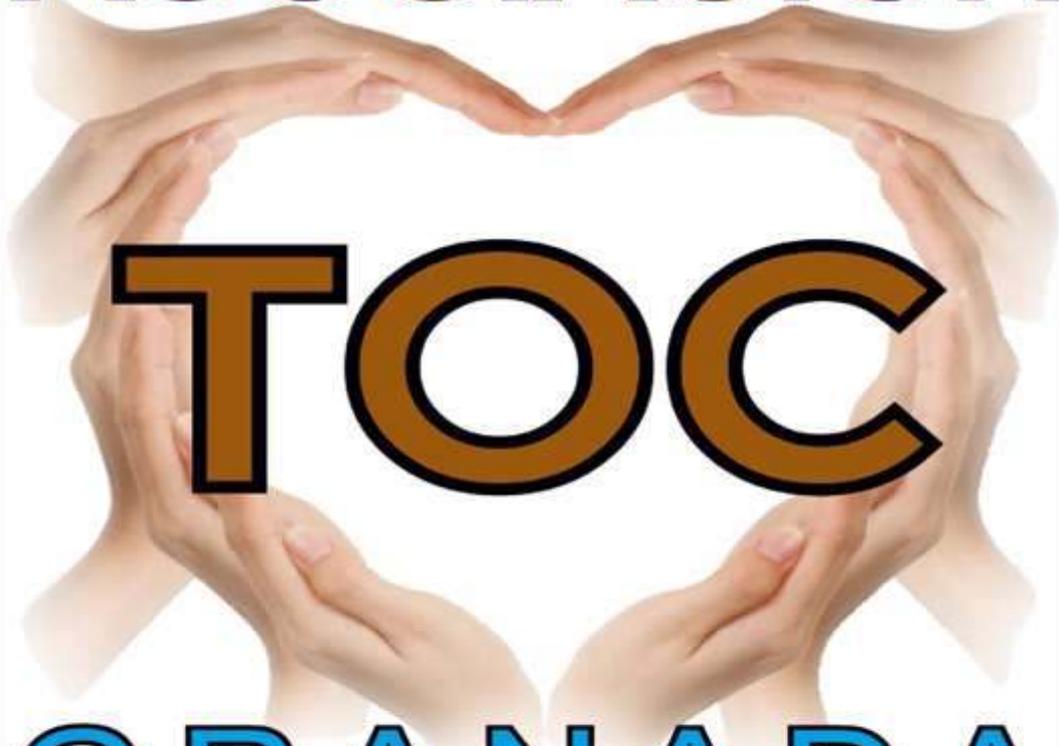


*PROTOCOLO DE  
TERAPIA INDIVIDUAL  
DE LA ASOCIACIÓN  
TOC GRANADA*

---

**ASOCIACIÓN**



**GRANADA**

“UNA MANO AMIGA JUNTO a LA TUYA”

**INDICE:**

**1.-INTRODUCCIÓN.**

**2.-VALORACIÓN GLOBAL DEL TRASTORNO.**

**2.1.- CRITERIOS DE EVALUACIÓN.**

**2.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

**2.3.- CRITERIOS DE CAMBIO DE PROFESIONAL**

**3.- PSICOEDUCACIÓN.**

**4.- TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.**

**5.- ACTUACIONES COMPLEMENTARIAS DE LA TERAPIA.**

**6.- CONCLUSIONES GENERALES**

**7.- ANEXO I**

## 1.-INTRODUCCIÓN:

El término “Trastorno Obsesivo-Compulsivo” se utiliza para definir un cuadro psicopatológico caracterizado por dos síntomas principales: las obsesiones y las compulsiones.

**Las Obsesiones** se definen como:

Pensamientos, impulsos, imágenes o sensaciones recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusivos o inapropiados causando un malestar significativo en la persona.

El sujeto intenta evitarlas, suprimirlas o neutralizarlas mediante otros pensamientos o actos.

El sujeto las reconoce como algo inherente a su persona y a su mente.

**Las Compulsiones** se definen como:

- Comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo que el sujeto se ve obligado a realizar en respuesta de una obsesión o reglas que debe seguir estrictamente.
- El motivo es la prevención o la reducción del malestar, o la prevención de algún suceso negativo que podría desencadenarse en caso de no llevar a cabo el ritual. Sin embargo, estas conductas no están conectadas de forma realista con aquello que pretenden neutralizar.

La prevalencia del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en la población general se estima ser alrededor del 2,5%, encontrando una diferencia significativa por razones de edad y sexo, así tenemos un 0.8 % en adultos frente a un 0.25% en niños, y un inicio de la enfermedad más temprano en varones que en mujeres.

