacientes son ansiedad, disgusto, vergüenza, culpa, fracaso, soledad, vacío interior, aburrimiento e ira. Es útil entender cómo se enfrentan a estas emociones; también se delega la responsabilidad de las situaciones intrapsíquicas e interpersonales, con el fin de obtener una sensación de estabilidad intrapsíquica. Esto produce incapacidad de afrontar las emociones negativas y los incidentes tempranos relacionados con las obsesiones y compulsiones, creando un bloqueo en los pacientes que intentan nuevos comportamientos. Por tanto, el terapeuta debe hacerle entender al paciente que asumir la responsabilidad de su proceso terapéutico forma parte del propio método.

Por otro lado, hay que examinar los altos estándares morales. A menudo, estas normas compensan la falta de autoestima, dando al paciente un sentido de propósito y control, pero de una forma disfuncional. En las primeras etapas del tratamiento es necesario desafiarlas, con el fin de ayudar a los pacientes a atender su diálogo interno, cuestionándolo y asumiendo la responsabilidad de ello.

Por último, es indispensable buscar déficits en las habilidades interpersonales, conflictos y conexiones. Las obsesiones y compulsiones pueden utilizarse para regular las interacciones sociales, controlando la cercanía y la distancia, encontrando una salida a la agresión reprimida contra los demás, tratando con el conflicto y su resolución, manejando los déficits sociales y las dificultades o logrando algo que pueda ser admirado por los demás, entre otras cosas. Si este es el caso, es imprescindible mejorar las habilidades sociales del paciente. Asimismo, para el seguimiento del proceso terapéutico y la relación terapéutica, Böhm (2015) señala la necesidad de entender la dinámica de estos conflictos.

➤ *Identificar motivación para el tratamiento.*

En esta fase, hay que conocer la motivación que tiene el paciente para comenzar el tratamiento, el tipo e intensidad del sufrimiento y la existencia de situaciones sociales actuales que puedan afectar al TOC o viceversa. Böhm (2015) manifiesta la necesidad de construir una relación terapéutica de apoyo en la que los pacientes puedan discutir sus dificultades y mostrar sus sentimientos para incrementar la motivación y efectividad del tratamiento.

➤ *Determinar un Plan de Tratamiento.*

El plan se desarrolla conjuntamente con el paciente y puede cambiar a lo largo del tratamiento si es necesario. Éste siempre incluye EMDR y exposición, y la secuencia puede empezar así:

- *Plan de tratamiento A:* para pacientes motivados a arriesgarse y que necesitan experimentar el éxito. Se comienza con el abordaje en vivo, por ejemplo, ERP o la TC (Böhm, 2011), seguido de la regulación emocional a través de EMDR.
- *Plan de Tratamiento B:* para pacientes sin objetivos, que no saben lo que están “combatiendo”. Se empieza con EMDR, y las primeras sesiones se centran en construir objetivos convincentes, además de crear la disposición suficiente como para asumir los riesgos que le permitan alcanzarlos. Tras la mejora de las estrategias de regulación emocional, los paciente abordan los problemas con el trabajo in vivo como segundo paso.

**Fase 2: Preparación**

En esta etapa, se prepara al paciente para el uso de la terapia EMDR y se confirma su estabilidad para trabajar con este método:

➤ **Paso 1: Comprobar la estabilidad.**

El terapeuta se asegura que el entorno social no está cambiando demasiado durante el tratamiento, ya que esto proporciona una excusa para que el paciente no trabaje en el TOC. Además, se instala un “lugar seguro” imaginario y se ponen en marcha diferentes recursos.

➤ **Paso 2: Aplicar psicoeducación.**

El terapeuta ayuda a los pacientes a entender por qué se va a utilizar la terapia EMDR y la desensibilización in vivo, además de argumentar la implicación de estos protocolos. De este modo, el paciente mantendrá una sensación de control y estará más receptivo al tratamiento. Asimismo, para familiarizar al paciente con el procedimiento EMDR y la estimulación bilateral, se realizará un ejercicio práctico sin contenido, dando mayor seguridad al paciente a la hora de enfrentarse con la imagen y/o evento de la vida real de mayor carga emocional.

➤ **Paso 3: Selección de objetivos o dianas.**

El terapeuta informa a los pacientes acerca de la especificidad de trabajar con la terapia EMDR y se decide conjuntamente qué objetivos se van a procesar con este

método. El objetivo se decide en base a la activación de la carga emocional que genera la imagen o experiencia en el paciente (Böhm, 2011), es decir, el objetivo con puntuaciones más altas en las unidades subjetivas de perturbación (SUD) será elegido.

Entre los objetivos que pueden utilizarse con los pacientes TOC se encuentran el recuerdo traumático; el peor escenario que podría ocurrir cuando el paciente se encuentra en una situación obsesiva y no puede utilizar nada para manejar las emociones, centrándose en las consecuencias o visión de futuro; imágenes mentales de carácter automático e intrusivo que ocurren sin pensamientos obsesivos; el bloqueo imaginario de la acción compulsiva en una situación que desencadena las obsesiones y ansiedad elevada; una situación o estímulo imaginario desencadenante de la obsesión, para posteriormente pedirle al paciente que resista la compulsión; y una situación de activación real en la que se experimente la necesidad urgente de neutralizar la obsesión.

### **Fase 3: Evaluación**

En esta fase hay que implementar el plan de tratamiento (A o B). Böhm (2015) advierte que, mientras se trabaja con la desensibilización en vivo, hay que asegurarse que el paciente practica sus respuestas en situaciones disparadoras reales sin utilizar el comportamiento compulsivo o de evitación. Incluso, durante la fase de tratamiento EMDR, es necesario verificar que el paciente continúa con la desensibilización in vivo por su cuenta.

Concretamente, esta fase centra su atención en el proceso de la terapia EMDR, y tras establecer el objetivo o diana que se va a trabajar, se obtiene la cognición negativa (CN), que es la representación del pensamiento obsesivo central subyacente. Es importante que este pensamiento sea generalizable. Los pacientes con TOC, a menudo informan de pensamientos obsesivos que son demasiado específicos (ej.: “la estufa todavía está encendida”), en este caso, el terapeuta tiene que ayudar al paciente a verbalizar el pensamiento obsesivo subyacente y generalizable (ej.: “soy peligroso”).

Cuando se trabaja con estos pacientes, el terapeuta se encontrará dos categorías principales de CN en materia de seguridad: “Soy peligroso” (ej.: “voy a apuñalar a mi hijo”) o “estoy en peligro” (ej.: “las bacterias me matarán”); algunos pacientes tienen ambas. Si éste es el caso, hay que centrarse en la más fuerte o ir a cuestiones de autoconfianza (“no valgo nada”) o de dominio de control (“no tengo control”).

