

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Propuesta de programa de
intervención en adultos con
síntomatología obsesivo-compulsiva
(subtipo contaminación y limpieza)
durante la pandemia COVID-19**

Autora: Rosa María Prieto Miguel

Directora: Dra. Virginia Martín Romera

Alcalá de Henares, 2021

**Máster Universitario en
Psicología General Sanitaria**

Centro Universitario Cardenal Cisneros
Universidad de Alcalá

ÍNDICE

1. <i>Abstract</i>	5
2. Palabras clave (<i>keywords</i>)	6
3. Introducción y justificación del tema elegido	6
4. Objetivos e hipótesis	8
4.1. Objetivo principal	8
4.2. Objetivos específicos	8
4.3. Hipótesis de trabajo	8
5. Marco teórico	8
5.1. El trastorno obsesivo-compulsivo	9
5.1.1. Definición y criterios diagnósticos	9
5.1.2. Subtipos del trastorno obsesivo-compulsivo y subtipo contaminación y limpieza	9
5.1.3. Variables de riesgo y de protección	11
5.1.4. Prevalencia, desarrollo y curso	12
5.1.5. Comorbilidad	13
5.1.6. Tratamiento del TOC	14
5.1.7. La exposición con prevención de respuesta	19
5.1.8. La terapia cognitivo-conductual por Internet para el TOC	19
5.2. La pandemia COVID-19	22
5.2.1. Origen del virus y de la pandemia	22
5.2.2. Formas de transmisión y síntomas de la infección por SARS-CoV-2 ...	22
5.2.3. Medidas de prevención en España y el mundo	23
5.3. COVID-19 y salud mental	23
5.3.1. El impacto de la pandemia COVID-19 en los pacientes con TOC	23
5.3.2. Consideraciones para el tratamiento del TOC durante la pandemia COVID-19	26

5.3.3. Impacto de la terapia de exposición con prevención de respuesta para el TOC durante la pandemia COVID-19	27
6. Metodología de investigación	28
6.1. Fuentes de información empleadas	28
6.2. Criterios de inclusión, términos de búsqueda y operadores	28
7. Propuesta de intervención	29
7.1. Presentación de la propuesta	29
7.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta	31
7.3. Contexto en el que podría aplicarse la propuesta	31
7.4. Metodología, recursos e instrumentos	32
7.4.1. Metodología	32
7.4.2. Recursos	33
7.4.3. Instrumentos	33
7.5. Actividades	34
7.5.1. Sesión informativa previa	35
7.5.2. Cribado	35
7.5.3. Primera sesión	35
7.5.4. Segunda sesión	36
7.5.5. Tercera sesión	37
7.5.6. Cuarta sesión	38
7.5.7. Quinta sesión	38
7.5.8. Sesiones sexta a vigésimo primera	39
7.5.9. Sesiones vigésimo segunda y tercera	40
7.5.10. Vigésimo cuarta sesión	41
7.5.11. Seguimiento	41
7.6. Cronograma de aplicación	41
7.7. Evaluación de la propuesta	42
8. Conclusiones	43

Propuesta de programa de intervención en adultos con sintomatología obsesivo-compulsiva
(subtipo contaminación y limpieza) durante la pandemia COVID-19

9. Referencias	46
10. Anexos	57
10.1. Anexo 1	57
10.2. Anexo 2	58
10.3. Anexo 3	59
10.4. Anexo 4	60
10.5. Anexo 5	61
10.6. Anexo 6	62

1. Abstract

La pandemia COVID-19 ha causado un gran impacto psicológico en la población general y, especialmente, en las personas que sufren sintomatología obsesivo-compulsiva del subtipo contaminación-limpieza. El miedo al contagio de coronavirus y las medidas de prevención establecidas (confinamiento, lavado de manos y distancia social) propician una exacerbación de dicha sintomatología.

El presente programa de intervención tiene como objetivo la reducción o eliminación de la sintomatología propia del trastorno obsesivo-compulsivo, concretamente del subtipo contaminación-limpieza, que se haya iniciado o exacerbado en personas adultas a raíz de esta pandemia.

Para ello, se realiza en primer lugar un análisis sistemático de la literatura existente sobre el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. Tras ello, se propone un programa de intervención individual de doce semanas y veinticuatro sesiones en formato *online* o mixto (en función del contexto sociosanitario, las restricciones y el estado del paciente). La técnica principal de intervención es la exposición con prevención de respuesta.

Para valorar la eficacia de la intervención, se utilizan la Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones Y-BOCS (Goodman et al., 1989), el Inventario de Padua (Saviano, 1988) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (Spielberger et al., 1983) y se realizan tres mediciones: pretest (en el cribado de participantes), posttest (al término de la intervención) y en el seguimiento a los tres meses.

La aplicación práctica de esta propuesta es de gran utilidad para poder trabajar con aquellas personas que debido al contexto de la pandemia tienen dificultad para acceder a una intervención psicológica.

The COVID-19 pandemic has had a significant psychological impact on the general population, and even more so in individuals who suffer from symptoms of the Obsessive-Compulsive Disorder subtype of Contamination Obsessions, as the fear of

Propuesta de programa de intervención en adultos con sintomatología obsesivo-compulsiva (subtipo contaminación y limpieza) durante la pandemia COVID-19

viral infection and the established methods of prevention (quarantine, hand-washing and social distancing) foster an exacerbation of said symptoms.

This intervention program focuses on the reduction or elimination of the OCD symptoms (subtype of Contamination Obsessions) that started or became exacerbated in adult people as a result of the pandemic.

After a systemic analysis of the existing literature on the treatment of Obsessive Compulsive Disorder, the following program was proposed: individual therapy for 12 weeks and 24 sessions, either online or hybrid (dependent on public health guidelines and restrictions where the client resides and their current psychological status). The principal treatment intervention is exposure with response prevention.

In order to demonstrate the efficacy of the intervention, the program uses the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS, Goodman et al., 1989), the Padua Inventory (Saviano, 1988), and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI, Spielberger et al., 1983), conducted at three intervals: pre-test (in the screening of participants), post-test (at the end of the intervention), and at a three-month follow up check in.

This program is designed to practically meet the needs of those individuals who, given the limitations of the pandemic, have had difficulty accessing mental health support.

2. Palabras clave (keywords)

Trastorno obsesivo-compulsivo, coronavirus, contaminación, intervención, exposición con prevención de respuesta.

Obsessive-compulsive disorder, coronavirus, contamination, intervention, exposure and response prevention.

3. Introducción y justificación del tema elegido

Este trabajo se centra en la investigación de los tratamientos para el trastorno obsesivo-compulsivo (en adelante, TOC) y de cómo ha afectado la pandemia COVID-19 a las personas con la sintomatología propia de este trastorno. Tras esto se ha

diseñado un programa de intervención dirigido a mejorar la sintomatología obsesivo-compulsiva del subtipo contaminación y limpieza en adultos durante la pandemia COVID-19.

La elección de este tema se ha fundamentado en dos razones. La primera es de índole personal. La autora de este trabajo fue diagnosticada con TOC hace varios años. A raíz del confinamiento, ha experimentado una exacerbación de sus obsesiones de contaminación, enfermedad, etc. y de sus compulsiones. Por esto, se infiere que otras personas con esta misma sintomatología podrían haber sufrido un empeoramiento, lo que posteriormente se ha contrastado en la literatura científica.

Por otra parte, con la llegada de la COVID-19 a nivel internacional, los pacientes con TOC se enfrentan al miedo al contagio y a la ansiedad producida por el confinamiento domiciliario que se ha impuesto como herramienta de contención del virus en muchos países, como España.

En este sentido, el 13 de marzo de 2020 el Presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, decretó el estado de alarma en España. Esta medida tenía como objetivo reducir el número de contagios que estaba creciendo exponencialmente (Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19).

Para ello, se instauró el confinamiento mediante la «limitación de la libertad de circulación de las personas», que solo podrían salir de su domicilio para tareas indispensables o de fuerza mayor.

Además, el especial hincapié que se ha venido haciendo en los medios de comunicación sobre el cumplimiento de unas medidas básicas de prevención (lavado de manos frecuente, distancia social) puede empeorar la sintomatología de las personas con TOC, especialmente en el subtipo de contaminación y limpieza, ya que refuerzan sus compulsiones (Kumar y Somani, 2020).

En la actualidad existen tratamientos efectivos para el tratamiento del TOC, tanto en formato presencial (Ponniah et al., 2013) como a través de Internet (Andersson et

al., 2012). Sin embargo, el posible empeoramiento de la calidad de vida de las personas con TOC debido al coronavirus (Sulaimani y Bagadood, 2020) pone de manifiesto la necesidad de desarrollar un programa de intervención específico adaptado al contexto sociosanitario de la pandemia.

4. Objetivos e hipótesis

4.1. Objetivo principal.

El objetivo principal de este trabajo es aprender a reducir o mejorar la sintomatología (obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza) de los adultos con TOC que hayan experimentado un inicio o empeoramiento de dicha sintomatología en el contexto de la pandemia COVID-19 mediante el diseño de un programa de intervención adaptado.

4.2. Objetivos específicos.

Revisar la eficacia de los tratamientos existentes para la sintomatología obsesivo-compulsiva.

Evaluar la eficacia de los programas para el tratamiento del TOC a través de Internet y analizar las características de estos tratamientos virtuales.

4.3. Hipótesis de trabajo.

La hipótesis del presente trabajo es que al adaptar los tratamientos eficaces para el TOC (tanto presenciales como *online*) al contexto de la pandemia y desarrollar una propuesta de intervención específica que pueda ser administrada tanto a distancia a través de Internet como presencialmente, la sintomatología presente en estos adultos (ansiedad, obsesiones de enfermedad y contagio, compulsiones de lavado de manos, aislamiento, etc.) se reducirá o mejorará.

5. Marco teórico

5.1. El trastorno obsesivo-compulsivo

5.1.1. Definición y criterios diagnósticos

El TOC es un trastorno caracterizado por la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas (American Psychiatric Association, en adelante APA, 2014; Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, 2018).

Por un lado, se pueden definir las obsesiones como pensamientos recurrentes que la persona experimenta como intrusos o no deseados y que le suelen causar ansiedad o malestar. Por ello intenta ignorarlos, suprimirlos o neutralizarlos con otros pensamientos o acciones, que serían las compulsiones (OMS, 2018).

Por otro, las compulsiones son conductas o actos mentales repetitivos que se ponen en práctica como respuesta a las obsesiones o en función de unas reglas propias que el individuo debe cumplir de forma rígida (APA, 2014; OMS, 2018).

Estas tienen como objetivo eliminar o reducir el nivel de ansiedad o malestar o evitar la ocurrencia de sucesos o situaciones temidas, si bien las compulsiones no están conectadas de forma realista con las situaciones a neutralizar o prevenir o resultan claramente excesivas (APA, 2014).

Además de la presencia de obsesiones o compulsiones, la APA (2014) recoge otros criterios diagnósticos y especificadores, que se muestran en el anexo 1.

En las ediciones anteriores del DSM (APA, 2002) el TOC estaba incluido en los trastornos de ansiedad. En esta nueva edición (APA, 2014) se ha creado un capítulo dedicado al TOC y trastornos relacionados (dismórfico corporal, tricotilomanía, acumulación, etc.) debido a la evidencia de una relación entre estos trastornos y la utilidad de esta agrupación para los clínicos.

5.1.2. Subtipos del trastorno obsesivo-compulsivo y subtipo contaminación y limpieza

Existen diversas clasificaciones de las dimensiones o subtipos del TOC. El presente trabajo se centrará en las clasificaciones empíricas, que utilizan listados de síntomas obtenidos a través de autoinformes o entrevistas (García-Soriano et al., 2008).

La Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*, Goodman et al., 1989), la herramienta principal para la evaluación del TOC, distingue cuatro dimensiones o subtipos en función de la sintomatología manifestada. Son: contaminación y limpieza, orden y simetría, acumulación (*hoarding*) y sexo, religión y agresión. Estos subtipos no son excluyentes entre sí, sino que un paciente puede manifestar síntomas de varios tipos.