La frecuencia del mismo justifica la necesidad de adoptar medidas adecuadas para la prevención y el tratamiento. Ambos, objetivos de cuantos trabajamos en la “Asociación TOC Granada”.

Gracias a los esfuerzos de la investigación, hoy en día disponemos de una terapia psicológica – la Terapia Cognitivo –Conductual – que ha demostrado su eficacia en el abordaje de este cuadro psicopatológico y de las problemáticas que acarrea.

En la “Asociación TOC Granada”, fieles al compromiso de proporcionar ayuda de calidad a cuantos acudan a nosotros, contamos con un equipo de profesionales de la psicología cuyo conocimiento está en continua formación y a la vanguardia de los últimos avances en esta materia, para servir y apoyar a sus socios y familiares de manera directa y personalizada.

No olvidamos, además, la importancia de cuidar el entorno de las personas que sufren TOC, por lo que el estudio de cada caso implica una especial atención a las necesidades que puedan surgir también en el seno del entorno familiar, para que podamos intervenir en todas aquellas variables (incluyendo la implementación de un plan de actividades diarias) que influyen en el proceso de recuperación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

Avanzar paso a paso por el camino que implica el tratamiento del TOC no es tarea fácil ni puede resumirse en un proceso lineal, pero consideramos fundamental hacer públicas las herramientas principales que empleamos para realizar esta tarea. Con este objetivo hemos elaborado este protocolo, de manera tal que todo aquel, profesional o no de la psicología, pueda hacerse una idea del tipo de trabajo que desarrollamos en la “Asociación TOC Granada”.

Fundamental en nuestra filosofía de trabajo es que el paciente y su familia sean los protagonistas del proceso de recuperación, por lo que las directrices terapéuticas que se desarrollan en las siguientes páginas se adaptarán a las necesidades y peculiaridades de cada caso, para así conseguir en todo momento ofrecer el mejor servicio psicológico dentro de nuestras posibilidades.

Por otro lado, siendo consciente de lo que supone vivir una experiencia de este tipo, ya sea en la piel del paciente o del familiar, quedamos abiertos y a vuestra disposición para cualquier planteamiento, duda o ayuda que podamos proporcionarte. Un Cordial Saludo.

Atentamente, el Equipo de Psicólogas y la Junta Directiva.

## 2.- VALORACION GLOBAL DEL TRASTORNO

Las primeras sesiones irán dirigidas a establecer una buena relación terapéutica, así como la recopilación de información sobre el paciente, con el objetivo de realizar una evaluación lo más exhaustiva posible de la sintomatología presentada por la persona, tanto por lo que concierne a los síntomas propios del TOC como para detectar otras problemáticas que se puedan detectar en comorbilidad con el mismo. El proceso de evaluación y diagnóstico se llevará a cabo por medio de una entrevista semiestructurada de manera que podamos conocer toda la información necesaria para el correspondiente Análisis Funcional y, por consiguiente, poder diseñar una terapia adaptada a las necesidades particulares de cada persona. La información de la familia y su participación en la terapia, si hay consentimiento del afectado, es fundamental.

(ANEXO I, Entrevista semiestructurada)

### 2.1.-CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- Estudio de otras patologías en comorbilidad con el TOC: agorafobia, depresión, tricotilomanía, dismorfofobia, etc. Si detectamos otras manifestaciones psicopatológicas en el paciente, seguiremos recogiendo información sobre los mismos, mediante otro tipo de cuestionarios adaptados, tales como: Inventario de Beck, para ansiedad y depresión, Escala de Hamilton, MMPI, Escala de Ansiedad (STAI) o cualquier otro a considerar por la psicóloga.
- Estudio de ambiente familiar, social y laboral. Posibles problemas, principalmente familiares, incluida la incompreensión del trastorno.
- Diagnóstico diferencial entre Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastorno de la Personalidad Obsesivo u otras patologías que requieran diagnóstico diferencial con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo.
- Estudiar la posibilidad de contar con la figura del co-terapeuta (persona encargada de cumplir con el rol de un terapeuta en el seno familiar y personal del paciente), además de confrontar información relativa al paciente (si da su consentimiento).
- Es fundamental dedicar, como mínimo, una sesión a preparar y formar a la persona cercana al paciente que va a hacerse cargo del mismo durante todo el proceso de terapia, debiendo estar presente en algunas sesiones, sobre todo en las que concierne a la EPR.
- Valorar la motivación y autoestima del paciente, para comprobar si se encuentran en unos niveles aceptables para comenzar la terapia cognitiva conductual. En caso negativo, se iniciará el tratamiento por estos aspectos.
- Se valorarán otras cuestiones que puedan afectar al tratamiento del TOC y que necesitarán ser abordadas antes del comienzo del mismo, como traumas infantiles, alcohol, drogas, efectos secundarios de la medicación tomada.