Tras obtener la CN, el terapeuta ayuda al paciente a encontrar una convicción más adaptativa y alternativa a la CN, conocida como cognición positiva (PC).

#### **Fase 4: Desensibilización**

En esta fase se reprocesan todos los objetivos o dianas con estimulación bilateral. Si no existe ningún bloqueo en el paciente, se sigue el protocolo estándar de la técnica; si por el contrario, el paciente tiene la necesidad de parar el proceso, se activa el entrecruzado orientado a los detalles.

En muchas ocasiones, los pacientes TOC tienen la necesidad de satisfacer y/o “hacerlo todo bien”, por lo que intentan seguir el proceso terapéutico a la perfección. La presión de no fallar dirige toda la atención a ese miedo, dando como resultado la incapacidad de seguir con el proceso o el efecto bucle, saltando de una imagen mental a otra sin llegar a ninguna parte. En este caso, se utiliza el entrelazado orientado al detalle, o lo que es lo mismo, la descripción objetiva de la imagen del objetivo o diana sin mencionar ningún pensamiento, emoción o sensación corporal. El proceso terapéutico se simplifica y los pacientes tienen la sensación de que pueden tener éxito en la terapia EMDR y cumplir con las demandas terapéuticas, impulsándose el procesamiento (Böhm, 2011). Si este método no ayuda, de manera alternativa se pide al paciente que se orienten en el tiempo presente, describiendo detalladamente una imagen de la sala (ej.: un cuadro), para luego volver a reprocesar el objetivo o diana.

Según Böhm (2015), la experiencia evidencia que el efecto bucle no tiene un desenlace positivo. Si éste continúa, los pacientes suelen sentirse culpables, un sentimiento con el que están muy familiarizados en la vida real, por lo tanto, es imprescindible que durante el proceso EMDR no vuelva a producirse la misma experiencia, este método debe crear una experiencia que ayude a los pacientes a reducir la angustia y el miedo.

**Fase 5: Instalación** (Sigue el protocolo estándar de EMDR).

**Fase 6: Escáner corporal** (Sigue el protocolo estándar de EMDR)

**Fase 7: Cierre**

Cada sesión debe ser cerrada. El terapeuta debe pensar en el plan de tratamiento y los posibles cambios para la próxima sesión, trabajando con el objetivo hasta que esté procesado por completo o eligiendo el próximo objetivo con el paciente.

En el Anexo B del presente documento se adjunta el guión del protocolo de la terapia EMDR en TOC (Böhm, 2015; citado en Luber, 2015, pág 108) y en el Anexo C, una hoja resumen del registro (Böhm, 2015; citado en Luber, 2015, pág 129).

## **4. Metodología.**

Para la realización de este trabajo se extrajo información de distintas fuentes bibliográficas, las cuales están expuestas en el apartado de referencias del presente documento. La búsqueda de las mismas se efectuó a través de la Biblioteca Virtual de UNIR y en diferentes bases de datos bibliográficas, como Proquest Central, Google Académico, PsycNET, Dialnet y Scielo.

## **5. Discusión.**

Tras examinar los mecanismos subyacentes al cambio de la técnica EMDR, analizar los resultados sobre la eficacia de esta técnica en los pacientes con TOC y centrar la atención en las únicas investigaciones que existen hasta el momento de EMDR como coadyuvante en el tratamiento estándar del TOC (Bekkers, 1999; Böhm y Voderholzer, 2010), se advierte que el EMDR es un método facilitador de la terapia ERP. Concretamente, su contribución al dominio emocional disminuye la angustia de la sintomatología TOC y facilita la exposición. Los pacientes lo experimentan como un método útil y motivador (Böhm y Voderholzer, 2010). No obstante, como se puede observar a lo largo de la recopilación bibliográfica, el material de investigación que trata la terapia EMDR como coadyuvante en el tratamiento estándar de TOC es prácticamente inexistente, por lo que se requiere ampliar la investigación en este campo si se quiere contrastar de manera fehaciente su efectividad en estos pacientes y ser considerado un tratamiento de referencia. Para ello, desde este trabajo se impulsa como propuesta de investigación, por un lado, ampliar el estudio a muestras representativas, y por otro, realizar un examen comparado con el resto de terapias de la Tercera Ola, confrontando su efectividad. Ambos requisitos, permitirían generalizar los resultados encontrados y otorgar al paciente un tratamiento con mejores garantías científicas. Este último aspecto es un factor esencial dado el malestar del que informan los pacientes con TOC y la alta proporción de pacientes que no se trata, abandona el tratamiento, no mejora o recae (Diefenbach et al., 2007; Marcks et al., 2011; Lack, 2012; Matsunaga, 2013). El avance en la intervención ofrecida a estos pacientes se torna imprescindible a día de hoy, por ello, los especialistas deben centrar sus esfuerzos en mejorar el tratamiento suministrado.

## **6. Conclusiones y prospectiva.**

A pesar del creciente interés en el uso de la técnica EMDR para el tratamiento de pacientes con TOC, existe información limitada sobre su eficacia y el mantenimiento

del beneficio terapéutico tras el tratamiento. Falta investigación que evalúe la capacidad de esta técnica para abordar los factores de vulnerabilidad y mantenimiento específico del TOC o investigar qué dimensiones del TOC podrían ser específicamente objetivo de este enfoque. No obstante, se cree que la técnica de EMDR podría ser una estrategia de tratamiento eficaz como coadyuvante a la TCC para los casos complejos que abandonan el tratamiento, no mejoran o recaen, dada las cualidades que se le atribuyen a su mecanismo subyacente, destacando la regulación emocional. Los estudios de Bekkers (1999) y Böhm y Voderholzer (2010), reparan en que este método favorece el efecto conseguido por la terapia ERP, mostrando tasas de deserción más bajas y una mayor motivación.

Según Böhm (2015), para un progreso óptimo en el tratamiento del TOC, se requiere tanto de la desensibilización *in vivo* como del reprocesamiento de los incidentes tempranos asociados al TOC. Gracias a los ejercicios prácticos del tratamiento estándar, los pacientes aprenden a dejar sin hacer las compulsiones y a resistir la realización compulsiva de rituales en situaciones de la vida real, y con la ayuda del EMDR, los aspectos emocionales de los problemas son integrados mejor, así que estos pacientes son capaces de transferir sus aprendizajes emocionales a la vida cotidiana, tolerando su angustia emocional.