También Belloch et al. (2017), tras hacer una revisión sobre las diversas propuestas taxonómicas, hablan de siete tipos no excluyentes entre sí: «obsesiones puras, compulsiones de limpieza, de comprobación, de repetición, de orden, de acumulación y lentitud obsesiva».

El subtipo obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza, en el que está enfocado este trabajo, es la presentación fenomenológica más común del TOC (Rasmussen y Eisen, 1992). Se caracteriza por presentar obsesiones de contaminación al contacto con objetos o personas. Las compulsiones (lavarse las manos, desinfectar el hogar y los productos de uso diario, duchas largas, etc.) normalmente deben hacerse de una determinada manera, que suele ser repetitiva (Belloch et al., 2017).

Aunque el lavado de manos es la compulsión más vista, según Rasmussen y Eisen (1992) los pacientes prefieren evitar tocar los objetos contaminados antes que lavarse. Los contaminantes más frecuentemente identificados son el polvo o los gérmenes pero no son los únicos. La mayor parte de las personas afectadas por este subtipo informan de que la ansiedad es el afecto principal pero también experimentan asco y vergüenza, que suelen estar ligados a la culpa. Además, estos pacientes parecen estar más preocupados de que sus seres queridos se pongan enfermos por su culpa que de contagiarse ellos mismos (Rasmussen y Eisen, 1992).

5.1.3. Variables de riesgo y de protección

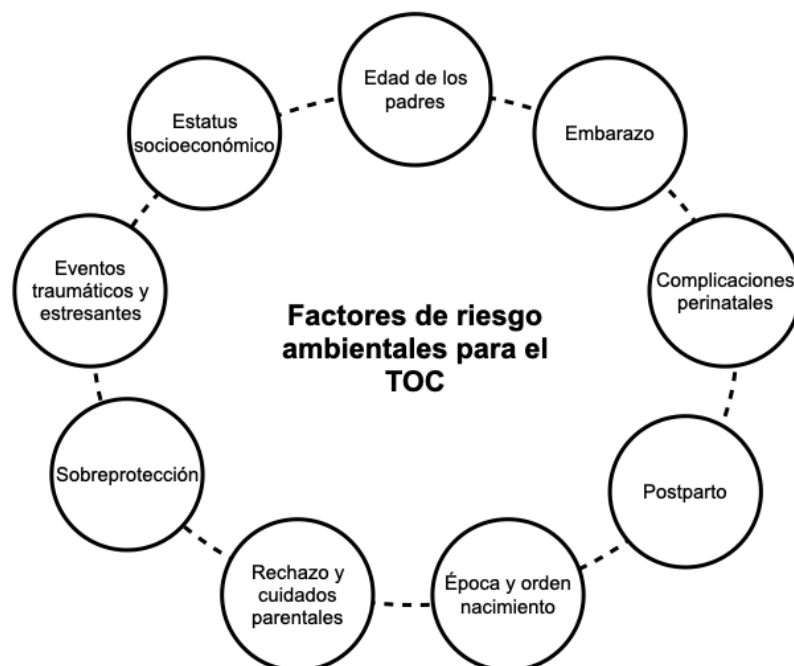
En el DSM-5 (APA, 2014) se recogen diversos factores que parecen ser de riesgo para desarrollar TOC y se clasifican en temperamentales, ambientales y genéticos o fisiológicos.

Los primeros hacen referencia a una mayor emotividad negativa, inhibición de conductas en edades tempranas e interiorización. Los ambientales, por ejemplo, a sufrir maltrato en la infancia o presenciar sucesos traumáticos, determinadas infecciones o desarrollar síndrome autoinmune posinfeccioso. Los últimos se refieren a tener familiares en primer grado con presencia del trastorno y a sufrir disfunciones de las cortezas orbitofrontal, cingulada anterior y cuerpo estriado.

En la figura 1 se pueden observar los principales factores de riesgo ambientales identificados tras la revisión de 128 estudios en muestras de todas las edades (Brander et al. 2016).

Figura 1

Principales factores de riesgo ambientales identificados en una revisión de 128 estudios (Brander et al., 2016).



El estudio experimental realizado por Bouchard et al. (1999) pone de relieve la relación de dos variables, perfeccionismo y sobreestimación de la responsabilidad, que parecen estar involucradas en el desarrollo de comportamientos obsesivo-compulsivos como la conducta de verificación.

Esta investigación sugiere que si el perfeccionismo alcanza niveles desadaptativos puede predisponer a las personas a sobreestimar su responsabilidad en la aparición de eventos negativos, lo que a su vez contribuiría en las conductas de verificación (Bouchard et al., 1999).

El TOC es una patología que, de no tratarse, puede cronificarse (APA, 2014). Van Oudheusden et al. (2017) evalúan los factores que intervienen en la cronificación del trastorno. Los resultados sugieren que algunos pacientes (con una historia traumática, sin pareja o que hayan experimentado recientemente algún suceso negativo en sus vidas) tienen mayor riesgo de desarrollar cronicidad. Asimismo, la duración y la severidad del trastorno son variables que contribuyen a mantenerla.

La literatura científica sobre los factores de protección del TOC es escasa, especialmente al compararla con los factores de riesgo. En este sentido, Fullana et al. (2019) estudian los factores de riesgo y protectores de los trastornos de ansiedad y obsesivo-compulsivos mediante la realización de una revisión paraguas de revisiones sistemáticas y metaanálisis. En relación con los del TOC, afirman que ninguno de los factores estudiados muestra evidencia de ser factor protector o de riesgo para este trastorno.

Asimismo, un estudio de Stavropoulos et al. (2017) analiza la sintomatología obsesivo-compulsiva en una muestra de adolescentes griegos. Los resultados permiten inferir que ser varón y tener mayor estabilidad emocional a los 16 años son factores de protección frente al TOC.

5.1.4. Prevalencia, desarrollo y curso

La prevalencia del TOC a nivel mundial oscila entre el 1,1% y el 1,8% de la población según el DSM-5 (APA, 2014).

El *National Institute of Mental Health* (Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos) declara que aproximadamente el 1,2% de los adultos estadounidenses (de 18 años o más) sufrió TOC el año previo a la realización de la encuesta *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R). Esta herramienta fue diseñada para evaluar la prevalencia y correlaciones entre los trastornos mentales en los Estados Unidos realizada entre febrero de 2001 y abril de 2003 (Kessler et al., 2004).

Respecto al desarrollo del TOC, el DSM-5 (APA, 2014) indica que en Estados Unidos la edad a la que debuta el trastorno es 19,5 años. No suele iniciarse más tarde de los 35 y comienza antes en hombres (con un 25% de varones cuyos síntomas se manifiestan antes de los 10 años) que en mujeres.

5.1.5. Comorbilidad

El DSM-5 (APA, 2014) especifica la posibilidad de que las personas con TOC sufran otras patologías, como trastornos de ansiedad (76%), trastorno depresivo o bipolar (63%) o trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (TPOC, entre el 23 y el 32%). Además, hasta el 30% de las personas con TOC puede presentar a lo largo de su vida un trastorno de tics.

Los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo también pueden presentarse en las personas con TOC. La APA (2014) recoge la posible existencia de una asociación entre el TOC y el trastorno negativista desafiante u otros trastornos relacionados con la impulsividad. Asimismo, habla de la necesidad de evaluar la presencia de TOC en individuos con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo (prevalencia aproximada del 12%). Además, los pacientes con TOC presentan tasas elevadas de trastornos de la conducta alimentaria y síndrome de Tourette (APA, 2014).

Por otro lado, un estudio de Brakoulias et al. (2017) analiza una muestra de 3711 pacientes con TOC como trastorno primario procedentes de siete países (Brasil, India, Italia, Sudáfrica, Japón, Australia y España). Esta investigación concluye que los trastornos comórbidos más frecuentes en el momento del estudio son: trastorno

depresivo mayor (28,4%), TPOC (24,5%), trastorno de ansiedad generalizada o TAG (19,3%), fobias específicas (19,2%) y fobia social (18,5%). Sobre la coocurrencia a lo largo de la vida, la depresión mayor también fue el trastorno más comórbido (50,5%), seguido del TPOC (44,5%), fobia social (26,4%), fobias específicas (25,5%) y TAG (24%).

Torres et al. (2016) publicaron un estudio sobre las variaciones de la comorbilidad de los pacientes con TOC en función de las dimensiones de los síntomas. Este estudio concluye que la dimensión de contaminación y limpieza, que es la que nos ocupa, tiene mayor relación con el trastorno de ansiedad por enfermedad.

5.1.6. Tratamiento del TOC

A principios de la década de los 70, como refieren Emmelkamp et al. (2002), se pensaba que el TOC era una condición crónica y resistente al tratamiento. Años más tarde se ha comprobado que existen diversas opciones terapéuticas que permiten la reducción de la sintomatología obsesivo-compulsiva y la remisión del trastorno (Ponniah et al., 2013).

Es necesario incrementar el número de programas estructurados orientados al tratamiento del TOC, ya que no existen muchos. Belloch et al. (2017) proponen un programa de tratamiento cognitivo estructurado en: (1) evaluación; (2) dos sesiones de psicoeducación; (3) dieciséis sesiones de terapia cognitiva con la utilización de la reestructuración cognitiva de las creencias disfuncionales del TOC como técnica principal; y (4) dos sesiones de prevención de recaídas.

La Guía NICE para el tratamiento del TOC y el trastorno dismórfico corporal está basada en la evidencia y ofrece recomendaciones para profesionales sanitarios (NICE, 2005). Se propone un modelo de cuidado estructurado en pasos que se resumen en la tabla 1. Para una información más detallada de cada uno se recomienda consultar la guía.

Tabla 1

Resumen de las recomendaciones de la Guía NICE para el tratamiento del TOC en adultos.

Paso 1	Conocimiento.
Paso 2	Evaluación.
Pasos 3-5	Tratamiento inicial. Baja intensidad. Hasta 10 horas de terapia/paciente. Tipos: TCC (con EPR) con materiales. TCC (con EPR) por teléfono. TCC (con EPR) en grupo. En función del curso o severidad del TOC, valorar aumentar intensidad cambiar a farmacoterapia (ISRS) o combinación de ambos tratamientos. Si baja respuesta, revisión multidisciplinar para decidir curso de tratamiento.
Paso 6	Tratamiento intensivo. Ingreso de pacientes: peligro para la vida del paciente, severo autoabandono, comorbilidades o malestar extremo.

NOTA: TCC: terapia cognitivo-conductual; EPR: exposición con prevención de respuesta;

ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.

En la tabla 2 se recoge una revisión de las opciones terapéuticas para el tratamiento del TOC. Hay un procedimiento que destaca por encima del resto en cuanto a efectividad y evidencia científica, la exposición con prevención de respuesta.

Tabla 2

Opciones terapéuticas para el tratamiento del TOC

TRATAMIENTO	CLASIFICACIÓN	ESTUDIOS	PARTICIPANTES	CONDICIONES	DURACIÓN	MEDICIONES PRINCIPALES	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Terapia cognitivo-conductual	Tratamiento eficaz y específico.	Sousa et al., 2006.	N=56. Aleatorización.	1) Sertralina. 2) TCC grupal.	12 semanas.	Y-BOCS, Clinical Global Impressions-Severity of Illness scale.	No refiere.	Reducción mayor sintomatología e intensidad de compulsiones en TCC grupal. Remisión completa: 8 pacientes TCC vs. 1 sertralina.
		Whittal et al., 2010.	N=73. Aleatorización.	Tratamientos: 1) TCC. 2) Gestión de estrés. 3) Lista de espera. Inicio: 1) Inmediato. 2) Demorado.	12 horas terapia individual.	Y-BOCS; SCID.	6 y 12 meses.	Reducción significativa con tratamientos. La TCC mostró mayores cambios en las cogniciones relacionadas con el TOC.
Exposición con prevención de respuesta	Tratamiento eficaz y específico.	Foa et al., 2005.	N=122. Aleatorización.	1) EPR. 2) Clomipramina. 3) EPR+clomipramina. 4) Placebo.	12 semanas.	Y-BOCS, Clinical Global Impression Improvement Scale.	No refiere.	EPR y EPR+clomipramina superiores a clomipramina y placebo. Alta tasa de finalización del tto si EPR.
		Nakatani et al., 2005.	N=31. Aleatorización.	1) TC (EPR). 2) Fluvoxamina. 3) Control.	12 semanas.	Y-BOCS, Clinical Global Impression Improvement Scale.	No refiere.	Eficacia significativa ambos ttos. TC mejorías más significativas que fluvoxamina.
		Simpson et al., 2008.	N=108. Aleatorización.	1) EPR + farmacoterapia. 2) Gestión estrés + farmacoterapia.	17 sesiones (2/semana).	SCID, Y-BOCS, HAM-D, HAM-A.	No refiere.	Mayor decremento sintomatología TOC con EPR. Necesarias más sesiones para aumento mejoría.