- Valoración de la farmacología. En caso de no tener tratamiento farmacológico, o evidenciarse la necesidad de un ajuste en el mismo, se derivará a psiquiatría para valorar su implantación o su ajuste.

## **2.2- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

A continuación, detallaremos una serie de motivos por los cuales un paciente no podría iniciar terapia en esta Asociación o, en caso de haberla iniciado, tendría que abandonarla hasta que esté solventado tal motivo. Igual efecto produciría el incumplimiento de algunas normas:

1.-Presencia de otras psicopatologías, en el caso de que pacientes cuyo diagnóstico de TOC sea secundario a otro diagnóstico primario e interfiera éste negativamente en la terapia aplicada, deberán ser atendidos previamente por los especialistas correspondientes para posteriormente poder iniciar la terapia en este centro, como:

- Trastorno depresivo mayor.
- Riesgo de suicidio sin apoyo y contención familiar.
- Trastorno de la personalidad que interfieran en el tratamiento.
- Trastorno de la conducta alimentaria.

2.-Personas dependientes que no vengan acompañados de tutor o persona responsable.

3.-Consumo de sustancias que alteren o impidan el tratamiento.

4.-Otros criterios de exclusión:

- Incumplimiento de cualquier norma fundamental del proyecto
- Faltas de respeto (física o moral) a cualquier miembro del equipo de psicología o psiquiatría o de la asociación.
- Teniendo en cuenta que para los afectados que opten por el Programa de Terapia Integral Intensiva todos los talleres que imparte la asociación son obligatorios (salvo Equinoterapia, Terapia con Perros y Spa-Relax), la falta de asistencia a los mismos será motivo de suspensión de todo tipo de terapia, concediéndose una semana de adaptación al paciente recién llegado.
- Repetidas faltas de asistencia sin justificación a las sesiones de terapia.
- Cualquier otro comportamiento que atente con el buen funcionamiento y dinámica de la asociación, ya sea por parte del paciente o familiar.

5.- La falta continuada de cumplimiento del planning de actividad semanal diseñado por su terapeuta (horarios para levantarse/acostarse, comidas, actividades, etc.), tanto para personas que estén alojadas en la Casa de Campo como en apartamentos particulares.

Consideramos muy conveniente que los pacientes que sin venir acompañados inicien una terapia integral intensiva se hospeden entre 10 y 15 días en la Casa de Campo, como paso previo a alojarse en un apartamento particular si es su deseo.

## 2.3.-CRITERIOS DE CAMBIO DE PROFESIONAL

Entendemos el vínculo terapéutico como un bastión fundamental en la terapia, por ello, tratamos de ajustar a cada paciente con el profesional más adecuado según sus características y nos esforzamos por cuidar este vínculo.

Existen ocasiones en que, o bien el profesional, o bien el paciente, estiman que es más adecuado para su proceso terapéutico realizar un cambio de profesional. El protocolo que se debe seguir para solicitar un cambio de profesional sería el siguiente (la decisión final de llevar a cabo ese cambio la tiene la coordinadora de psicólogas tras evaluar los motivos y situación):

1. Se habla entre psicóloga y paciente en sesión.
2. Solicitud por escrito del cambio de psicóloga argumentando motivos. Depositarla en el buzón de la Asociación TOC Granada. Y esperar a que se pongan en contacto.
3. Se reúnen la coordinadora y psicóloga.
4. Se reúnen la coordinadora y el paciente.
5. Decisión final comunicada a ambas partes.

**Importante:** Se trata de una decisión significativa que es necesario meditar y comentar en terapia con la psicóloga, para tratar de llegar a acuerdos. Entendemos el cambio como algo puntual para casos concretos en situaciones excepcionales, pero no como algo habitual y recomendable. **El equipo de psicología junto a otros miembros de la Asociación TOC Granada recomienda la continuidad de la terapia con la misma psicóloga durante el proceso completo de tratamiento.**

## 3.- PSICOEDUCACIÓN

Como paso previo al inicio del tratamiento propiamente dicho, se dedicará un tiempo a proporcionar al paciente, así como a sus familiares más cercanos, información acerca de los siguientes aspectos:

1. Explicarle qué es el TOC, qué le pasa, por qué le pasa, los objetivos propuestos y terapia o tratamiento.
2. Manifestaciones típicas del trastorno.
3. Modelo explicativo del trastorno según la óptica cognitivo-conductual.
4. Desarrollo de la sintomatología y factores de mantenimiento y protección.
5. Pronóstico a medio y largo plazo.
6. Tratamientos de elección.