Falta mucha investigación, pero los datos apuntan a que esta línea de estudio puede contribuir a la mejora del abordaje terapéutico en pacientes con TOC, mejorando la carga personal y el sufrimiento psicológico de los damnificados que no se benefician del tratamiento estándar, por ello, desde el presente trabajo se fomenta que los investigadores aúnen sus esfuerzos para seguir en esta vía.

## **7. Anexos.**

### **Anexo A**

**Criterios diagnósticos del Trastorno Obsesivo Compulsivo, DSM-5 (APA, 2013).**

- A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las **obsesiones** se definen por:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las **compulsiones** se definen por:

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

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

- A. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en los social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- B. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal;

dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos de la conducta alimentaria; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafílicos; impulsos, como en los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista).

Especificar si:

- **Con introspección buena o aceptable:** El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas, o que pueden ser ciertas o no.
- **Con poca introspección:** El sujeto piensa que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son probablemente ciertas.
- **Con ausencia de introspección/con creencias delirantes:** El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

Especificar si:

- El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics.

## **Anexo B**

**Guión del protocolo de la terapia EMDR en TOC (Böhm (2015), citado en Luber, 2015, p. 108).**

### **Fase 1: Historia del cliente**

*Para encontrar obsesiones, pregunte lo siguiente:*

- “¿Tiene pensamientos/imágenes mentales o ideas que son repetitivas/o no puedes dejar de pensar en ellas?”
  - Si no es así, vaya al siguiente apartado sobre compulsiones.
  - Si es así: "Cuéntame sobre eso".

*Para averiguar la gravedad:*

- “Aproximadamente, ¿cuánto tiempo pasa al día centrado en esos pensamientos/imágenes mentales o ideas repetitivas?”

*Para investigar las compulsiones, pregunte lo siguiente:*

- “¿Qué compulsiones o comportamiento/pensamientos repetitivos experimenta?”
  - Si el paciente revela compulsión: "Cuéntame sobre eso."

*Preguntar si le hace sentir seguridad:*

- “¿Te hacen sentir más seguro?”

*Para averiguar la gravedad:*

- “Aproximadamente, ¿cuánto tiempo pasa durante el día realizando esas compulsiones?”

*Detallar las obsesiones y compulsiones:*

- “Es importante que sepa distinguir entre sus obsesiones y compulsiones (si el paciente presenta ambas). ¿Cuáles son exactamente sus obsesiones y compulsiones? Haga una diferenciación.”
- “¿En qué situaciones se producen sus obsesiones y/o compulsiones?”
- “Describa la situación y objetos relacionados.”
- “Por favor, ponga estas situaciones en un orden que muestre la gravedad entre cero y cien.”

*Identificar posibles traumas y comorbilidad:*

- “¿Sufre de otros síntomas o problemas?”
  - Si es así: "Cuéntame sobre eso."

- “¿Las obsesiones y/o compulsiones comenzaron con un evento traumático o no tuvo ninguna experiencia traumática en su vida?”
- “¿Cómo ha estado tratando con su obsesión(es) y/o compulsión(es)?”

*Establecer una línea temporal (Hofmann & Luber, 2009):*

- “Hoy voy a pedirle que rememore los mejores y peores recuerdos conectados a los pensamientos obsesivos o los comportamientos compulsivos que ha tenido, y vamos a ponerlos en esta tabla. Podemos comenzar con unos cinco, y si hay más o menos, está bien. ¿Dónde le gustaría empezar?”
- “¿Cuál es el primer (peor o mejor) recuerdo que puede rememorar a lo largo de la línea temporal de su vida? No tiene que entrar en todos los detalles porque vamos a hacer eso más tarde “.
- “¿Qué edad tenía usted cuando tuvo esa experiencia (peor o mejor)?”

*Sólo pedir la escala SUD para los peores recuerdos:*

- “En una escala de 0 a 10, donde 0 es calma o ausencia de perturbación, y 10 es la mayor perturbación que se puede imaginar, ¿cómo se siente ahora?”  
 (Sin perturbación) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Perturbación más alto)

*Crear un mapa de memorias positivas y negativas con el paciente:*

- “Ahora que hemos hablado de los recuerdos más importantes de su vida, vamos a crear un mapa. Podemos poner los recuerdos positivos en la parte superior de la línea temporal de la 'edad' y los peores recuerdos bajo la línea. Lo encuentro muy útil para ver los eventos más importantes en la vida de una persona a lo largo de la línea temporal. ¿Dónde le gustaría empezar?”
- “¿Tiene algún pensamiento sobre la línea temporal de su vida ahora que podemos verla?, ¿qué opina sobre lo que ha sucedido en su vida?”
- “¿Hay algún tema en particular que le parezca más claro ahora que puede 'ver' frente a usted los recuerdos importantes de su vida?, ¿hay algo importante que le llame la atención?”

*Identificar cómo de afectada está la capacidad de regulación:*

- “Normalmente, ¿qué emociones percibe cuando está experimentando...(indicar la/s obsesión(es) y/o compulsiones)?”
- “En general, ¿cómo maneja las emociones negativas?”
- “A qué o a quién atribuye las emociones negativas que experimenta?”
- “¿Cómo maneja las emociones negativas en una situación que desencadena el TOC?”

**Nota:** El contenido de las obsesiones a menudo tiene que ver con problemas de agresión, religión / blasfemia, y la sexualidad. Cuanto mayor sea la referencia moral, mayor será la angustia causada por el pensamiento.

- “Hábleme de sus opiniones respecto a la agresión, religión/blasfemia, y sexualidad. ¿Qué tipo de normas morales tiene con respecto a... (indicar el pensamiento obsesivo del paciente)?”
  - Si son altos: "Cuéntame sobre eso."
- “¿Contempla aprender cómo modificar estos altos estándares que tiene?”
- “¿Cómo afectan a sus interacciones sociales las obsesiones y compulsiones?”
- “¿Le ayudan a manejar las situaciones sociales y/o le hacen sentir más poderoso?”

*Identificar la motivación para el tratamiento:*

- “¿Cuáles son las consecuencias de sus pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos? Por favor, piense en las consecuencias a largo y corto plazo, ya sean positivas o negativas”.
- “¿Cómo... (indicar la obsesión o compulsión) le impacta en su vida diaria?”
- “¿Cuál es su motivación para esta terapia?”
- “¿Cómo te afecta el TOC?”
- “¿Cuánto está sufriendo a causa del TOC?”
- “¿Cómo afecta el TOC a sus interacciones sociales?”
- “¿Otros están afectados por tu TOC?”
- “Si no tuviera TOC, ¿cómo sería de diferente su vida?”
- “¿Tiene alguna preocupación acerca de nuestra relación terapéutica?”
- “¿Cuáles son sus objetivos para el tratamiento? Por favor, detállemelos.