Tabla 2 (continuación)

Opciones terapéuticas para el tratamiento del TOC

TRATAMIENTO	CLASIFICACIÓN	ESTUDIOS	PARTICIPANTES	CONDICIONES	DURACIÓN	MEDICIONES PRINCIPALES	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Terapia de saciación	Tratamiento probablemente eficaz.	Khodarahimi, 2009.	N=60 (varones). Aleatorización.	1) Saciación. 2) EPR. 3) Lista de espera.	12 sesiones (2/semana).	Y-BOCS.	3 y 6 meses.	Tratamientos mejoría significativa vs. Lista de espera.
Terapia puramente cognitiva (sin EPR)	Tratamiento probablemente eficaz.	van Balkom et al., 1998.	N=117. Aleatorización.	1) TC. 2) EPR. 3) Fluvoxamina + TC. 4) Fluvoxamina + EPR. 5) Lista de espera.	16 semanas.	Y-BOCS, Anxiety Discomfort Scale, Padua Inventory-Revised.	No refiere.	Ttos. Mejoras significativas vs. Control. Sin diferencias significativas entre terapia+farma vs. solo terapia.
Terapia de aceptación y compromiso (ACT)	Tratamiento probablemente eficaz.	Twohig et al., 2010.	N=79. Aleatorización.	1) ACT. 2) Entrenamiento relajación progresiva.	8 sesiones.	Y-BOCS, BDI-II, QLS.	3 meses.	ACT mejoría significativa de sintomatología (vs. Relajación) tanto en postest como en seguimiento.
		Twohig et al., 2018.	N=58. Aleatorización.	1) EPR. 2) ACT + EPR.	16 sesiones individuales (2/semana).	Y-BOCS, DOCS, BDI-II, AAQ-16.	6 meses.	Ambos tratamientos fueron altamente eficaces. Sin diferencias significativas entre sí.
Gestión del estrés	Tratamiento probablemente eficaz.	Whittal et al., 2010.	N=73. Aleatorización.	Tratamientos: 1) TCC. 2) Gestión de estrés. 3) Lista de espera. Inicio: 1) Inmediato. 2) Demorado.	12 horas terapia individual.	Y-BOCS; SCID.	6 y 12 meses.	Reducción significativa con tratamientos. La TCC mostró mayores cambios en las cogniciones relacionadas con el TOC.

Tabla 2 (continuación)

Opciones terapéuticas para el tratamiento del TOC

TRATAMIENTO	CLASIFICACIÓN	ESTUDIOS	PARTICIPANTES	CONDICIONES	DURACIÓN	MEDICIONES PRINCIPALES	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR)	Tratamiento probablemente eficaz.	Nazari et al., 2011.	N=90. Aleatorización.	1) EMDR. 2) Citalopram.	12 semanas.	Y-BOCS.	No refiere.	Ambas condiciones mejoría significativa. EMDR: mejores resultados a corto plazo.
Entrevista motivacional y mapa cognitivo (añadidos a la TCC)	Tratamiento probablemente eficaz.	Meyer et al., 2010.	N=40. Aleatorización.	1) TCC grupal. 2) TCC grupal + entrevista motivacional y mapa cognitivo.	12 semanas.	Y-BOCS.	No refiere.	Mejoría significativa de TCC grupal + entrevista motivacional y mapa cognitivo vs. TCC grupal.

NOTA: TCC: terapia cognitivo-conductual; Y-BOCS: Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown; SCID: Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV-TR; EPR: exposición con prevención de respuesta; TC: terapia de conducta; HAM-D: Escala de Depresión de Hamilton; HAM-A: Escala de Ansiedad de Hamilton; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck, 2ª ed.,; QLS: Escala de Calidad de Vida; ACT: Terapia de aceptación y compromiso; DOCS: Escala dimensional obsesivo-compulsiva; AAQ-16: Cuestionario de aceptación y compromiso (versión de 16 ítems); EMDR: desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.

5.1.7. La exposición con prevención de respuesta

La exposición en vivo con prevención de respuesta (EPR) es la técnica psicológica de primera elección para el tratamiento del TOC (Caballo et al., 2016), ya que tiene mayor efectividad y menor tasa de recaídas (Emmelkamp, 1982, Foa et al., 1985, Marks et al. 1988, citados por Labrador et al., 2004).

Consiste en la exposición sistemática del sujeto a los estímulos que desencadenan pensamientos obsesivos, como tocar un objeto no desinfectado, y a continuación evitar que se realicen las compulsiones, como lavarse las manos (Díaz García et al., 2012), con el objetivo de conseguir la habituación a estos estímulos (Labrador et al., 2004).

La habituación es el mecanismo por el cual las personas se familiarizan con los estímulos que les causan ansiedad o malestar, como los pensamientos obsesivos, y por consiguiente disminuyen su tasa de respuesta (rituales) ante estos (Díaz García et al., 2012).

En este sentido, la EPR funciona porque a través de las exposiciones se desmienten los pensamientos distorsionados (Hezel y Simpson, 2019). Estas autoras describen los apoyos teóricos de la EPR, valoran las pruebas de su eficacia y proponen retos para mejorar los resultados. Por ejemplo, incrementar el acceso al tratamiento mediante un programa de EPR autoadministrado por Internet (con apoyo del terapeuta) o integrar los enfoques biológico y psicológico, además de considerar alternativas como la terapia de aceptación y compromiso.

5.1.8. Terapia cognitivo-conductual por Internet para el trastorno obsesivo-compulsivo

La terapia cognitivo-conductual (TCC) administrada por ordenador, especialmente mediante Internet, ha demostrado su capacidad para el tratamiento efectivo de los trastornos depresivos y de ansiedad, de forma que esta terapia pueda llegar a personas que de otra forma no recibirían ningún tratamiento (Andrews et al., 2010).

En el contexto de la COVID-19, en que el confinamiento domiciliario o las restricciones de movilidad son algunas de las principales medidas para frenar el avance del virus, la posibilidad de poder realizar intervenciones psicológicas a través de Internet permite ayudar a más personas.

Una de las cuestiones relevantes del tratamiento administrado por Internet puede ser su relación coste/efectividad en comparación con la terapia convencional (presencial).

En este sentido, Osborne et al. (2019) realizaron un estudio en el que comparaban los costes y beneficios económicos de la TCC por Internet con la terapia de relajación progresiva por Internet y la TCC presencial. Si bien todas las opciones de tratamiento ofrecían beneficios sustanciales a la sociedad, el análisis muestra que la TCC administrada por Internet es el tratamiento con mejor tasa coste/efectividad.

Además, un dato a considerar es que esta forma de administración de la TCC requiere una quinta parte del tiempo que conllevaría una terapia presencial (Mahoney et al., 2014).

Sin embargo, cabe señalar que, aunque un grupo de pacientes compartan una etiqueta diagnóstica, cada persona y cada caso es completamente distinto. Por ello la aplicación de programas estandarizados como ICBT, con contacto limitado con el terapeuta (Andersson et al., 2012; Mahoney et al., 2014), podría resultar más beneficiosa si se amplía el grado de interacción con el terapeuta. De esta forma se podrá trabajar de forma individualizada en función de las necesidades de cada persona.

En la tabla 3 pueden verse diferentes programas de TCC por Internet para el tratamiento del TOC.

Tabla 3

Programas de terapia cognitivo-conductual por Internet para el tratamiento del TOC.

TRATAMIENTO O PROGRAMA	ESTUDIOS	MUESTRA	CONDICIONES	DURACIÓN	MEDICIÓN PRINCIPAL	SEGUIMIENTO	RESULTADOS
BIP OCD Junior	Aspvall et al. (2018).	N=11. 7-11 años.	Todos los participantes realizaron el mismo programa.	12 semanas.	CY-BOCS.	3 meses.	Mejoría significativa en la sintomatología. Los resultados se mantuvieron en el seguimiento.
BIP OCD (TCC)	Lenhard et al. (2017).	N=67. 12-17 años. Aleatorización.	1) BIP OCD. 2) Lista de espera.	12 semanas.	CY-BOCS.	3 meses.	BIP OCD superior a lista de espera. Mejorías significativas del postratamiento al seguimiento.
	Aspvall et al. (2020).	N=31. 7-17 años.	Todos los participantes realizaron el mismo programa.	12 semanas.	CY-BOCS.	3 meses.	Mejorías significativas entre pre y postratamiento. Reducción sintomatología hasta en seguimiento.
ICBT (TCC por Internet)	Andersson et al. (2012).	N=101. Adultos. Aleatorización.	1) ICBT. 2) Control (terapia online de apoyo).	10 semanas.	Y-BOCS.	4 meses.	Mejoría significativa con ambos tratamientos. Proporción de pacientes con mejoría clínicamente significativa: 60% ICBT vs. 6% control.
	Mahoney et al. (2014).	N=67. Adultos. Aleatorización.	1) ICBT. 2) Control (continuación terapia habitual).	10 semanas.	DOCS, OBQ-20.	3 meses.	Alta adherencia ICBT (75%). Mejorías mantenidas durante seguimiento. 54% de pacientes dejaron de cumplir criterios TOC.

NOTA: CY-BOCS: Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown para niños; TCC: terapia cognitivo-conductual; ICBT: *Internet-based cognitive behaviour therapy*;

Y-BOCS: Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown; OBQ-20: Cuestionario de pensamientos obsesivos.

5.2. La pandemia COVID-19

5.2.1. Origen del virus y de la pandemia

En relación con el origen de la pandemia, en diciembre de 2019 se produce en Wuhan (China) el brote de una enfermedad infecciosa causada por el SARS-CoV-2. Este se origina, según la OMS (2020c), por la exposición en un mercado de pescados y mariscos en esta ciudad.

El 31 de diciembre se notificaron en la oficina de la OMS en China los casos producidos por la exposición en el mercado, cerrado al día siguiente. Sin embargo, también parece haber algunos casos con síntomas similares en esta misma área geográfica a principios de diciembre.

La evidencia científica sugiere que el origen del virus, cuya secuencia genética fue publicada en torno al 11 de enero, es animal, concretamente de poblaciones de murciélagos.

Los primeros casos de personas infectadas de SARS-CoV-2 fuera de China se produjeron en Tailandia y Japón, a mediados de enero de 2020. El 21 de enero el virus llegó a los Estados Unidos y el 24 a Europa, por tres personas que viajaron a Francia desde Wuhan . El primer caso de coronavirus en España fue registrado el 31 de enero de 2020 en La Gomera. Se trataba de un paciente alemán ingresado en estado leve que había tenido contacto con un infectado en su país de origen (Arroyo, 2020). El 24 de febrero fueron detectados los primeros casos en la península.

5.2.2. Formas de transmisión y síntomas de la infección por SARS-CoV-2

Según la OMS (2020b), la infección COVID-19 se propaga cuando alguien que ya está infectado entra en contacto cercano con otra persona. El virus puede transmitirse por el aire a partir de las gotículas o aerosoles, partículas líquidas expulsadas por la persona infectada cuando esta habla, estornuda... Estas partículas pueden permanecer en el aire o sobre algunas superficies u objetos. Si posteriormente una

persona no infectada toca estas superficies y se lleva las manos a los ojos, boca o nariz sin habérselas lavado, o si las partículas que floten en el aire entran en contacto con estas mucosas, el virus se propagará.