## 4.- TERAPIA COGNITIVA - CONDUCTUAL

Una vez abordados todos los puntos anteriores ya estamos en plena disposición para poder iniciar la terapia cognitivo-conductual para el TOC. Se iniciara tratamiento con Terapia Cognitiva para adentrarnos posteriormente en aspectos más conductuales. Esto no quita que durante la aplicación de la misma converjan ambas terapias a la vez.

### TERAPIA COGNITIVA.

Según el modelo explicativo cognitivo conductual para el desarrollo y mantenimiento del TOC, algunas creencias disfuncionales con respecto a los pensamientos, a la valoración e interpretación de los mismos y a algunos contenidos típicos, pueden influenciar negativamente en la reacción de las personas con la presencia de los pensamientos. Es, por tanto, fundamental identificar tales creencias disfuncionales y modificarlas por otras más adaptativas y realistas.

Para conseguir este objetivo disponemos de distintas técnicas cognitivas presentadas en manuales de intervención especializados. Entre ellas se emplearán técnicas tales como:

Técnica Cognitiva Bio-Conductual:  
- Cuatro pasos Dr. Jeffrey Schwartz

Técnicas Cognitivas:  
- Debate socrático  
- Flecha descendente  
- Técnica del continuo.  
- Estimación del control y responsabilidad

-Ventajas y desventajas.  
- Escalonamiento ascendente.  
-Usos de metáforas y analogías.  
-Diferenciar entre posible-probable  
-Teoría A y Teoría B

Además de estas técnicas (para los detalles de cada una recomendamos al lector que consulte los manuales específicos de terapia cognitiva y de terapia cognitiva del TOC), se hará especial hincapié en algunas herramientas de autoayuda como “Los cuatro pasos” del DR. Jeffrey Schwartz, subrayando la utilidad de esta técnica de autoayuda gracias a la cual

el paciente puede ir potenciando en su día a día los efectos del cambio de conducta sobre la plasticidad neuronal.

En todo momento, a lo largo del proceso terapéutico, no dejaremos de comentar con el afectado las creencias erróneas e irracionales que pueden existir en el TOC, de manera que la terapia cognitiva represente un camino que se va desarrollando y enriqueciendo a lo largo de todo ese proceso.

Para que el cambio resulte más efectivo, consideramos indispensable que la persona misma vaya descubriendo sus creencias subyacentes a través de un proceso de conocimiento personal que le motive para modificar los errores cognitivos. Para facilitar este objetivo se utilizarán, además de las técnicas que ya hemos mencionados, algunas herramientas propias de la **Terapia Racional Emotiva Conductual**, de la **Entrevista Motivacional**, de la **Terapia de Aceptación y Compromiso** etc., haciendo mucho hincapié en la **práctica del Mindfulness** para aprender a reenfocar la mente en lo que se está realmente haciendo.

Queremos, en definitiva, que la persona pueda aceptar la ambivalencia, la imposibilidad de obtener la certidumbre con respecto a determinados asuntos, que entienda la imposibilidad de alcanzar la perfección y el precio que conlleva intentar hacerlo.

## **TERAPIA CONDUCTUAL.**

Es la aplicación de una serie de técnicas para modificar la conducta disfuncional de la persona frente a determinados estímulos, pensamientos obsesivos o sensaciones.

El objetivo a perseguir es la modificación de las conductas no adaptativas y, por consiguiente, la ruptura del círculo vicioso que mantiene el TOC. Conseguir esta meta a través de un esfuerzo constante, significa poder influenciar y modificar los circuitos neuronales y, a largo plazo, alcanzar la recuperación del paciente según los objetivos planteados al principio de la terapia.

El trabajo con el paciente aquí será muy gradual, adaptado a la capacidad de afrontamiento que muestre, con lo cual, en esta fase y sobre todo al comienzo de la misma, debemos potenciar su motivación para hacer frente y aceptar la ansiedad que le provoque enfrentarse a los estímulos que le generan malestar.