*Determinar un Plan de Tratamiento:*

- “En base a lo hablado con respecto a su TOC, vamos a hacer un plan de tratamiento juntos, determinando cómo trabajar para tratar su TOC. Nuestro objetivo debe ser la reducción a largo plazo de su... (indicar la obsesión/o compulsión). Para esto, es necesario trabajar la combinación de sus emociones y acontecimientos vitales utilizando la terapia EMDR, y trabajando sobre la conducta en sí misma, utilizando la desensibilización en vivo.”

- Si se utiliza el tratamiento A, decir lo siguiente:

- A. “Para construir el mejor plan de tratamiento, le sugiero que empecemos con un ejercicio llamado desensibilización in vivo donde se va a enfrentar a una situación diana u objeto sin usar sus conductas compulsivas o evitativas. Me gustaría empezar con algo de

dificultad media. Después de hacer estos ejercicios, utilizaremos la EMDR para procesar las emociones y conflictos que subyacen a tu TOC. ¿Esto tiene sentido para ti?"

- B. "¿Tiene alguna pregunta al respecto?"
- Si se utiliza tratamiento B, decir lo siguiente:
  - A. "Con el fin de construir el mejor plan de tratamiento para usted, le sugiero comenzar con sesiones de EMDR que nos ayuden a encontrar más información acerca de sus objetivos y emociones. Con EMDR, es útil comenzar con la situación más difícil analizada anteriormente, para luego centrarnos en la desensibilización en vivo. Al utilizar la desensibilización en vivo, se enfrentará a una situación diana u objeto sin activar sus conductas compulsivas o de evitación. ¿Tiene esta secuencia sentido para ti?"
  - B. "¿Tiene alguna pregunta al respecto?"

**Nota:** En la mayoría de los casos, el plan A es utilizado. El plan de tratamiento B se indica si el paciente carece de objetivos y auto-confianza. Asegúrese de que su plan de tratamiento incluye la desensibilización en vivo después de trabajar con EMDR.

## **Fase 2: Fase de preparación**

### **Paso 1: Controlar la estabilidad.**

- "Por favor, imagine un lugar seguro. Cuéntame sobre eso."

### **Paso 2: Aplicar psicoeducación y EMDR.**

- "A lo largo del procesamiento EMDR, vamos a detener y examinar el objetivo o diana de vez en cuando. En cualquier momento, usted puede controlar la situación levantando la mano para hacerme saber que desea parar. También voy a pedirle que usted asuma la responsabilidad de informarme sobre cualquier sentimiento o imagen que aparezcan cuando nos detengamos. Necesito una retroalimentación breve y precisa, en una o dos frases. Le preguntaré lo que está experimentando en ese preciso instante -a veces sentirá un cambio, otras no lo hará. Trate de describir con la mayor precisión posible, lo que está experimentando en ese momento, pero sin evaluarlo. Es importante permitir que lo que está sucediendo pase. A continuación, utilizaremos la estimulación bilateral un rato, para más tarde hablar de ello. Quiero que se sienta cómodo. Si siente alguna molestia, levante la mano como señal de parada en cualquier momento. Antes de comenzar, probaremos un ejercicio que le dará un ejemplo de cómo funciona el método EMDR".

**Paso 3:** Haga la selección del objeto o diana.

**Nota:** Hacer la selección de objetivos en la Fase 2 en lugar de en la 1 es necesario porque, con los pacientes TOC, se requiere ampliar la recopilación y preparación de información.

- “Basándote en nuestro trabajo, ¿cuáles son las situaciones o imágenes más difíciles? Pueden ser del pasado, presente o futuro, relacionadas con el TOC o no. Hábleme de ellas.”

Los siguientes tipos de objetivos pueden ser obtenidos a partir de los pacientes TOC:

➤ *Recuerdo traumático:*

- “¿Dónde y cuándo ocurrió por primera vez el... (indicar la/s obsesión/es)?”
- “Basándose en la línea del tiempo que ha realizado, es útil observar los peores incidentes de su vida. ¿Cuál tiene el mayor SUD para usted?”
- “En una escala de 0 a 10, ¿cómo de fuerte era el deseo de seguir ese... (indicar el objetivo o diana)?”

(Ningún deseo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Deseo más alto)

➤ *El peor escenario:*

- “¿Qué es lo peor que podría suceder, si no se utiliza el comportamiento compulsivo o evitación en una situación obsesiva? Cuéntamelo en detalle”.
- “Está bien. Si esto es lo peor que podría suceder, ¿qué pasaría después?”
- “Está bien. Incluso después de la muerte, ¿qué cree que pasaría con esto?”
- “En una escala de 0 a 10, ¿cómo de fuerte era el deseo de seguir ese... (indicar el objetivo o diana)?”

(Ningún deseo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Deseo más alto)

➤ *Imágenes mentales obsesivas desastrosas:*

- “¿Cuál es la peor escena o imagen mental que tenía con respecto a sus pensamientos obsesivos? Cuéntemelo con detalle”.
- “En una escala de 0 a 10, ¿cómo de fuerte era el deseo de seguir ese... (indicar el objetivo o diana)?”

(Ningún deseo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Deseo más alto)

➤ *Bloqueo imaginaria de la acción compulsiva:*

- “Por favor, imagina estar en una situación detonadora del TOC, pero el uso de la compulsión no es posible. Vamos a buscar un ejemplo para esto. ¿Tienes uno?”
- “¿Qué imagen es la más difícil de esa escena?”
- “En una escala de 0 a 10, ¿cómo de fuerte era el deseo de seguir ese... (indicar el objetivo o diana)?”

(Ningún deseo) o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Deseo más alto)

➤ *Situación detonante imaginaria:*

- “¿Cuál es la peor situación obsesiva detonante que despierta su angustia y ansiedad? Puede ser algo que sucedió en el pasado, o se podría imaginar en el futuro. Cuéntemelo con detalle”.
- “Por favor, imagine resistir el impulso de... (indicar el ritual usado)”.
- “¿Cuál sería la peor escena asociada a esa situación que puede imaginarse?”
- “En una escala de 0 a 10, ¿cómo de fuerte era el deseo de seguir ese... (indicar el blanco)?”

(Ningún deseo) o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Deseo más alto)

➤ *Situación detonante real:*

- “¿Tiene una situación detonadora u objeto que pueda ver en esta sala? Es decir, ¿hay algo por aquí que desencadene su TOC? Cuéntemelo con detalle”.
- “En una escala de 0 a 10, qué tan fuerte era el deseo de seguir ese... (indicar el objetivo o diana)?”

(Ningún deseo) o 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Deseo más alto)

La imagen objeto para el procesamiento EMDR es la que despierta en los pacientes más ansiedad y angustia, y desencadena sus obsesiones y/o compulsiones.