Según el Ministerio de Sanidad de España (2020), los síntomas más comunes de esta infección son fiebre, tos y sensación de falta de aire. Además, pueden presentarse también dolor de cabeza, cansancio, dolor muscular, diarrea, vómitos, pérdida del sentido del olfato y del gusto, etc.

5.2.3. *Medidas de prevención en España y el mundo*

Las autoridades sanitarias en todo el mundo, con la OMS a la cabeza, y en España el Ministerio de Sanidad, han recomendado adoptar una serie de medidas de higiene y seguridad para prevenir el contagio de COVID-19 (OMS, 2020a).

Estas son lavarse las manos con agua y jabón de forma frecuente, no tocarse la cara (principalmente ojos, nariz y boca), cubrirse boca y nariz con el codo o con un pañuelo desechable al estornudar, limpiar y desinfectar superficies como grifos, picaportes... y guardar al menos un metro de distancia con otras personas.

Estas recomendaciones han ido actualizándose periódicamente y en la actualidad se incluye también la utilización de mascarilla, obligatoria en España.

5.3. COVID-19 y salud mental

5.3.1. *El impacto de la pandemia COVID-19 en los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo*

La pandemia originada por el coronavirus está teniendo graves implicaciones en la salud mental de la población general. El alcance todavía no se conoce con exactitud. Según Wang et al. (2020), es posible que la población general experimente sintomatología de ansiedad, estrés y depresión de moderada a grave. Además, el personal sanitario experimentará estos síntomas con mayor frecuencia e intensidad.

Como ponen de manifiesto Jeong et al. (2016) en un estudio sobre el estado de salud mental de la población aislada debido al Síndrome Respiratorio de Oriente Medio, los problemas psicológicos que aparecen en la población general «podrían

estar más vinculados con la situación social que se genera y con las medidas para prevenir el contagio del virus». Este estudio habla del impacto negativo del aislamiento en Corea, donde se reportó sintomatología de ansiedad que persistió entre 4 y 6 meses después del confinamiento.

Si bien este es un problema de salud general en todo el mundo, hay un sector de la población al que esta situación afecta especialmente por su preocupación preexistente por la higiene y su necesidad compulsiva de limpieza: las personas con TOC (Banerjee, 2020).

En esta línea, el doctor Banerjee expone en una carta al editor de la publicación *Psychiatry Research* (Banerjee, 2020) que en todo el mundo se ha reportado un incremento de los síntomas del TOC, del malestar y la preocupación por el virus. Además, hay algunos factores que pueden empeorar los síntomas de las personas que sufren TOC.

Estos son: (1) incremento en la demanda del lavado de manos; (2) importancia de seguir determinados pasos a la hora de lavarse las manos (patrones rituales); (3) necesidad de lavarse las manos cada vez que la persona viene de la calle o sospecha que ha podido exponerse (justificación cognitiva de la conducta problema); (4) indicación de los familiares de asegurar unas medidas higiénicas estrictas y viceversa; (5) carga constante de información procedente de los medios de comunicación de que el virus puede estar activo en algunas superficies (aumento de obsesiones de contaminación); (6) normalización del incremento en las rumiaciones y de lavarse o ducharse frecuentemente como medida de precaución en la pandemia; y (7) abastecerse de mascarillas, jabón o desinfectantes, que puede llevar a la compra compulsiva debido al pánico y a la acumulación (Banerjee, 2020).

Por otro lado, los autores Sulaimani y Bagadood (2020), en un estudio sobre las implicaciones de la pandemia en los síntomas obsesivo-compulsivos, afirman que las medidas preventivas que tienen como objetivo contener el virus debido a su naturaleza repetitiva pueden crear ansiedad elevada en los individuos con TOC.

Según Fineberg et al. (2020) los pacientes con TOC son el grupo de personas con trastornos mentales más directamente afectadas por la pandemia.

Como ya se ha comentado anteriormente, uno de los subtipos del TOC es el de contaminación y limpieza. Sulaimani y Bagadood (2020) resaltan que, debido a la insistencia de personajes públicos como expertos sanitarios, miembros del gobierno o famosos en la necesidad de lavarse las manos o desinfectarse constantemente, estos pacientes encuentran muy difícil resistirse a estas medidas.

En su estudio acerca de la literatura publicada en Estados Unidos, China, India y Reino Unido exponen que la sintomatología obsesivo-compulsiva (pensamientos intrusivos, hábitos, miedo y malestar) se desencadena al experimentar eventos vitales estresantes como una pandemia.

Además, los pacientes con TOC ven incrementada esta sintomatología al ser expuestos a las medidas preventivas frente al coronavirus. Perciben estas acciones repetitivas como incómodas y molestas y ven cómo aumenta su compulsión de realizarlas a cada momento para paliar la ansiedad pandémica (Sulaimani y Bagadood, 2020).

Por otro lado, debido a las medidas de confinamiento domiciliario, la suspensión de los servicios sanitarios no esenciales ha derivado dificultades en el diagnóstico del TOC (Sulaimani y Bagadood, 2020), falta de seguimiento o discontinuidad de la medicación de los pacientes ya diagnosticados, interrupción de la psicoterapia y, en muchos sitios, no disponibilidad de terapia *online* (Banerjee, 2020).

Prestia et al. (2020) han realizado un estudio para evaluar los efectos de los síntomas de contaminación y el estado de remisión de los pacientes con TOC antes de la cuarentena en el empeoramiento durante esta. Los resultados generales permiten inferir que ha aumentado la severidad tanto de las obsesiones como de las compulsiones a raíz de la pandemia, y que la sintomatología de contaminación está asociada a un empeoramiento mayor, posiblemente debido al continuo bombardeo de información en los medios de comunicación combinado con las medidas de higiene.

Por otro lado, se ha encontrado que los pacientes que estaban en remisión antes de la cuarentena también han sufrido un mayor empeoramiento de la sintomatología. Por tanto, los esfuerzos de los profesionales de salud mental deben estar dirigidos a prevenir las recaídas de estos pacientes (Prestia et al., 2020).

Otro de los principales problemas sintomatológicos con el que nos encontramos a la hora de analizar el impacto de la pandemia en pacientes con TOC es un aislamiento autoimpuesto cada vez mayor por el miedo al contagio (Prestia et al., 2020; Sulaimani y Bagadood, 2020).

Un artículo de French y Lyne (2020) incide en el efecto que tiene la omnipresencia de la pandemia en los medios de comunicación sobre los síntomas del TOC. Para ello, presentan el caso de una mujer de unos 30 años con un historial de TOC (subtipo contaminación y limpieza) bien controlado que llevaba tres semanas de deterioro significativo debido al resurgimiento de la sintomatología del TOC por la información que aparecía en los medios sobre el coronavirus en China.

5.3.2. Consideraciones para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo durante la pandemia COVID-19

Debido al impacto que la pandemia está teniendo en todo el mundo, especialmente en las personas que sufren TOC, el *International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders* (ICOCS) y el *Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network of the European College of Neuropsychopharmacology* (OCRN) han recogido en una guía para profesionales sanitarios algunas consideraciones para el tratamiento del TOC durante la pandemia (Fineberg et al., 2020).

Las principales son: (1) utilizar la telemedicina desde un enfoque compasivo y tranquilizador; (2) elaborar una historia clínica completa para valorar la gravedad de los síntomas; (3) evaluar el riesgo de suicidio; (4) ofrecer psicoeducación e información de los riesgos del coronavirus para la salud física y mental; y (5) evaluar el uso de Internet y el consumo de noticias, recomendando fuentes oficiales para informarse.

Si el problema principal es la sintomatología obsesivo-compulsiva: (I) considerar la medicación como primera opción terapéutica; (II) revisar y evaluar el riesgo del plan de tratamiento cognitivo-conductual, adaptándolo a las medidas de prevención y seguridad impuestas por las autoridades sanitarias; (III) respecto a la estimulación cerebral profunda, retrasar la colocación de electrodos hasta después de la pandemia o, en pacientes que ya los tengan colocados, valorar a qué se debe el empeoramiento de los síntomas; (IV) ayudar al paciente a establecer rutinas de autocuidado e interacción social; y (V) cuidar a los cuidadores. (Fineberg et al., 2020).

Estos retos o consideraciones son un punto de partida idóneo para el desarrollo de una propuesta de programa de intervención que contribuya a la mejora de la sintomatología obsesivo-compulsiva de estas personas.

5.3.3. Impacto de la terapia de exposición con prevención de respuesta para el trastorno obsesivo-compulsivo durante la pandemia COVID-19

Como se ha expuesto, la exposición con prevención de respuesta (EPR) es el *gold standard* en el tratamiento psicológico del TOC. En este contexto de la pandemia COVID-19, un estudio de Sheu et al. (2020) propone algunos factores a considerar para la implementación de la EPR.

Por ejemplo, se indican precedentes de cómo ajustar este tratamiento en momentos de riesgo de infecciones, como los primeros casos del VIH. En estas situaciones, los profesionales deben integrar las precauciones para la contención de los virus dentro de la exposición y tener en cuenta los riesgos de infección. Por otro lado, hay que conocer las particularidades de los riesgos de infección en algunos lugares, como el hantavirus del suroeste de los Estados Unidos, y tenerlas en cuenta antes de llevar a cabo la exposición.

Algunos autores como Fineberg et al. (2020) sugieren que el tratamiento principal del TOC sea farmacológico durante la pandemia, no obstante estudios como el de

Skapinakis et al. (2016) demuestran que, si consideramos el tamaño del efecto, la EPR es muy superior al tratamiento farmacológico.

Sheu et al. (2020) recomiendan la adaptación de la EPR al contexto de la pandemia de forma que se asegure un equilibrio entre los riesgos para el paciente, como por ejemplo al contagio del virus, y el alivio de la ansiedad debido al TOC, y siempre explicando a los pacientes el procedimiento de la terapia mediante un consentimiento informado para evitar problemas de tipo legal.

6. Metodología de investigación

6.1. Fuentes de información empleadas

El procedimiento de búsqueda seguido ha incluido la utilización de diversas fuentes. La principal, que ha servido como punto de partida, ha sido la de la Biblioteca de la Universidad de Alcalá. Se ha usado el sistema de búsqueda avanzada.

Otras fuentes empleadas, con los mismos términos de búsqueda, han sido PubMed, Elsevier, Dialnet Unirioja, PsycInfo y Scopus.

Además, también se han consultado páginas específicas, como la del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), la de la OMS, la del Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad de Madrid, la del Ministerio de Sanidad de España, el Boletín Oficial del Estado y otros buscadores más genéricos, como Google, para informaciones aparecidas en medios de comunicación.

Pueden consultarse los enlaces a las fuentes de información en el anexo 2.

6.2. Criterios de inclusión, términos de búsqueda y operadores

Los criterios de inclusión para la búsqueda bibliográfica han sido artículos o publicaciones de los últimos 10 años (salvo contenidos específicos que puedan tener una antigüedad superior) referidos sobre todo a población adulta, que es a quien va dirigido el programa.

En relación a los términos de búsqueda, se ha utilizado el idioma inglés. En la tabla 4 puede verse el listado de términos de búsqueda empleados, operadores booleanos y resultados obtenidos a través de la web de la Biblioteca de la Universidad de Alcalá.

Tabla 4

Relación de términos de búsqueda, operadores booleanos y resultados obtenidos en el buscador avanzado de la Biblioteca de la Universidad de Alcalá.