## **PRINCIPALES TÉCNICAS CONDUCTUALES DEL TOC:**

### **TERAPIA DE EXPOSICIÓN**

Es una de las claves principales de la terapia conductual, siendo fundamental el diseñar un buen programa de exposición, interpretando e integrando perfectamente todos los miedos,

situaciones y estímulos, a los que el paciente deba enfrentarse. Dicho programa deberá presentarse jerarquizado, de menos a más intensidad. Para lo cual se crea con el paciente una escala de USA (Unidad subjetiva de Ansiedad), donde 0 sería el nivel de menos intensidad y 10 el de máxima.

**Pistas para diseñar un programa de exposición.** Entre otras, nos las darán preguntas tales como:

- ¿qué te dicen tus pensamientos obsesivos?
- ¿qué miedos tienes?
- ¿qué estímulos te causan miedo y ansiedad?
- ¿qué situaciones te causan miedo y ansiedad?
- ¿qué cosas o actividades te gustaría hacer y actualmente no haces?

### **Normas para la terapia de exposición:**

- ✓ Estar motivado y convencido (pero no forzar).
- ✓
- ✓ Establecer un buen rapport entre terapeuta y paciente.
- ✓
- ✓ Diseñar el programa de exposición entre el psicólogo, co-terapeuta y afectado, de manera que el paciente se comprometa con su cumplimiento.
- ✓
- ✓ Tener la exposición perfectamente programada, que el afectado nunca infravalore lo conseguido. Recordarle que antes no era capaz.
- ✓ Elegir un buen día en el que el paciente se encuentre bien emocionalmente, procurando así que no sufra fuertes alteraciones emocionales.
- ✓ Hacer que el paciente acepte sus pensamientos obsesivos y ansiedad. No pelear con la incomodidad. “No beneficia la exposición si se combate la ansiedad (sería como no realizar la tarea). En lugar de eso, sólo permítete sentirte ansioso. Lo peor que puede ocurrir es que te sientas incómodo por un tiempo”. “Esperar sentirte incómodo. Al principio, las tareas de exposición deben inducir molestia para tener éxito”.
- ✓
- ✓ Hacer la exposición en forma gradual. Comenzar con tareas de exposición que provoquen sólo niveles moderados de angustia y progresar a tareas más difíciles.
- ✓ Realizar las prácticas de exposición sin distraer al paciente y procurando que no aplique estrategias para distraerse mientras se enfrenta al estímulo objeto de exposición.
- ✓
- ✓ Utilizar las prácticas de exposición para probar las predicciones negativas sobre las consecuencias de enfrentar su temor. Antes de iniciar la exposición, pensar en lo que el paciente teme que pudiera pasar durante la tarea. Después, revisar lo que aprendió de la exposición y cómo se compara con su predicción temerosa original. “¿Ocurrió la peor? ¿Cómo lo hiciste?”

- ✓ Revisar su nivel de temor. Prestar atención a cómo se siente durante la tarea de exposición, tomando nota de su nivel de ansiedad a intervalos regulares calificando su nivel de temor de 0 a 10.
- ✓ Intentar, no abandonar nunca la exposición antes de finalizar la misma. Permanecer en la exposición hasta disminuir la ansiedad entre un 50-70%.
- ✓
- ✓ Intentar, después de la exposición, no realizar la compulsión, para lo cual utilizamos el reenfoque y otras técnicas para la prevención de respuesta.
- ✓
- ✓ Una vez hecha la exposición, el paciente debe seguir haciendo exposiciones del mismo estímulo acompañado de su co-terapeuta hasta la siguiente sesión.
- ✓
- ✓ Hacerle ver que el progreso no es uniforme. En ocasiones, lo superado reaparece. Son coletazos del problema.
- ✓

## TIPOS DE TERAPIA DE EXPOSICIÓN:

1. **IMAGINADA Y GRABADA.** Escribirlo primero, grabarlo en presente durante cinco minutos y escucharlo varias veces al día hasta bajar ansiedad al 50%.
2. **VISUAL,** exponer a los estímulos temidos en fotografías o imágenes.
3. **VIRTUAL,** mediante un sistema virtual, donde el paciente se expone al estímulo temido en 3D, monitorizando el nivel basal y el nivel subjetivo de ansiedad (USA).
4. **EN VIVO,** exponer al paciente directamente al estímulo temido. Siempre que podamos, es la terapia de elección.
5. **INTEROCEPTIVA,** realizar ejercicios que provoquen las sensaciones físicas que generan preocupación excesiva, como palpitaciones, hiperventilación y tensión muscular, combinadas con una exposición en vivo a la situación u objeto temidos.
6. **SOBREXPOSICION,** algunos autores recomiendan la utilidad de exponerse a niveles del 110% de exposición, aunque esto signifique diseñar escenarios de exposición que no se ajusten a la vida real, siempre y cuando se pueda o resulte necesario para asegurarnos de la capacidad del afectado para hacer frente a los estímulos que le producen su TOC.