- “¿Qué imagen representa la parte más inquietante de... (indicar el problema)?”
- “¿Está bien para empezar a trabajar con este objetivo o diana?”  
(Asegúrese de obtener el consentimiento).

En general, cuando se trabaja con pacientes que sufren TOC, es importante destacar que, aunque requieren una cierta cantidad de control, también necesitan asumir la responsabilidad de sus propias acciones.

- “Para lograr el objetivo de disminuir y/o eliminar el TOC, es muy importante que aprenda a manejar las imágenes, pensamientos,

emociones, sensaciones, sucesos traumáticos olvidados, o momentos angustiosos que se van a aparecer. ¿Estaría dispuesto a asumir esta responsabilidad?”

- ✓ Si dice que no, expresar lo siguiente: “Vamos a trabajar en ello. ¿Qué necesita para asumir ese riesgo?”

## ***Fase 3: Evaluación***

La desensibilización en vivo debe ser implementada como se ha descrito anteriormente (Plan de tratamiento en la Fase 1: A o B).

- “Antes de empezar a utilizar hoy el método de EMDR, ¿qué ejercicios hizo entre sesiones? Cuénteme.”

- *Selección del objetivo o diana.*

En la Fase 3, siga el protocolo EMDR estándar con el objetivo elegido en la Fase 1 o 2. Esta es la situación de la vida real o imagen mental que despierta la mayor angustia del paciente, es decir, la que tiene la SUD más alta, y dispara los pensamientos obsesivos del paciente y/o comportamientos compulsivos.

- “¿Qué imagen representa la parte más perturbadora de este objetivo?”

- *Obtención del CN y CP.*

Para los pacientes con TOC, la CN es una representación de la idea central que subyace al pensamiento obsesivo. Es importante que este pensamiento obsesivo sea generalizable. Los pacientes a menudo informan de pensamientos obsesivos que son demasiado específicos (ej.: “la estufa todavía está encendida”). En ese caso, el terapeuta tiene que ayudar al paciente a verbalizar el pensamiento obsesivo subyacente y generalizable (ej.: “soy peligroso”).

Cuando se trabaja con pacientes TOC, el terapeuta se encontrará dos categorías principales de CN en materia de seguridad: “Soy peligroso” (ej.: voy a apuñalar a mi hijo) o “estoy en peligro” (ej.: las bacterias me matarán); algunos pacientes tienen ambas. Si es éste último, toma la más fuerte o ve a un asusto de autoconfianza (ej.:“no valgo nada”) o de dominio de control (ej.:“no tengo control”).

- Cognición negativa (CN):

- ✓ “¿Qué palabras se adaptan mejor con la imagen que expresa la creencia negativa que tiene sobre usted mismo?”

- Cognición Positiva (CP):

- ✓ “Cuando active la imagen del objetivo, ¿qué le gustaría creer sobre usted mismo en su lugar?”
- *Validez de la cognición.*

- “Cuando activas la imagen, ¿cómo de cierto siente ahora la... (repetir el PC) en una escala de 1 a 7, donde 1 se percibe completamente falsa y 7 se siente completamente cierta?”

(Completamente falso) 1 2 3 4 5 6 7 (completamente cierto)

A veces, es necesario explicar con más detalle.

- “Recuerda que, a veces sabemos algo con la cabeza, pero se siente diferente en nuestro intestino. En este caso, ¿cuál es la sensación visceral de la verdad de... (indicar el PC), desde 1 (completamente falso) a 7 (completamente cierto)?”

(Completamente falso) 1 2 3 4 5 6 7 (completamente cierto)

- *Emociones.*

En este punto, las emociones son mencionadas brevemente, sin ser estudiadas a fondo.

- “Cuando actives la imagen o... (indicar el problema) y esas palabras (indicar el NC), ¿qué emoción siente ahora?”

- *Unidades subjetivas de perturbación.*

- “En una escala de 0 a 10, donde 0 es calma o ausencia de perturbación y 10 es la mayor perturbación que se puede imaginar, ¿cuánta molestia siente ahora?”

(Sin perturbación) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Perturbación más alta)

- *Ubicación de la sensación corporal.*

Las sensaciones corporales se han percibido pero no han sido exploradas.

- “En su cuerpo, ¿dónde siente la perturbación?

## **Fase 4: La desensibilización**

Durante la fase de desensibilización, el protocolo EMDR para los pacientes con TOC se utiliza para procesar todos los objetivos.

- “Ahora, recuerde que es su propio cerebro el que está haciendo la curación y es usted quien tiene el control. Voy a pedirle que se centre mentalmente en el objetivo y siga mis dedos (o cualquier otro tipo de estimulación bilateral). Solo deja que cualquier cosa que pase, suceda, y hablaremos al final de la serie. Sólo dime lo que ha aparecido, y no descarte nada como si no tuviera importancia.

Cualquier información nueva que llega a la mente está conectado de alguna manera. Si quiere parar, simplemente levante la mano”.

- Luego diga: “Haga que aparezca la imagen y las palabras \_\_\_\_\_ (repetir la cognición negativa (CN)) y note dónde lo siente corporalmente. Ahora siga mis dedos con los ojos (u otra estimulación bilateral). ”

Si hay bloqueos, serán necesarios algunos cambios, especialmente cuando se trabaja con pacientes que tienen una excesiva necesidad de complacer. A continuación se presenta una orientación detallada:

**Nota:** Es importante que el terapeuta obtenga el consentimiento del paciente para este ejercicio, ya que le dará una sensación de control y seguridad.

- “Antes de continuar, vamos a probar algo diferente. ¿Te parece bien?”
- “Observa mentalmente la imagen diana de hoy. Por favor, describa la imagen en detalle”.
- “Quiero que se concentre en esa imagen. Cada vez que le pida que me diga 'lo que hay ahí', dígome sólo lo que se ve en la imagen. Incluso si la imagen desapareció durante la estimulación bilateral, por favor, vuelva a la misma y sólo dígome lo que ve. Por favor, no se centre en sus emociones, pensamientos o sensaciones corporales. Sólo dígome en una o dos frases qué ve. ¿Está claro?”
  - No: “Mire la imagen de esa pared. Por favor, describa la imagen en detalle. (Asegúrese de que no hay interpretaciones, sólo una descripción de la imagen.)
  - Si: “Ahora, ¿podría hacer lo mismo con la imagen con la que queremos trabajar? Cuando vuelva al incidente original, ¿qué aparece?”
- Para continuar con la estimulación bilateral: “Concéntrate en esa imagen. Vale, ¿la tienes? Ve con eso”.
  - Si el paciente se ha concentrado en la imagen: “Ve con eso.”
  - Si el paciente habla de cualquier otro aspecto: “Por favor, vaya de nuevo a la imagen; ¿qué ve?”