TÉRMINO 1	OPERADOR BOOLEANO	TÉRMINO 2	OPERADOR BOOLEANO	TÉRMINO 3	RESULTADOS
obsessive-compulsive disorder					57163
obsessive-compulsive disorder	AND			coronavirus	468
obsessive-compulsive disorder	AND			COVID-19	725
obsessive-compulsive disorder	AND			adults	33460
obsessive-compulsive disorder	AND	treatment	OR	programme	60704
obsessive-compulsive disorder	AND	treatment	AND	adults	27931
obsessive-compulsive disorder	AND	prevalence	OR	epidemiology	53926
obsessive-compulsive disorder	AND	risk factors			23886
obsessive-compulsive disorder	AND	protective factors			4170
obsessive-compulsive disorder	AND	Internet			5601
obsessive-compulsive disorder	AND	Internet	AND	programme	3050
coronavirus					2121546
COVID-19					3125340
coronavirus	AND	mental health			52605
COVID-19	AND	mental health			80646

7. Propuesta de intervención

7.1. Presentación de la propuesta

La pandemia COVID-19 es la crisis sanitaria más grave del siglo XXI. Tras su inicio en China en diciembre de 2019 (OMS, 2020c), su expansión por todo el mundo ha causado gran impacto en la salud mental de la población (Rodríguez Cahill, 2020; Vásquez et al., 2020).

Esto se debe no solo a la preocupación por la salud propia y de terceros, sino también a las restricciones de movilidad impuestas por las autoridades (Real Decreto

463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19) y que han supuesto una alteración en los hábitos alimenticios, de sueño, ocio... (Vásquez et al., 2020).

En este sentido, algunas de las personas más afectadas han sido aquellas que sufren de TOC (Banerjee, 2020; Sulaimani y Bagadood, 2020), especialmente el subtipo contaminación y limpieza. Además de una exacerbación de las compulsiones, también ha aparecido otra sintomatología como el autoaislamiento (French y Lyne, 2020; Sulaimani y Bagadood, 2020).

Por otro lado, a pesar de que existen tratamientos eficaces para el TOC (tabla 2), la cuarentena y el autoaislamiento dificultan el acceso a la terapia convencional.

Así pues, se hace evidente la necesidad de buscar un formato que permita la atención de los pacientes a través de Internet. Aunque la literatura sobre la implementación de la TCC por Internet no es muy extensa, sí existen algunos estudios que se recogen en la tabla 3.

En base a esta investigación, se plantea una propuesta de intervención *online* o combinada con presencial (en función de las necesidades del paciente o del contexto) en la que se utilizará como técnica principal la exposición con prevención de respuesta, el *gold standard* para el tratamiento del TOC (Caballo et al., 2016).

Esta propuesta contará con algunos materiales de psicoeducación autoadministrados, como vídeos, infografías, etc. para apoyar el contenido de las sesiones, dirigidas en su totalidad por el terapeuta.

El programa de intervención tendrá una duración estimada de 12 semanas para una frecuencia de dos sesiones por semana. Esta frecuencia estará determinada por las necesidades del paciente y de su grado de deterioro. En los casos más graves, podrá administrarse el programa de forma intensiva con sesiones diarias durante la exposición con prevención de respuesta (Bados, 2015).

7.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta

El objetivo principal de esta propuesta es reducir o mejorar la sintomatología (obsesiones y compulsiones relacionadas con la contaminación y la limpieza) de los adultos que hayan experimentado un inicio o empeoramiento de dicha sintomatología en el contexto de la pandemia.

Otros objetivos son:

Ayudar a comprender qué son las obsesiones y a buscar interpretaciones más adaptativas sobre por qué aparecen y su significado.

Ayudar a comprender qué función cumplen las compulsiones y por qué no son una estrategia efectiva para controlar las obsesiones.

Disminuir el autoaislamiento voluntario de aquellas personas que han limitado sus contactos sociales por miedo al contagio propio y de terceros, siempre dentro de unos parámetros adaptativos que no pongan en riesgo su salud.

Educar en el consumo saludable y moderado de información, ya que la sobreexposición a la misma es uno de los factores que contribuyen a la exacerbación de los síntomas obsesivo-compulsivos.

7.3. Contexto en el que podría aplicarse la propuesta

El contexto de aplicación de la propuesta es el momento actual, ya que la sociedad sigue inmersa en la pandemia.

En relación con la ubicación geográfica, como está pensada principalmente para su implementación *online*, puede aplicarse en cualquier parte, aunque también podría llevarse a cabo de forma íntegramente presencial. Hay que tener en consideración que para los casos de autoaislamiento se propondrá que existan sesiones presenciales cuando la intervención esté más avanzada, por lo que será necesario que el paciente viva cerca de la consulta del terapeuta.

Sobre la población objeto de la propuesta, esta intervención está dirigida a hombres y mujeres adultos (18 años en adelante), que cumplan los criterios para el

diagnóstico del TOC según el DSM-5 (APA, 2014) y además puedan ser clasificados en el subtipo contaminación y limpieza.

No hay edad máxima para la participación en el programa, pero se requieren unos conocimientos informáticos mínimos, por lo que se desaconseja en personas de edad avanzada.

7.4. Metodología, recursos e instrumentos

7.4.1. Metodología

El primer paso para la puesta en marcha del programa es la aprobación del mismo por un Comité de ética. En este caso ya ha sido aprobado por el Comité de Ética del Centro Universitario Cardenal Cisneros.

El siguiente paso es el acceso a la muestra de participantes. Para ello, se propone colaborar con asociaciones de pacientes, como Asociación TOC Madrid, para que informen a los miembros que puedan estar interesados. Asimismo se puede enviar la propuesta al Colegio Oficial de Psicólogos de la comunidad en la que resida el terapeuta, para que este organismo traslade la propuesta a sus colegiados para la derivación de pacientes.

Adicionalmente y de cara a alcanzar a aquellas personas que hayan comenzado a desarrollar esta sintomatología a raíz de la pandemia, se puede elaborar y enviar una nota de prensa a los medios de comunicación que comunique la existencia del programa y la posibilidad de participar en él.

Una vez conseguida la muestra, se informará a los participantes del funcionamiento del programa mediante una hoja informativa (anexo 3). A aquellos que acepten participar se les entregarán un consentimiento informado que deben firmar (anexo 4).

Una vez toda la muestra haya finalizado el programa, se analizarán los resultados.

7.4.2. Recursos

Para la implementación de la propuesta, el/la psicólogo/a necesita tener amplio conocimiento del TOC y experiencia en el manejo de las técnicas que van a

emplearse, especialmente la exposición con prevención de respuesta, además de cumplir con los requisitos legales a nivel de formación, colegiación, etc.

En relación a las habilidades terapéuticas, es fundamental conseguir alianza terapéutica de cara, sobre todo, a la implementación de la EPR. Además, la intervención de personas con sintomatología obsesivo-compulsiva puede ser más beneficiosa si el profesional demuestra un alto nivel de empatía y aceptación y tiene capacidad de desdramatizar.

A nivel material, es necesario que se disponga de una consulta o un espacio de trabajo con ordenador y conexión a Internet. Este entorno debe ser tranquilo y sin interrupciones. En el caso de los pacientes también se requiere de un ordenador con conexión a Internet y de un espacio donde poder realizar las sesiones de forma relajada, con intimidad y calma.

Es imprescindible contar con las herramientas psicométricas que se detallarán a continuación y con diversos materiales audiovisuales de psicoeducación que se mencionarán en las sesiones.

7.4.3. Instrumentos

Existe en la actualidad un amplio catálogo para la evaluación del TOC y de la sintomatología asociada a este trastorno, como obsesiones, compulsiones, ansiedad... Para esta propuesta concreta, se propone la utilización de las siguientes herramientas:

SCID-I: Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (First y Spitzer, 1999). Entrevista creada para evaluar los trastornos del eje I del DSM-IV. Está diseñada para ser aplicada por el terapeuta y su administración puede durar entre 15 minutos y dos horas. Consta de nueve módulos estructurados en una serie de preguntas abiertas que introducen cada área de contenido.

Guía para la entrevista clínica general (Muñoz, 2003). Mediante esta guía el terapeuta puede recoger datos sobre el problema, antecedentes, historia clínica, situación vital actual, etc.

Propuesta de programa de intervención en adultos con sintomatología obsesivo-compulsiva (subtipo contaminación y limpieza) durante la pandemia COVID-19

Y-BOCS: Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones (Goodman et al., 1989). La adaptación española puede encontrarse en Sierra et al. (2001). Este es el principal instrumento de evaluación psicométrica del TOC. Se aplica por el terapeuta y permite evaluar su sintomatología y gravedad. Recoge 54 obsesiones y compulsiones comunes, agrupadas en relación con la temática o la expresión conductual. Según Rapp et al. (2016) posee buenas propiedades psicométricas, con un alfa de Cronbach de 0,87.

Inventario de Padua (Sanavio, 1988). Esta herramienta, cuya adaptación española puede encontrarse en Caballo (2005), valora la intensidad de la sintomatología obsesivo-compulsiva a través de 60 ítems divididos en cuatro subescalas o factores.

STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger et al., 1983). Versión española disponible en TEA Ediciones. Este cuestionario autoadministrado de 20 preguntas permite evaluar la ansiedad como estado y como rasgo. Se considera necesaria por el alto grado de ansiedad que produce la sintomatología obsesivo-compulsiva en las personas y especialmente el que pueden presentar debido a la pandemia (ansiedad estado).

Encuesta de satisfacción (anexo 5). Herramienta de creación propia para recoger información al término del programa de intervención, bien porque se ha completado o bien porque la persona ha decidido no continuarlo. El objetivo es conocer la opinión subjetiva de los participantes en el programa, valorar la adherencia al mismo y evaluar futuras áreas de mejora.

7.5. Actividades

El programa tiene formato individual. A pesar de que en algunos estudios las intervenciones son grupales (tabla 2), la mayoría son individuales y por eso se ha optado por este formato.

El formato de las sesiones dependerá del contexto sociosanitario (posibles restricciones de movilidad) y del grado de afectación del paciente. La propuesta puede

combinar sesiones *online* y presenciales si es necesario, como en el caso de pacientes con autoaislamiento, u optar exclusivamente por el formato *online*.

Consta de una sesión informativa previa, una de cribado, veinticuatro de evaluación e intervención y una de seguimiento que se detallan a continuación.

7.5.1. Sesión informativa previa

Objetivo: Informar a los participantes sobre el programa.

Material: Hoja informativa (anexo 3) y consentimiento informado (anexo 4).

Duración: Una sesión de 60 minutos.

Descripción: Se informará a cada posible participante de forma detallada de objetivos, estructura, duración, evaluación, etc. Entrega de hoja informativa y, si la persona acepta participar, consentimiento informado para su firma.

7.5.2. Cribado

Objetivo: Cribado para seleccionar participantes que cumplan criterios de inclusión en el programa (diagnóstico de TOC según DSM, subtipo contaminación y limpieza) y evaluación pretest.

Material: Y-BOCS (Goodman et al., 1989), Inventario de Padua (Saviano, 1988), STAI (Spielberger et al., 1983) y SCID-I (First y Spitzer, 1999).

Duración: Una sesión de 180 minutos.

Descripción: Administración a cada paciente de una serie de pruebas psicométricas para evaluar la pertinencia de su inclusión en el programa. Exploración de la posible presencia de otros trastornos, como depresión. Si hay sospecha de su existencia, se evaluarán más en profundidad para confirmar y se priorizará su intervención antes de comenzar el programa.

Se utilizarán los resultados de estas pruebas como medida pretest.

7.5.3. Primera sesión

Objetivo: Generación de alianza terapéutica y evaluación en profundidad del caso concreto de cada paciente.

Propuesta de programa de intervención en adultos con sintomatología obsesivo-compulsiva (subtipo contaminación y limpieza) durante la pandemia COVID-19

Material: Entrevista clínica general (Muñoz, 2003) y autorregistro de obsesiones y compulsiones (anexo 6).

Duración: Una sesión de 120 minutos aprox.

Descripción: A través de la entrevista se profundizará en aspectos de la historia vital del paciente no evaluados anteriormente, para que el terapeuta pueda comprender cómo surge y se mantiene el problema en cada caso particular y oriente la intervención de forma más personalizada dentro de la estructura del programa.