Ejemplo: si tengo TOC de contaminación física y miedo a entrar en aseos públicos, en mi exposición en vivo, no sólo debo entrar en los aseos públicos citados y hacer mis necesidades sin más, sino que debo tocar el water, paredes, pomos, grifos... aunque en la vida real esto no lo haga, pero sí lo debo hacer en las exposiciones programadas de alto nivel.

Situación a valorar por el terapeuta y paciente.

Otra manera menos agresiva de comprobación de los efectos de la terapia y, como tal, de la mejoría del paciente es someterlo a un alto nivel de estrés y en ese momento presentarle los estímulos aversivos, de manera que podamos asegurarnos que hay control por parte del afectado.

Todo esto siempre se hará de forma pactada entre terapeuta y paciente. En ningún caso se obligará al paciente a hacer nada que no quiera.

## **ESTRATEGIAS EN LA TERAPIA DE EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE RESPUESTA:**

Uno de las dificultades con las que los terapeutas pueden encontrarse al llevar a cabo la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), es la indicación que se le da al paciente de “no realizar” la conducta compulsiva en respuesta al pensamiento obsesivo. Para minimizar la posibilidad de llevar a cabo la compulsión nos ayudamos de “Los Cuatro Pasos” del Dr. Jeffrey Schwartz:

**1º. Etiquetar:** es fundamental diferenciar los pensamientos normales de un día a día de los pensamientos obsesivos y conductas intrusivas, etiquetándolos como tal. O sea, solamente decirnos “esto lo reconozco como un pensamiento obsesivo”. Para poder realizar dicha función debemos fortalecer su “Espectador Imparcial” , la capacidad de salir de él mismo y poder observar sus acciones con saber consciente. ¿Cómo etiquetar un pensamiento obsesivo? Debe cumplir éstas características:

- Intrusivo e involuntario.
- Repetitivo.
- Genera duda y miedo.
- Genera ansiedad, posible culpabilidad y desesperación.
- Lo intentas rechazar.
- Egodistónico, (referido a comportamientos, valores y sentimientos que no están en armonía o no son aceptables para las necesidades y objetivos del ego o yo, no son coherentes con los ideales de su autoconcepto).

**2º. Atribuir:** debemos atribuir ese pensamiento obsesivo que ya hemos reconocido en el primer paso como un problema de nuestro cerebro, desvinculándolo en todo momento de nuestra responsabilidad o personalidad, y atribuirlo a un fallo en el procesamiento de la información que hace que no podamos filtrar pensamientos, sensaciones y emociones, reaccionando por tanto a cosas que no tienen sentido. Todo esto se puede resumir en la expresión: NO SOY YO, esto es TOC.

**3º. Reenfocar:** a pesar de que nuestro pensamiento obsesivo siga en nuestra mente, aceptándolo como tal, tenemos que seguir con lo que estábamos haciendo o reenfocar nuestra actividad o conducta hacia algo que nos haga tener una atención plena e impida que llevemos a cabo nuestra compulsión. Este es el verdadero cambio de conducta.

Hay que tener reenfoques preparados y entrenados para las distintas situaciones que se nos puede presentar en casa, en el trabajo, con amigos...

En este paso utilizaremos la regla de los quince minutos: aparcar por un tiempo de quince minutos sus conductas compulsivas, llevando a cabo otra actividad que le sea más agradable y placentera. Después de ese tiempo, se toma conciencia del descenso de la necesidad de compulsión (Revalorar) y se intenta alargar otro periodo de tiempo más, hasta que la necesidad de compulsión se pueda evitar o aplazar.

**4º. Revalorar:** es el resultado de la práctica de los tres primeros pasos, donde el paciente llega a ser consciente de que sus pensamientos obsesivos y sus conductas compulsivas son manifestaciones no adaptativas, son aspectos sin valor que deben ser ignoradas y, en consecuencia, se desvanece la necesidad de llevar a cabo la conducta compulsiva. Para tal fin, podemos utilizar las dos A (Anticiparse – Aceptar). Este paso retroalimenta o impulsa a llevar a cabo posteriormente los tres primeros pasos, aun persistiendo el pensamiento en nuestro cerebro.

Este paso se puede intercalar entre la regla de los quince minutos.

Con todo esto estamos fortaleciendo nuestro “Espectador Imparcial” y, como tal, construyendo una mente poderosa que pueda cambiar el cerebro alterando las respuestas a los mensajes que envía.