Tan pronto como el terapeuta note que el paciente ha vuelto al reprocesamiento EMDR, continuará con el proceso estándar de desensibilización (Böhm, 2011). El paciente mostrará que está de vuelta en el reprocesamiento por una concentración enfocada en la estimulación bilateral, así como la capacidad de seguir su proceso interno sin perturbación.

Use la serie de movimientos oculares u otra estimulación bilateral hasta que el SUD sea 0.

- “En una escala de 0 a 10, donde 0 es calma o ausencia de perturbación y 10 es la mayor perturbación que se pueda imaginar, ¿cuánta perturbación siente ahora?”

(Sin perturbación) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Perturbación más alto)

## **Fase 5: Instalación**

### *Instalar cognición positiva (CP)*

- “Las palabras... (repetir la CP) ¿todavía encaja?, o ¿hay otra afirmación positiva con la que se siente mejor?”. (Compruebe primero si el pensamiento positivo es aún válido).
- “Al pensar en el incidente, ¿ahora cómo te hacen sentir las palabras... (repita la CP) en una escala de 1 a 7, donde 1 se siente completamente falsa y 7 se siente completamente cierto?”  
(Completamente falso) 1 2 3 4 5 6 7 (completamente cierto)
- “Piense en el evento y manténgalo junto a las palabras... (repetir el CP). Piense en eso”.

Continúe hasta alcanzar una Validez de la Cognición (VoC) de 7.

## **Fase 6: Exploración corporal**

- “Cierra los ojos y retén en mente la memoria original y la cognición positiva. A continuación, lleve su atención a las diferentes partes del cuerpo, empezando por su cabeza y trabajando hacia abajo. Expréseme cualquier lugar en el que encuentre una tensión o sensación inusual”.

Si se informa de cualquier sensación, el terapeuta introduce estimulación bilateral. Las sensaciones positivas o confortables se ven reforzadas por estimulaciones bilaterales lentas, mientras que las sensaciones negativas son tratadas con estimulaciones bilaterales rápidas.

- “¿Cómo es la sensación ahora?”

Continúe hasta que las sensaciones negativas hayan desaparecido.

## **Fase 7: Cierre**

- “¿Qué cambios siente? ¿Qué has aprendido hoy?”

- “Las cosas pueden llegar o no. Si lo hacen, muy bien. Escriba esto, que puede ser un objetivo para la próxima vez. Usted puede utilizar un registro para anotar disparadores, imágenes, pensamientos o cogniciones, emociones y sensaciones. Puede clasificarlos en nuestra escala de 0 a 10, donde 0 es calma o ausencia de perturbación y 10 es el nivel de perturbación más alto. Por favor, tome nota también de las experiencias positivas”.
- “Si obtiene nuevos recuerdos, sueños o situaciones que le perturban, sólo tiene que tomar una buena instantánea. No es necesario dar muchos detalles. Sólo ponga lo suficiente para recordarlo, así podremos trabajarla como objetivo o diana la próxima vez. Lo mismo sirve para cualquier sueño o situación positiva. Si surgen sentimientos negativos, trate de no hacerlos significativos. Recuerde, son sólo material antiguo. Sólo anótelos para la próxima vez. Luego, utilice el ejercicio de lugar seguro para dejar ir la máxima perturbación posible. Incluso si no aparece nada, asegúrese de utilizar sus ejercicios en vivo todos los días y llámame si lo necesita”.

*Plan de tratamiento que incluye exposiciones a los disparadores de la vida diaria*

Al final de cada sesión, el terapeuta debe pensar en el plan de tratamiento y los posibles cambios para la próxima sesión. Trabaja con el objetivo de la última sesión hasta que esté procesado por completo o elige el próximo objetivo si el último fue completado.

- “¿Cómo le va y cómo cree que lo hicimos durante el reprocesamiento EMDR?”
- “Hemos terminado con el objetivo de hoy. ¿Hay uno nuevo con el que debamos continuar la próxima vez?”

Por otra parte, el terapeuta debe pensar y decidir el momento adecuado para combinar EMDR y la desensibilización in vivo. Tenga en cuenta que, para los pacientes que sufren TOC, el método EMDR tiene como objetivo mejorar su regulación emocional. Mejorar sus estrategias de regulación emocional puede permitirles construir una ventana de tolerancia para abordar los problemas durante la desensibilización in vivo. La reducción de los síntomas del TOC se reconocerá en situaciones de la vida cotidiana.

Cuando los SUDs de los objetivos EMDR sean 0, introduce lo siguiente:

- “Bien, ahora ha descubierto mucho acerca de sus emociones y ha relacionado los eventos vitales con el procesamiento que hemos hecho hoy. Puede manejarlos mejor. Quiero que ahora se dé cuenta de si esto le ayuda en su lucha contra el TOC en su vida diaria. Por lo tanto, quiero preguntarle si estaría

dispuesto a exponerse a situaciones u objetos difíciles entre esta sesión y la siguiente. ¿Estaría dispuesto a hacer eso?”

Si la exposición parece ser demasiado difícil para el paciente, decir lo siguiente:

- “Me gustaría utilizar nuestras próximas sesiones para ayudarle a exponerse a una situación difícil que detone su pensamiento obsesivo. ¿Estaría dispuesto a que lo hiciéramos juntos?”
- “¿Cuáles son los factores desencadenantes que activan de forma más fuerte su pensamiento obsesivo y/o comportamientos compulsivos? Vamos a elegir uno para trabajar en casa”. (Use la jerarquía de situaciones TOC realizadas en la Fase 1.)
- “¿Cómo de grande es la necesidad de seguir su... (indicar la obsesión/es y/o compulsión/es) en una escala de 0 a 10, donde 0 es calma o ausencia de perturbación y 10 es la más alta perturbación que se pueda imaginar?, ¿cómo de perturbado se siente ahora?”  
(Sin perturbación) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Perturbación más alta)
- “¿Ha notado alguna mejoría?”

## **Fase 8: Reevaluación**

En esta fase, el terapeuta y el paciente evalúan la última sesión. También es importante comprobar la tarea de casa, por ejemplo, los registros.

- “Céntrese en el objetivo de nuestra última sesión... (mencionar el objetivo). En una escala de 0 a 10, donde 0 es ninguna perturbación o neutro y 10 es la más alta perturbación que se puede imaginar, ¿cómo de molesto se siente ahora?”  
(Sin perturbación) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Perturbación más alta)
- “En este periodo de tiempo, ¿hay algo que haya notado desde la última sesión?”
- “Después de haber tratado con éxito el último objetivo, ¿qué objetivo o diana le gustaría trabajar ahora?”
- “Vamos a echar un vistazo a su registro y ejercicios. ¿En qué has trabajado y escrito desde nuestra última sesión?”