Durante la entrevista, el terapeuta debe intentar generar alianza terapéutica con el paciente. Según Bados y Grau (2011), las actitudes del terapeuta que favorecen esta relación son escucha activa, empatía, aceptación incondicional y autenticidad. Hay otras características, como la cordialidad o la competencia, que también favorecen la alianza.

Explicación del autorregistro de obsesiones y compulsiones como tarea para casa. Este autorregistro se revisará conjuntamente con el paciente en cada sesión.

7.5.4. Segunda sesión

Objetivo: Psicoeducación sobre el TOC y sobre el impacto de la pandemia en personas con TOC.

Material: Recursos de Internet, como [infografías](#), [vídeos](#) y [pódcast](#) (al pinchar en cada tipo de recurso se puede acceder a material de ejemplo). Se recomienda que cada terapeuta desarrolle sus propios materiales tomando como fuente de información principal el manual de Belloch et al. (2017). Artículo de Fineberg et al. (2020).

Autorregistro de obsesiones y compulsiones (anexo 6).

Duración: Una sesión de 60 minutos.

Descripción: Psicoeducación para que cada participante entienda en qué consiste el TOC, cómo surge, qué es una obsesión, una compulsión, etc.

Explicación de cómo afecta la pandemia a la salud mental de las personas con TOC según Fineberg et al. (2020).

Repaso del autorregistro de obsesiones y compulsiones y devolución al paciente de por qué se mantiene el problema en su caso concreto.

7.5.5. Tercera sesión

Objetivo: Cuestionamiento de valoraciones sobre las obsesiones y creencias disfuncionales del paciente y establecimiento pandémico.

Material: Autorregistro de obsesiones y compulsiones (anexo 6).

Duración: Una sesión de 60 minutos (aprox).

Descripción: Se trabajarán las valoraciones erróneas que cada paciente haga sobre sus obsesiones y creencias disfuncionales mediante la reestructuración cognitiva, que se empleará de forma continuada a lo largo de todo el programa de intervención siempre que aparezcan pensamientos distorsionados.

Sobre las valoraciones erróneas y las creencias disfuncionales del paciente, Belloch et al. (2017) refieren seis dimensiones que hay que trabajar mediante reestructuración cognitiva para que el participante pueda encontrar pensamientos alternativos más adaptativos. Algunas de ellas son el perfeccionismo y la sobreestimación de la importancia de los pensamientos.

Elaboración entre terapeuta y paciente de listado de conductas compulsivas que este realiza por miedo al contagio del coronavirus. Búsqueda conjunta de conductas alternativas más adaptativas.

Por ejemplo, si al volver de la calle el participante se lava las manos varias veces, durante mucho rato o con productos dañinos, la conducta adaptativa sería en este caso lavarse las manos con jabón, una única vez y durante el tiempo estipulado (20 segundos).

Una de las conductas adaptativas en las que más énfasis se pondrá es en la limitación del consumo de información, ya que se ha visto su influencia en la exacerbación de los síntomas (French y Lyne, 2020).

7.5.6. Cuarta sesión

Objetivo: Preparación del paciente para la exposición con prevención de respuesta. Psicoeducación en ansiedad.

Material: *TOC: naturaleza, evaluación y tratamiento* (Bados, 2015). Vídeos sobre [respiración diafragmática](#) y [relajación progresiva de Jacobson](#). Autorregistro de obsesiones y compulsiones (anexo 6).

Duración: Una sesión de 60 minutos (aprox.).

Descripción: Explicación de la exposición con prevención de respuesta y resolución de dudas del paciente. Anticipar la posible respuesta de ansiedad del paciente durante la EPR con psicoeducación sobre la ansiedad: qué es, cómo funciona la curva de ansiedad (exposición y habituación) y herramientas para manejarla.

Se enseñará el entrenamiento en respiración diafragmática y relajación progresiva y se facilitarán al paciente recursos audiovisuales para que pueda practicar en casa.

7.5.7. Quinta sesión

Objetivo: Elaboración de la jerarquía para la EPR.

Material: Autorregistro de obsesiones y compulsiones (anexo 6).

Duración: Una sesión de 60 minutos (aprox.).

Descripción: Elección conjunta entre paciente y terapeuta de 10-20 situaciones que desencadenen las obsesiones de contaminación del paciente y las compulsiones de limpieza, ordenadas de menor a mayor intensidad. Se utilizará como medida la unidad subjetiva de ansiedad o USA. Bados (2015) recomienda que los ítems iniciales no tengan una dificultad menor a 40-50 USA, ya que si no el paciente no apreciará el proceso de habituación a la ansiedad que se da por la exposición sostenida al estímulo.

Es importante tener en cuenta las restricciones de movilidad o el autoaislamiento del paciente a la hora de elaborar la jerarquía. Lo ideal es realizar la exposición in vivo pero si no fuera posible en todos los ítems de la jerarquía, podrá realizarse en

imaginación, para lo que se utilizará una grabación de audio con las obsesiones del paciente.

Si este ha decidido autoaislarse por miedo al contagio, la jerarquía deberá incorporar una o varias situaciones en las que vaya de forma presencial a la consulta del terapeuta o este le acompañe a realizar la EPR en sitios públicos. Para lograr que el paciente salga de casa, el terapeuta puede acudir a su domicilio y exponerlo de forma progresiva: bajar hasta el recibidor del edificio, salir a la calle, andar cierta distancia desde el portal...

7.5.8. Sesiones sexta a vigésimo primera

Objetivo: Disminuir la ansiedad del paciente ante los pensamientos obsesivos mediante la EPR.

Material: Jerarquía de situaciones (sesión 5), listado de conductas adaptativas alternativas (sesión 3) y autorregistro de obsesiones y compulsiones (anexo 6).

Duración: Dieciséis sesiones de 90 a 120 minutos (Bados, 2015).

Descripción: Realización de la EPR de manera gradual, de los ítems moderadamente complicados para el paciente (40-50 USA) a los más difíciles (100 USA).

Este debe comenzar la sesión en un estado más o menos relajado, para lo que puede utilizar las técnicas de relajación aprendidas en la sesión 4. Después se le expondrá a la situación o estímulo temido sin que pueda realizar la conducta neutralizadora. Debe permanecer en la situación, sin escapar de ella, hasta que su nivel de ansiedad se rebaje a la mitad aproximadamente. Cada uno de los ítems se trabajará en sesión y luego el paciente practicará a diario en casa, para facilitar la generalización.

No se pasará al siguiente ítem de la jerarquía hasta que el anterior llegue a 20-25 USA durante dos días seguidos.

En el contexto de la COVID-19 es esencial adaptar las situaciones de forma que no supongan un riesgo adicional de contagio de coronavirus para el paciente. Por

ejemplo, si una de ellas es hacer la compra en el supermercado por miedo a contagiarse, en ningún caso esto se hará sin mascarilla ni sin respetar la distancia de seguridad, y tampoco se le pedirá al paciente que se toque la cara sin lavarse las manos si ha podido estar expuesto al virus.

Por ello, cuando las exposiciones impliquen un posible riesgo para el paciente, se adaptarán o se contemplará la utilización de las conductas adaptativas.

Para un mayor conocimiento de la EPR y de las diferencias entre exposición in vivo y en imaginación, se recomienda consultar a Bados (2015).

7.5.9. Sesiones vigésimo segunda y tercera

Objetivo: Entrenar al paciente para la prevención de recaídas.

Material: Todos los materiales utilizados de la primera a la vigésimo primera sesión.

Duración: Dos sesiones de 60 minutos (aprox).

Descripción: Se iniciará haciendo un repaso sobre cómo ha surgido y se ha mantenido el TOC en el caso concreto del paciente.

Se le explicará que las intrusiones no van a desaparecer para siempre ya que es algo que experimenta todo el mundo, pero que como se ha trabajado, son las valoraciones que se hacen de estas las que generan malestar.

Se repasará la reestructuración cognitiva de estas valoraciones y creencias disfuncionales.

Asimismo, volverán a practicarse en la sesión las estrategias aprendidas para rebajar el nivel de ansiedad (relajación y respiración).

Se elaborará un listado de situaciones en las que es probable sufrir una recaída, por ejemplo, ante acontecimientos vitales estresantes. Es importante que el paciente comprenda que a lo largo de su vida aunque el TOC esté en remisión existen estresores que pueden producir estas recaídas y que es algo común.

Si no es capaz de gestionar por su cuenta estas situaciones, es necesario que acuda de nuevo a terapia.

7.5.10. Vigésimo cuarta sesión

Objetivo: Evaluación de la eficacia del programa (medida postest).

Material: Y-BOCS (Goodman et al., 1989), Inventario de Padua (Saviano, 1988) y STAI (Spielberger et al., 1983). Encuesta de satisfacción (anexo 5).

Duración: Una sesión de 120 minutos.

Descripción: Utilización de las mismas herramientas psicométricas empleadas en el pretest para analizar posteriormente la eficacia del programa.

Con el fin de conocer la valoración subjetiva de cada participante de cara a mejorar el programa, se pasará también una encuesta de satisfacción. Esta encuesta se facilitará también a aquellos participantes que abandonen el programa antes de finalizarlo.

7.5.11. Seguimiento

Objetivo: Evaluar si los resultados obtenidos al finalizar el programa se mantienen en el tiempo tres meses después del término de la intervención.

Material: Y-BOCS (Goodman et al., 1989), Inventario de Padua (Saviano, 1988) y STAI (Spielberger et al., 1983).

Duración: Una sesión de 120 minutos.

Descripción: Utilización de las distintas herramientas psicométricas empleadas en pretest y postest.

El seguimiento se hará a los tres meses del término de la intervención, ya que la mayoría de los programas y tratamientos analizados se decantan por este período de tiempo para evaluar mantenimiento de resultados (ver tablas 2 y 3).

7.6. Cronograma de aplicación

El programa tiene una duración estimada de doce semanas con una frecuencia de dos sesiones semanales.

Esta temporalidad detallada en la tabla 5 es orientativa, ya que habrá que evaluar el estado de cada paciente antes de dar por finalizada la intervención.

Tabla 5

Cronograma.



7.7. Evaluación de la propuesta

Para evaluar si el programa de intervención consigue su objetivo principal, que es reducir o eliminar la sintomatología obsesivo-compulsiva de los participantes, se realizarán tres mediciones a lo largo del programa con la Y-BOCS (variable: severidad del TOC), el Inventario de Padua (variable: intensidad de la sintomatología) y el STAI (variable: ansiedad estado).

La primera medición (pretest) tendrá lugar en la fase de cribado y permitirá establecer la línea base de la que parte cada participante. La segunda medición (postest) se realizará una vez finalizada la intervención, con lo que se podrá analizar la existencia de mejoras significativas. La tercera medición se realizará en el seguimiento, a los tres meses de finalizar el programa. Esta posibilitará conocer si los resultados obtenidos en el postest se mantienen en el tiempo.

Para poder evaluar la eficacia del programa, tenemos que realizar una comparación de medias de las puntuaciones de todos los participantes en cada instrumento (Y-BOCS, Inventario de Padua y STAI) obtenidas en el postest frente a las

obtenidas en el pretest, y del seguimiento versus posttest, utilizando la prueba *t* de Student de una única muestra. Con esta prueba se puede valorar la existencia de diferencias significativas entre una y otra medición.

Si además queremos saber la magnitud del cambio producido por la intervención (no solo si ha habido cambio o no), es necesario determinar el tamaño del efecto (Cohen, 1990, 1992a, citado por Ledesma et al., 2008). Este es el grado de generalidad de la medida posttest sobre la pretest, como se refiere en Ledesma et al. (2008). Se determinará mediante el estadístico *d* de Cohen.

8. Conclusiones

El presente trabajo se centra en el contexto sociosanitario actual para resaltar la influencia que la pandemia COVID-19 está teniendo en la salud mental de las personas de todo el mundo, especialmente quienes sufrían previamente sintomatología obsesivo-compulsiva (Sulaimani y Bagadood) 2020).