## **ESTRUCTURA GENÉRICA DE LAS TERAPIAS:**

- Dos primeras sesiones (o más, según el psicólogo lo estime necesario) de recogida de información y evaluación. Entrevista y cuestionarios.
- Seguirá una sesión de Psicoeducación junto al familiar y co-terapeuta. Los contenidos propios de la psicoeducación se recordaran a lo largo del proceso terapéutico dependiendo de las necesidades de cada caso.
- Si el paciente presentara alguna otra problemática de las descritas anteriormente se iniciara el tratamiento de las mismas y después se procederá con la terapia cognitiva individualizada para el TOC.
- Una sesión (o más, dependiendo de las necesidades) se dedicará a la elaboración, entre psicólogo, co-terapeuta y afectado, del programa de exposición. A partir de aquí comenzaremos con la terapia de exposición.

Durante la aplicación de la terapia de exposición iremos alternando terapia cognitiva y motivación para afianzar cambios en la estructura o esquemas base del paciente.

Esta estructura genérica de las sesiones estará sujeta a las necesidades individuales del paciente, de manera que será muy susceptible de modificación.

Las terapias (dependiendo si son intensivas u ordinarias) de la Asociación TOC Granada tendrán una duración, en principio, indeterminada. Dependerá principalmente, como hemos dicho, de las características individuales del trastorno y del paciente, dejándose bajo el criterio clínico de la psicóloga titular, estimándose de media 2-3 meses para intensivas y entre 6 y 12 para ordinarias.

## **5.- ACTUACIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA TERAPIA.**

### **5.1- CONFECCIONAR UN PLANNING DE TAREAS DIARIAS.**

**Es fundamental elaborar un cuadrante con horarios de las actividades de cada día. La cama, el sillón o el sedentarismo es lo peor que puede hacer el paciente para recuperarse de éste problema. Se trata de modificar los hábitos adquiridos.**

### **5.2- PLANIFICAR JUNTO CON EL TERAPEUTA UN PROYECTO DE VIDA** si no lo hubiera, tanto a nivel familiar, social, laboral.

### **5.3- LA FIGURA DE PADRINO:**

Esta figura será aportada por el psicólogo en caso de necesidad.

Consiste en una persona que ya ha superado el TOC y que, a través de un contacto directo o telefónico, motiva y aconseja al paciente principiante.

Tanto padrino como apadrinado se benefician de ésta figura, pues el primero incrementa su autoestima al verse ayudando y el apadrinado principiante se encuentra muy motivado al oír a otra persona frases como, “yo antes estaba igual o peor que tú”.

Por tanto el paciente, idealmente, dispondrá de su psicólogo, el co-terapeuta más su padrino (se valorarán las necesidades de cada caso). De ahí que cuente con varias personas para abordar los bajones emocionales y las situaciones comprometedoras de un alto nivel de ansiedad que lo lleven a realizar la conducta compulsiva. Se pretende dotarlo del suficiente apoyo para cambiar sus hábitos por otros mucho más fortalecedores y saludables.

### **5.4- REGISTROS DIARIOS:**

Una vez avanzada la terapia de exposición, y cuando el psicólogo lo considere necesario, el afectado enviará por email tres registros relativos a:

**Compulsiones**, entendiéndose como tales todas aquellas conductas, pensamientos o evitaciones que nos hagan disminuir nuestra ansiedad.

**Credibilidad al pensamiento.** Valorar de 0 a 10 el nivel de ansiedad, siendo 10 el máximo y 0 el mínimo.

**Bienestar Personal.** Valorar de 0 a 10, siendo 10 el mayor bienestar y 0 un día de los llamados “fatales”.

El mejor registro que se puede obtener es el de: 0 - 0 - 10.

## **5.5- GRUPOS DE AYUDA-MUTUA**

Entre los talleres ofertados por la Asociación, destacamos la importancia de los grupos de ayuda-mutua. Las reuniones se llevan a cabo, como mínimo, 2 veces por semana (martes y viernes 2 horas cada día) donde las psicólogas se alternarán en la tarea ejerciendo principalmente de moderadoras. Objetivos de tales grupos es romper con la soledad y el estigma que a menudo se asocian al Trastorno Obsesivo-Compulsivo y representan un espacio para compartir logros, miedos, temores, objetivos, dificultades y herramientas para el cambio, dentro de un entorno facilitador constituido por miembros que sufren el mismo trastorno. El paciente podrá permanecer en ellos el tiempo necesario para consolidar los cambios acontecidos en terapia y afianzar logros, o bien volver a ellos una vez terminada la terapia, para aportar su testimonio de recuperación.