Continúe trabajando con cada objetivo hasta que SUDs sean igual a 0 y los VoCs igual a 7. Además, incluye disparadores actuales y futuras plantillas, así como cualquier otra experiencia que surja durante el reprocesamiento o entre sesiones pasadas.

## **Anexo C**

**Hoja de registro (Böhm (2015), citado en Luber, 2015, p. 129).**

### **Fase 1: Historia del cliente**

#### *Obsesiones*

- Detalles:
- Severidad:
- Descripción de las situaciones en las que ocurren las obsesiones:

#### *Compulsiones:*

- Detalles:
- Se siente más seguro después: Sí/ No
- Severidad:
- Descripción de las situaciones en las que ocurren las obsesiones:
- Jerarquía de obsesiones y compulsiones (0 a 100) mostrando la gravedad:
- Otras enfermedades comorbidas:

#### *Determinar una línea temporal (Hofmann & Luber, 2009)*

- "Dibujemos una cronología de su historia de pánico y experiencias traumáticas hasta ahora. La línea horizontal representa el tiempo y la línea vertical la gravedad de los síntomas."
- *Identificar la capacidad de regulación del afecto*
  - Emociones típicas:  
ansiedad/disgusto/culpa/fracaso/soledad/aburrimiento/ ira
  - Manejo de las emociones negativas en situaciones desencadenantes del TOC:
  - Puntos de vista sobre agresión, religión/blasfemia y sexualidad:
  - Afectación a las interacciones sociales:
- *Identificar la motivación para el tratamiento:*
  - Consecuencia del TOC:
  - Impacto en la vida diaria:
  - Motivación terapéutica:
  - Sufrimiento causado por el TOC:
  - Impacto en las interacciones sociales:
  - Vida potencial sin TOC:
  - Objetivos para el tratamiento:

*Determinar un plan de tratamiento*  
TRATAMIENTO A/ TRATAMIENTO B

## **Fase 2: Preparación**

*Paso 1: Compruebe la estabilidad.*

- Lugar seguro: Sí/No

Describir:

- Otros recursos: Sí/No

Describir:

*Paso 2: Aplicar psicoeducación.*

- TOC:

- EMDR:

*Paso 3: Selección de objetivos o dianas.*

- Memoria traumática.

Objetivo/Memoria/Imagen:

SUDs:.../10

- Escenario en el peor de los casos.

Objetivo/Memoria/Imagen:

SUDs:.../10

- Imágenes mentales obsesivas desastrosas.

Objetivo/Memoria/Imagen:

SUDs:.../10

- Bloqueo imaginario de la acción compulsiva:

Objetivo/Memoria/Imagen:

SUDs:.../10

- Situación de activación imaginaria.

Objetivo/Memoria/Imagen:

SUDs:.../10

- Situación real desencadenante.

Objetivo/Memoria/Imagen:

SUDs:.../10

## **Fase 3: Evaluación de recuerdos pasados**

*Selección de objetivos*

- Objetivo/Memoria/Imagen:

### *Obtención de Cogniciones Negativas y Positivas*

- CN:
- CP:
- VoC:.../7
- Emociones:
- SUDs:.../10
- Sensación:

### **Fase 4: Desensibilización**

- “Ahora, recuerde que es su propio cerebro el que está haciendo la curación y es usted quien tiene el control. Voy a pedirle que se centre mentalmente en el objetivo y siga mis dedos (o cualquier otro tipo de estimulación bilateral). Solo deja que cualquier cosa que pase, suceda, y hablaremos al final de la serie. Sólo dime lo que ha aparecido, y no descarte nada como si no tuviera importancia. Cualquier información nueva que llega a la mente está conectado de alguna manera. Si quiere parar, simplemente levante la mano”.

### *Entretejido orientado a detalles*

- Si hay bloqueos, serán necesarios algunos cambios, especialmente cuando se trabaja con pacientes que tienen una excesiva necesidad de complacer. Describir imagen/objetivo en detalle + estimulación bilateral. Sólo concéntrese en la imagen y no en las emociones, pensamientos o sensaciones corporales. Informe de los detalles de la imagen hasta que pueda volver al protocolo EMDR estándar.
- Si no puede entrar en detalles del objetivo, utilice algo en la sala para practicar y luego siga.

### **Fase 5: Instalación**

- CP:  
Completada.
- Nueva CP (si es mejor que la anterior):
- VoC:.../7
- Incidente + CP + estimulación bilateral.

## **Fase 6: Escáner corporal**

- "Cierre los ojos y tenga en mente la experiencia (ej.: un impulso de realizar una compulsión) que tendrás en el futuro. A continuación, lleve su atención a las diferentes partes de su cuerpo, comenzando con la cabeza y trabajando hacia abajo. En cualquier lugar donde exista cualquier tensión o sensación inusual, dígamela".
  - Si es positivo, añadir estimulación bilateral.
  - Si es negativo/incomodo, reprocesar hasta que la molestia disminuya.
  - Comprobar VoC:.../10

## **Fase 7: Cierre**

- Cambios que siente:
- Explicar las expectativas entre sesiones:
  - "Las cosas pueden surgir o no. Si lo hacen, genial. Escriba esto, que puede ser un objetivo para la próxima vez. Si surgen nuevos recuerdos, sueños o situaciones que le molesten, tome una buena instantánea. No es necesario dar muchos detalles. Sólo ponga lo suficiente para recordarlo, así podremos trabajarla como objetivo o diana la próxima vez. Lo mismo sirve con cualquier sueño o situación positiva. Si surgen sentimientos negativos, trata de no hacerlos significativos. Recuerde que son solo material viejo. Sólo anótelos para la próxima vez."