Además, los pacientes clasificados en el subtipo de obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza son los más afectados, ya que las medidas destinadas a la prevención del contagio del coronavirus refuerzan y exacerban su sintomatología (Kumar y Somani, 2020).

Tras una revisión sistemática de la literatura científica existente se han encontrado múltiples estudios sobre la intervención eficaz de la sintomatología obsesivo-compulsiva de forma tanto presencial (tabla 2) como a través de Internet (tabla 3).

Asimismo, existen distintas investigaciones de cómo manejar esta sintomatología en el contexto de la pandemia (Fineberg et al., 2020). Sin embargo, no se encuentran programas estructurados adaptados a la situación de la COVID-19.

Por ello se ha diseñado un programa de intervención específico de orientación cognitivo-conductual dirigido a la población adulta que desde el inicio de la pandemia haya experimentado.

El formato propuesto es principalmente *online* pero puede combinarse con la presencialidad si se presentan, por ejemplo, conductas de autoaislamiento como se

indica en Sulaimani y Bagadood (2020). Cabe señalar que no se trata de un programa autoadministrado como ICBT (Andersson et al., 2012) sino que cuenta con la plena participación del terapeuta.

La duración estimada de la intervención es de doce semanas, con una frecuencia de dos sesiones semanales, además de una sesión previa de cribado y un seguimiento a los tres meses.

La técnica principal de intervención psicológica es la exposición con prevención de respuesta, que se lleva a cabo durante dieciséis sesiones (Bados, 2016). Para ajustarla al contexto de la pandemia, tal y como remarcan Sheu et al. (2020) debido a las posibles dificultades que pueden surgir para su implementación, se propone la utilización de un listado de conductas adaptativas alternativas a las compulsiones en los casos en los que la prevención total de respuesta suponga un riesgo para el paciente.

Esta adaptación es, junto con la implementación del programa en formato principalmente *online*, una de las fortalezas de esta propuesta.

Además de la EPR, se propone la utilización de otras técnicas como la reestructuración cognitiva, psicoeducación o entrenamiento en relajación.

Para evaluar si este programa de intervención produce cambios significativos en la severidad del TOC, la intensidad de los síntomas y el nivel de ansiedad de los participantes y qué magnitud tienen estos cambios, se realizarán tres mediciones con la Y-BOCS (Goodman et al., 1989), el Inventario de Padua (Saviano, 1988) y el STAI (Spielberger et al., 1983). Estas mediciones están previstas en la sesión de cribado, al término del programa y en el seguimiento a los tres meses.

Cabe señalar varias limitaciones. Una es la necesidad de conocimientos informáticos mínimos para la utilización del formato *online*, lo que hace desaconsejable este programa en personas de edad avanzada.

Propuesta de programa de intervención en adultos con sintomatología obsesivo-compulsiva (subtipo contaminación y limpieza) durante la pandemia COVID-19

Otra limitación puede ser el acceso a la muestra, especialmente de personas cuya sintomatología haya surgido a raíz de la pandemia, ya que pueden no se conscientes de la necesidad de buscar ayuda.

Asimismo, la propuesta está limitada a un contexto muy específico que no va a ser permanente en el tiempo, y puede que con la vacunación masiva de la población desaparezca esta necesidad.

Al no haberse llevado a cabo la implementación del programa, se desconoce el tamaño de la muestra y tampoco se tienen datos que avalen el cumplimiento de los objetivos establecidos. Por ello, será necesaria su puesta en marcha para valorar la eficacia de la intervención. Esta evaluación será más ajustada cuanto mayor sea la muestra, para aumentar su representatividad.

En este sentido, se propone como futura línea de investigación la evaluación de la influencia de otras variables, como género, edad, condición socioeconómica o sintomatología de otro subtipo del TOC, en la eficacia del programa.

Otra línea de investigación puede ser la evaluación de la utilidad de las conductas adaptativas como alternativa a la prevención total de respuesta tras la exposición a los estímulos ansiógenos. Esta técnica provoca algunas reservas entre los propios terapeutas (Deacon et al., 2013) y disponer de una alternativa puede ayudar a paliar estas reticencias.

9. Referencias

American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Editorial Masson.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.)*. Editorial Panamericana.

Andersson, E., Enander, J., Andrén, P., Hedman, E., Ljótsson, B., Hursti, T., Bergström, J., Kaldo, V., Lindefors, N., Andersson, G., y Rück, C. (2012). Internet-based cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(10), 2193–2203.

<https://doi.org/10.1017/S0033291712000244>

Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., y Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *Plos One*, 5(10), e13196.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>

Arroyo, J. (2020). Coronavirus: infectados en España y la evolución del brote desde el origen. *Redacción Médica*. Recuperado el 5 de noviembre de 2020 de

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-infectados-espana-y-evolucion-covid19-desde-origen-4148>

Aspvall, K., Andrén, P., Lenhard, F., Andersson, E., Mataix-Cols, D., y Serlachius, E. (2018). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for young children with obsessive–compulsive disorder: Development and initial evaluation of the BIP OCD Junior programme. *BJPsych Open*, 4(3), 106-112.

<https://doi.org/10.1192/bjo.2018.10>

Aspvall, K., Lenhard, F., Melin, K., Krebs, G., Norlin, L., Näsström, K., Jassi, A., Turner, C., Knoetze, E., Serlachius, E., Andersson, E., y Mataix-Cols, D. (2020).

Implementation of internet-delivered cognitive behaviour therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Lessons from clinics in Sweden, United Kingdom and

Australia. *Internet Interventions*, 20, 100308.

<https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100308>

Bados López, A. (2015). *Trastorno obsesivo-compulsivo: naturaleza, evaluación y tratamiento*. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universitat de Barcelona.

Bados López, A. y García Grau, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universitat de Barcelona.

Banerjee, D. (2020). The other side of COVID-19: Impact on obsessive-compulsive disorder (OCD) and hoarding. *Psychiatry Research*, 288, 112966.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112966>

Belloch, A., Cabedo Barber, E., y Carrió Rodríguez, C. (2017). *TOC. Obsesiones y compulsiones: Tratamiento cognitivo*. Alianza Editorial.

Brakoulias, V., Starcevic, V., Belloch, A., Brown, C., Ferrao, Y. A., Fontenelle, L. F., Lochner, C., Marazziti, D., Matsunaga, H., Miguel, E. C., Reddy, Y., do Rosario, M. C., Shavitt, R. G., Shyam Sundar, A., Stein, D. J., Torres, A. R., y Viswasam, K. (2017). Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration. *Comprehensive Psychiatry*, 76, 79–86.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.04.002>

Brander, G., Pérez-Vigil, A., Larsson, H., y Mataix-Cols, D. (2016). Systematic review of environmental risk factors for Obsessive-Compulsive Disorder: A proposed roadmap from association to causation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 65, 36–62. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.03.011>

Bouchard, C., Rhéaume, J., y Ladouceur, R. (1999). Responsibility and perfectionism in OCD: an experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 37(3), 239–248. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00141-7](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00141-7)

Caballo, V. (2005). Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad. Pirámide.

Caballo, V., Salazar, I., y Carrobles, J. (2016). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos*. Pirámide.

Deacon, B. J., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Dixon, L. J., Sy, J. T., Zhang, A. R., y McGrath, P. B. (2013). Assessing therapist reservations about exposure therapy for anxiety disorders: the Therapist Beliefs about Exposure Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(8), 772–780. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.04.006>

Díaz García, M., Ruiz Fernández, M., y Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Desclée de Brouwer.

Emmelkamp, P., van Oppen, P., y van Balkom, A. (2002). Cognitive Changes in Patients with Obsessive Compulsive Rituals Treated with Exposure in vivo and Response Prevention. *Cognitive Approaches To Obsessions And Compulsions*, 391-401. <https://doi.org/10.1016/b978-008043410-0/50026-x>

Fineberg, N. A., Van Ameringen, M., Drummond, L., Hollander, E., Stein, D. J., Geller, D., Walitza, S., Pallanti, S., Pellegrini, L., Zohar, J., Rodriguez, C. I., Menchon, J. M., Morgado, P., Mpavaenda, D., Fontenelle, L. F., Feusner, J. D., Grassi, G., Lochner, C., Veltman, D. J., Sireau, N., ... Dell'Osso, B. (2020). How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. *Comprehensive Psychiatry*, 100, 152174. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152174>

First, M., y Spitzer, R. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje I del DSM-IV (SCID-I)*. Masson.

Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., Huppert, J. D., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, A. B., Simpson, H. B., y Tu,

X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162(1), 151–161.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.151>

French, I., y Lyne, J. (2020). Acute exacerbation of OCD symptoms precipitated by media reports of COVID-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1–4. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.61>

Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Fernández de la Cruz, L., Chamorro, J., Pérez-Vigil, A., Ioannidis, J., Solanes, A., Guardiola, M., Almodóvar, C., Miranda-Olivos, R., Ramella-Cravaro, V., Vilar, A., Reichenberg, A., Mataix-Cols, D., Vieta, E., Fusar-Poli, P., Fatjó-Vilas, M., y Radua, J. (2020). Risk and protective factors for anxiety and obsessive-compulsive disorders: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychological Medicine*, 50(8), 1300–1315.

<https://doi.org/10.1017/S0033291719001247>

García-Soriano, G., Belloch, A., y Morillo, C. (2008). Sobre la heterogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(2), 65-84.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., y Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006–1011.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>

Hezel, D. M., y Simpson, H. B. (2019). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl 1), S85–S92.

https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_516_18

Jeong, H., Yim, H., Song, Y., Ki, M., Min, J., Cho, J., y Chae, J. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome.

Epidemiology And Health, 38, e2016048. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>

Kessler, R. C., Berglund, P., Chiu, W. T., Demler, O., Heeringa, S., Hiripi, E., Jin, R., Pennell, B.E., Walters, E. E., Zaslavsky, A., y Zheng, H. (2004). The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Design and field procedures.

International Journal of Methods in Psychiatric Research, 13(2), 69–92.

<https://doi.org/10.1002/mpr.167>

Khodarahimi, S. (2009). Satiation Therapy and Exposure Response Prevention in the Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *Journal Of Contemporary Psychotherapy*, 39(3), 203-207.

<https://doi.org/10.1007/s10879-009-9110-z>

Kumar, A., y Somani, A. (2020). Dealing with Corona virus anxiety and OCD. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102053.

<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102053>

Labrador, F., Cruzado, J., y Muñoz, M. (2004). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Pirámide.

Ledesma, R., Macbeth, G., y De Kohan, N. C. (2008). Tamaño del efecto: Revisión teórica y aplicaciones con el sistema estadístico ViSta. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(3), 425–439.

Lenhard, F., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Rück, C., Vigerland, S., Höglström, J., Hillborg, M., Brander, G., Ljungström, M., Ljótsson, B., y Serlachius, E. (2017).

Therapist-Guided, Internet-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(1), 10–19.e2.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.09.515>

Mahoney, A. E., Mackenzie, A., Williams, A. D., Smith, J., y Andrews, G. (2014). Internet cognitive behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: A

randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 99–106.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.012>

Meyer, E., Shavitt, R. G., Leukefeld, C., Heldt, E., Souza, F. P., Knapp, P., y Cordioli, A. V. (2010). Adding motivational interviewing and thought mapping to cognitive-behavioral group therapy: results from a randomized clinical trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 32(1), 20–29.

<https://doi.org/10.1590/s1516-44462010000100006>

Ministerio de Sanidad (2020). ¿Cuáles son los síntomas de la COVID-19?

Recuperado el 5 de noviembre de 2020 de

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/img/COVID19_sintomas.jpg

Muñoz, M. (2003). Guía de entrevista clínica general. En M. Muñoz, B. Ausín y S. Panadero (Eds.), *Manual Práctico de Evaluación Psicológica Clínica* (pp. 273-275). Síntesis.