## **5.6- OTROS SERVICIOS**

- Las personas que vengán a la asociación para la terapia integral intensiva, independientemente de ser recibidos por una de las psicólogas titulares, dispondrán de una psicóloga en prácticas de atención al paciente.

- Para aquellas personas que sigan presentando un TOC muy resistente después de someterse a una terapia ordinaria o intensiva, la asociación y su equipo terapéutico están inmersos en un proyecto, en estudio, consistente en que la psicóloga en prácticas conviva en casa del afectado las 24 h del día durante un mes. Será su “lazarillo” al objeto de ir modificando sus conductas y realizar las EPR de una forma más continuada, contribuyendo así a tener mayores posibilidades de romper ese círculo vicioso en el que está atrapada la persona con TOC. Dicha psicóloga deberá haber estado presente, junto con la titular del caso, en todas las sesiones de la intensiva u ordinaria, para poder conocer en profundidad todo lo relacionado con el paciente. Este programa se aplica bajo la diaria dirección de la psicóloga titular del paciente y a criterio clínico de la psicóloga titular.

## **5.7- PREVENCIÓN DE RECAÍDAS:**

A fin de mantener los cambios derivados del proceso terapéutico, la psicóloga, junto con el paciente, elaborará un “proyecto de vida” basado en sus valores, donde queden reflejados las acciones que acercan al paciente a sus metas personales.

Advertir al paciente de la posibilidad de que se experimente alguna recaída, preparándolo para su aceptación y continuación de su propósito de avanzar en dirección a lo que le importa y ha aprendido durante la terapia. La psicóloga puede ayudar al paciente a elaborar listas de situaciones de alto riesgo y estrategias para afrontarlas, apoyándonos en la revisión de las recaídas previas que ha podido experimentar a lo largo de la terapia y la manera en que les hizo frente. Se puede entregar material específicamente diseñado para la prevención de recaídas.

## **6.- CONCLUSIONES GENERALES:**

Todo éste protocolo está basado en los manuales especializados de Terapia Cognitiva Conductual, así como en el estudio y análisis de la distintas opiniones de personalidades científicas del mundo del TOC (Dr. Jeffrey Schwartz, la Dra. Edna Foa, el Dr. David Veale, etc.) y en la opinión y experiencia de nuestro equipo terapéutico.

Consensuado y aprobado posteriormente por el Presidente y Directiva de la Asociación.

El presente Protocolo de Trabajo queda abierto y sujeto a modificación periódica (anual), así como cualquier defecto de forma o contenido que se podrá modificar sobre la marcha.

**ANEXO I.**

**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

**Nombre:**

**Edad:**

**Estudios:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Profesión:**

**VALORACIÓN PERSONAL**

- Estructura y Situación Familiar:
  
- Estructura y Situación Social:
  
- Situación laboral o educativa:
  
- Hobbies :

## VALORACIÓN DEL TRASTORNO

- Antecedentes familiares
- Inicio del trastorno, (Antecedentes)
- Evolución del trastorno, (Precipitantes y mantenedores)
- Frecuencia e intensidad
- Conciencia de enfermedad
- Medicación actual y duración:
- Sueño y ejercicio físico
- Patologías añadidas, en comorbilidad
- Tratamientos recibidos

**VALORACIÓN FUNCIONAL DEL PENSAMIENTO**  
**OBSESIVO**

- Desencadenantes externos de obsesiones.
- Pensamientos, impulsos, imágenes, dudas obsesivas.
- Interpretaciones de pensamientos intrusivos.
- Consecuencias temidas de la exposición a desencadenantes obsesivos.
- Temores de ansiedad/molestia a largo plazo.

## COMPORTAMIENTOS DE ASEGURACIÓN

- **Evitación pasiva** (identificar su relación con el temor obsesivo; p.ej., evitar los edificios antiguos por temor al asbesto)
- **Rituales compulsivos manifiestos** (identificar relaciones con el temor obsesivo; p.ej., verificar la puerta para prevenir un robo; búsqueda de confirmación).
- **Neutralizaciones**, Rituales mentales, (p.ej., supresión de pensamientos, revisión mental, uso de imágenes positivas, identificar relaciones con el temor obsesivo)
- **Rituales mentales y conductuales menos evidentes**
- **EVALUACIÓN DE LA MOTIVACIÓN**

## ANALISIS FUNCIONAL DEL PACIENTE

## CONCLUSIÓN Y TRATAMIENTO