### *Plan de tratamiento que incluye exposiciones a los disparadores de la vida diaria*

- Objetivo finalizado: Sí/No
- Nuevo objetivo: Sí/No
- Describir:
- Exposición a situaciones u objetos difíciles entre sesiones: Sí/No
  - Si: "Bien, ahora ha descubierto mucho acerca de sus emociones y ha relacionado los eventos vitales con el procesamiento que hemos hecho hoy. Puede manejarlos mejor. Quiero que ahora se dé cuenta de si esto le ayuda en su lucha contra el TOC en su vida diaria. Por lo tanto, quiero preguntarle si estaría dispuesto a exponerse a situaciones u objetos difíciles entre esta sesión y la siguiente. ¿Estaría dispuesto a hacer eso?"
  - No: "Me gustaría utilizar nuestras próximas sesiones para ayudarle a exponerse a una situación difícil que detone su pensamiento obsesivo. ¿Estaría dispuesto a que lo hicieramos juntos?": Sí/No

- Disparador que activa el pensamiento obsesivo o el comportamiento compulsivo:
- Cuánta necesidad hay de realizar la obsesión y/o las compulsiones ahora:.../10
- Mejoras: Sí/No  
Describir:

#### **Disparadores actuales**

#### ***Fase 8: Reevaluación***

- Último objetivo:.../10
- Registro:

## **8. Referencias bibliográficas.**

- Ahn, J., Baer, H. y Kim, D. (2006). A case series of post-traumatic obsessive-compulsive disorder: a six month follow-up evaluation. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 45, 476-480.
- Albert, C. (2001). *Psicopatología del Trastorno Obsesivo Compulsivo*. (Tesis doctoral). Universidad de Córdoba. Recuperada de: <http://eprints.ucm.es/37560/1/T37206.pdf>
- Ali, S., Bllore, D., Delgadillo, J., Lovell, K., y Marsden, Z. (2017). A randomised controlled trial comparing EMDR and CBT for Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Paramericana.
- Bados, A. (2005) Trastorno Obsesivo Compulsivo [Monografía]. Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/355/1/118.pdf>
- Bados, A. (2017) Trastorno Obsesivo Compulsivo [Monografía]. Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115726/1/TOC.pdf>
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1994). Manual de Psicopatología (vol. II). Madrid: McGraw-Hill.
- Bllore, D.; Delgadillo, J.; Lovell, K.; Marsden, Z.; y Teahan, A. (2017). Patients' experiences of cognitive behavioural therapy and eye movement desensitisation and reprocessing as treatments for obsessive-compulsive disorder. *Counselling and Psychotherapy Research*.
- Bobes J., Menchón J.M.y Saiz, J. (2016). Trastorno obsesivo-compulsivo: utilidad de una guíaterapéutica farmacológica. Revista Psiquiátrica y Salud Mental. Vol.9(3): 131-133.
- Böhm, K., & Voderholzer, U. (2010). Use of EMDR in the treatment of obsessive-compulsive disorders: A case series. *Verhaltenstherapie*, 20, 175-181.

- Boticario, M.J. (2016). *Actividad cognitiva y Trastorno Obsesivo Compulsivo*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense, Madrid. Recuperada de <http://eprints.ucm.es/37560/1/T37206.pdf>
- Dávila W. (2014). Terapia cognitivo-conductual en el trastorno obsesivo-compulsivo. *Norte de salud mental*. Vol. XII, nº 49: 58-64.
- Díaz, C. y Olry de Labry, A.(2016). Tratamientos basados en la evidencia para el Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Boletín Psicoevidencias*. Nº 44, 1-30.
- Farrell,D., Ingham,C., Keenan L. y Keenan P. (2018). Treating Obsessive Compulsive Disorder (OCD)using Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) Therapy: An Ethno-Phenomenological Case Series. *International Journal of Psychotherapy*. Vol. 22 (3), pp. 74-91.
- Fernandez, I.;Högberg, G.; Pagani, M.; y Siracusano, A. (2015). Correlatos de la terapia EMDR en la neuroimagen funcional y estructural: Un resumen crítico de los hallazgos recientes. *Journal of EMDR Practice and Research*. Vol. 9 (2): 58-68.
- Fernández, T.; Márquez, M.; Romero, R.; y Ortega, M. (2015).Guía para la Intervención Psicológica en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo[Monografía]. Facultad de Psicología Aplicada de la UAM. Recuperado de: [www.uam.es/UAM/documento/1446762028867/protocolo\\_TOC.pdf](http://www.uam.es/UAM/documento/1446762028867/protocolo_TOC.pdf)
- First,M., Frances, A. y Pincus H.A. (2002). DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Editorial Masson.
- Galdeano, A. (2008). Beneficios de la terapia cognitivo-conductual para niños y jóvenes con trastorno obsesivo compulsivo: reexaminando la evidencia. *Evidencias en Pediatría*. Vol. 4, 199-212.
- García, A. (2016).*El Trastorno Obsesivo-Compulsivo y la Regulación Emocional: Una revisión bibliográfica*.Universidad Jaume I. Castellón de la Plana. TFG. Recuperado de<http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/162173>
- Gavino, A. y Godoy, A. (2010) .*Trastorno Obsesivo-Compulsivo y de las Compulsiones*. Formación continuada a distancia (FOCAD). Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España. Universidad de Málaga.
- Guillén, A.I., Marín, C. y Vergara,S. (2016). Nacimiento, desarrollo y evolución de la desensibilización y elreprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR).*Clínica y Salud*. Vol. 27(3): 101-114.

Hensley B.J. (2009). *Manual básico de EMDR: desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos*. Madrid: Editorial Desclée de Brouwer.

Hyman, B.M. y Pedrick,C. (2009). *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo: pistas para su liberación*. Vizcaya: Editorial Desclée de Brouwer.

Jariani, M., Momeni, N., Nazari, H., & Tarrahi, M. J. (2011). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing with citalopram in treatment of obsessive-compulsive disorder. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 15, 270-274.

Kodysz, S. (s.f.). *Trastorno Obsesivo-Compulsivo (T.O.C.). Breve Revisión Bibliográfica*. Hojas Clínicas de Salud Mental.Facultad de Psicología UBA. Recuperado de [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/616\\_psicofarmacologia/material/trastorno\\_obsesivo.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/trastorno_obsesivo.pdf)

Leeds, Andrew M. (2011). *Guía de protocolos estándar de EMDR para terapeutas, supervisores y consultores*, Editorial Desclée de Brouwer.

Luber M. (2015). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy Scripted Protocols and Summary Sheets: Treating Anxiety, Obsessive-Compulsive, and Mood-Related Conditions*. New York: Springer Publishing Company.

Marsden, Z. (2016). EMDR Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder:Three Cases.*Journal of EMDR Practice and Research*. Vol.10 (2): 91- 103.

Marr J. (2012).EMDR Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Preliminary Research.*Journal of EMDR Practice and Research*. Volume 6 (1): 2-15.

Rodríguez, R. (2013).Calidad de Vida en Pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo: Una revisión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XXII, 139–146.

Shapiro, F. y Solomon, R. M. (2014). EMDR y el Modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información. Mecanismos potenciales del cambio.*Journal of EMDR Practice and Research*. Vol. 8(4): 96–107.

Tallis, F. (2010). *Trastorno obsesivo compulsivo: una perspectiva cognitiva y neuropsicológica*. Vizcaya: Editorial Desclée de Brouwer.