Nakatani, E., Nakagawa, A., Nakao, T., Yoshizato, C., Nabeyama, M., Kudo, A., Isomura, K., Kato, N., Yoshioka, K., y Kawamoto, M. (2005). A randomized controlled trial of Japanese patients with obsessive-compulsive disorder--effectiveness of behavior therapy and fluvoxamine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(5), 269–276. <https://doi.org/10.1159/000086317>

National Institute of Mental Health (2020). *NIMH » Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)*. Recuperado el 3 de noviembre de 2020 de <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/obsessive-compulsive-disorder-ocd.shtml>.

National Institute for Health and Care Excellence (2005). *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment*. [NICE Guideline CG31]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>

Nazari, H., Momeni, N., Jariani, M., y Tarrahi, M. J. (2011). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing with citalopram in treatment of obsessive-

Propuesta de programa de intervención en adultos con sintomatología obsesivo-compulsiva (subtipo contaminación y limpieza) durante la pandemia COVID-19 compulsive disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15(4), 270–274. <https://doi.org/10.3109/13651501.2011.590210>

Organización Mundial de la Salud (2018). *Clasificación internacional de enfermedades* (11ª Revisión). Recuperado el 23 de diciembre de 2020 de <https://icd.who.int/es>

Organización Mundial de la Salud (7 de octubre de 2020a). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público*. Recuperado el 7 de noviembre de 2020 de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

Organización Mundial de la Salud. (9 de julio de 2020b). *Preguntas y respuestas sobre la transmisión de la COVID-19*. Recuperado el 7 de noviembre de 2020 de https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/q-a-how-is-covid-19-transmitted?gclid=CjwKCAiAqJn9BRB0EiwAJ1SztZnJKStwexK1LOIXBLWET8cl9pTy1tA8agT8_XsZp1kwDvXa0tX0xBoClxwQAvD_BwE

Organización Mundial de la Salud. (23 de abril de 2020c). *Situation Report – 94*. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200423-sitrep-94-covid-19.pdf>

Osborne, D., Meyer, D., Moulding, R., Kyrios, M., Bailey, E., y Nedeljkovic, M. (2019). Cost-effectiveness of internet-based cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. *Internet Interventions*, 18, 100277. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.100277>

Ponniah, K., Magiati, I., y Hollon, S. D. (2013). An update on the efficacy of psychological therapies in the treatment of obsessive-compulsive disorder in adults. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(2), 207–218. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.02.005>

Prestia, D., Pozza, A., Olcese, M., Escelsior, A., Dettore, D. y Amore, M. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD: Effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary

naturalistic study. *Psychiatry Research*, 291, 113213.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113213>

Rapp, A. M., Bergman, R. L., Piacentini, J., y McGuire, J. F. (2016). Evidence-Based Assessment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Central Nervous System Disease*, 8, 13–29. <https://doi.org/10.4137/JCNSD.S38359>

Rasmussen, S. A., y Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 743–758.

Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *Boletín Oficial del Estado*, 67, de 14 de marzo de 2020, 25290 a 25400. Recuperado el 7 de noviembre de 2020 de <https://boe.es/boe/dias/2020/03/14/pdfs/BOE-A-2020-3692.pdf>

Rodríguez Cahill, C. (2020). Cinco retos psicológicos de la crisis del COVID-19. *Journal of Negative y No Positive Results*, 5(6), 569-668. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3662>

Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26(2), 169–177. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(88\)90116-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(88)90116-7)

Sheu, J. C., McKay, D., y Storch, E. A. (2020). COVID-19 and OCD: Potential impact of exposure and response prevention therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 76, 102314. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102314>

Sierra, J. C., Buela-Casal, G. y Bermúdez, M. P. (2001). Evaluación y tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos. En Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (Eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (págs. 219-270). Biblioteca Nueva.

Simpson, H. B., Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Ledley, D. R., Huppert, J. D., Cahill, S., Vermes, D., Schmidt, A. B., Hembree, E., Franklin, M., Campeas, R., Hahn,

C. G., y Petkova, E. (2008). A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 165(5), 621–630.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07091440>

Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Salkovskis, P., Welton, N. J., Baxter, H., Kessler, D., Churchill, R., y Lewis, G. (2016). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 3(8), 730–739. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30069-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30069-4)

Sousa, M. B., Isolan, L. R., Oliveira, R. R., Manfro, G. G., y Cordioli, A. V. (2006). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(7), 1133–1139. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0717>

Spielberger, C., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Inc.

Stavropoulos, V., Moore, K. A., Lazaratou, H., Dikaios, D., y Gomez, R. (2017). A multilevel longitudinal study of obsessive compulsive symptoms in adolescence: male gender and emotional stability as protective factors. *Annals of General Psychiatry*, 16, 42. <https://doi.org/10.1186/s12991-017-0165-z>

Sulaimani, M. F., y Bagadood, N. H. (2020). Implication of coronavirus pandemic on obsessive-compulsive-disorder symptoms. *Reviews on Environmental Health*, *ij/reveh.ahead-of-print/reveh-2020-0054/reveh-2020-0054.xml*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1515/reveh-2020-0054>

Torres, A. R., Fontenelle, L. F., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., do Rosário, M. C., Storch, E. A., y Miguel, E. C. (2016). Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large

multicentre clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 190, 508–516.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.051>

Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., Bluett, E. J., Reuman, L., Blakey, S. M., y Ledermann, T. (2018).

Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 108, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.06.005>

Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., y Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705–716.

<https://doi.org/10.1037/a0020508>

van Balkom, A. J., de Haan, E., van Oppen, P., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A., y van Dyck, R. (1998). Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(8), 492–499. <https://doi.org/10.1097/00005053-199808000-00007>

Vásquez, G., Urtecho-Osorto, O. R., Agüero-Flores, M., Díaz Martínez, M. J., Paguada, R. M., Varela, M. A., Landa-Blanco, M., y Echenique, Y. (2020). Salud mental, confinamiento y preocupación por el coronavirus: un estudio cualitativo.

Revista Interamericana De Psicología, 54(2), e1333.

<https://doi.org/10.30849/ripjip.v54i2.1333>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., y Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5),

1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Propuesta de programa de intervención en adultos con sintomatología obsesivo-compulsiva
(subtipo contaminación y limpieza) durante la pandemia COVID-19

Whittal, M. L., Woody, S. R., McLean, P. D., Rachman, S. J., y Robichaud, M.

(2010). Treatment of obsessions: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48(4), 295–303. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.010>

10. Anexos

10.1. Anexo 1

Criterios diagnósticos y especificadores del TOC según el DSM-5 (American Psychiatric Organization, 2014).

Trastorno obsesivo-compulsivo

Criterios diagnósticos

300.3 (F42)

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2):

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) y (2):

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.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. 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.

D. 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 en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoiación [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 parafilícos; 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.

10.2. Anexo 2

Listado de fuentes de información empleada

FUENTE	ENLACE AL SITIO WEB
Biblioteca de la Universidad de Alcalá	https://biblioteca.uah.es/
PubMed	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/
Elsevier	https://www.elsevier.com/es-es
Dialnet Unirioja	https://dialnet.unirioja.es/
PsycInfo	https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo
Scopus	https://www.scopus.com/home.uri
<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>	https://www.nice.org.uk
Organización Mundial de la Salud	https://www.who.int/es
Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad de Madrid	https://www.copmadrid.org/web/
Ministerio de Sanidad del Gobierno de España	https://www.mscbs.gob.es/
Boletín Oficial del Estado	https://www.boe.es/
Google	https://www.google.es/

10.3. Anexo 3

HOJA INFORMATIVA PARA PARTICIPANTES

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN ADULTOS CON SINTOMATOLOGÍA
OBSESIVO-COMPULSIVA (SUBTIPO CONTAMINACIÓN Y LIMPIEZA) DURANTE
LA PANDEMIA COVID-19**

Por medio del presente documento se describen las características de las condiciones de la investigación en desarrollo por parte del investigador y terapeuta

El programa de intervención en el que usted se compromete a participar tendrá una duración de doce semanas con una frecuencia de dos sesiones semanales a lo largo de las cuales se emplearán diversas técnicas psicológicas para la intervención de la sintomatología obsesivo-compulsiva que usted experimenta.

Previa al inicio del programa se realizará una sesión de evaluación mediante varias herramientas psicométricas con el fin de determinar si cumple las características necesarias para su inclusión en el programa y de establecer una línea base sobre la que medir posteriormente los resultados del mismo.

Inmediatamente al terminar el programa y tres meses después se le volverá a evaluar con las mismas herramientas para conocer los resultados de su participación en el programa.

Mediante el presente documento, usted declara haber sido informado/a adecuadamente sobre las características del programa (finalidad, estructura, duración,

Propuesta de programa de intervención en adultos con sintomatología obsesivo-compulsiva
(subtipo contaminación y limpieza) durante la pandemia COVID-19

formato). Haber recibido esta información no le compromete en modo alguno a la
participación en el mismo.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Firmado: D./D^a..:

10.4. Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN ADULTOS CON SINTOMATOLOGÍA
OBSESIVO-COMPULSIVA (SUBTIPO CONTAMINACIÓN Y LIMPIEZA) DURANTE
LA PANDEMIA COVID-19**

Por medio del presente documento, acepto participar en el programa de intervención en adultos con sintomatología obsesivo-compulsiva (subtipo contaminación y limpieza) durante la pandemia COVID-19, llevado a cabo por el/la investigador/a y terapeuta

DECLARO haber leído este documento y haber sido informado/a de los siguientes aspectos:

- La participación en este estudio es absolutamente voluntaria, y puedo negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.
- Este proyecto de investigación no conlleva ningún tipo de riesgo o efecto adverso para mí. No obstante, yo puedo decidir no realizar alguna prueba en particular, o posponer su realización a otro momento.
- Tengo derecho a conocer los resultados obtenidos en la investigación si así lo deseo. Mis datos personales serán tratados conforme a los términos establecidos en:
 - Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre.
 - Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre.
 - Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo, del Consejo de 27 de abril de 2016.

Propuesta de programa de intervención en adultos con sintomatología obsesivo-compulsiva (subtipo contaminación y limpieza) durante la pandemia COVID-19

- Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre.
- Conforme a dicha normativa, mis datos serán tratados manteniendo total y absoluto anonimato y confidencialidad, por lo que mi identidad nunca será conocida por ningún investigador, psicólogo, profesional o cualquier otra persona ajena al proyecto de investigación.

Firmo a continuación que he leído todas las explicaciones sobre los estudios en los que se me ha propuesto participar, que he tenido la oportunidad de discutirlos con los investigadores, de hacer todo tipo de preguntas al respecto y que, en consecuencia, he decidido participar voluntariamente en este programa de intervención y en la investigación que se derive de él.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Firmado: D./D^a.:

10.5. Anexo 5

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN TRAS PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN ADULTOS CON SINTOMATOLOGÍA OBSESIVO-COMPULSIVA (SUBTIPO CONTAMINACIÓN Y LIMPIEZA) DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Nombre del participante: _____

Nombre del terapeuta: _____

Fecha de realización de la encuesta: _____

El presente cuestionario nos ayudará a mejorar el programa de intervención. Por favor, responda con sinceridad a las siguientes preguntas. Marque con una cruz donde corresponda:

PREGUNTA	SÍ	NO	NS/NC
1. ¿Ha completado el programa de intervención?			
2. En caso de haber respondido afirmativamente a la pregunta 1, ¿diría que ha experimentado una mejora en su sintomatología durante y tras la realización de este programa?			
3. ¿Considera que el programa tiene la duración adecuada?			
4. ¿Le han parecido adecuados la estructura y contenidos del programa?			
5. ¿Recomendaría la participación en este programa a cualquier persona que crea que puede beneficiarse de él?			
6. ¿Valoraría positivamente al/a la terapeuta encargado/a de la implementación del programa?			

Si tiene alguna sugerencia de mejora sobre cualquier aspecto relacionado con el programa (formato, contenido, duración, terapeuta, etc.) puede detallarla a continuación:

Gracias por responder a esta encuesta y por su participación en el programa.

10.6. Anexo 6

AUTORREGISTRO DE OBSESIONES Y COMPULSIONES

SITUACIÓN	PENSAMIENTOS (obsesiones)	Grado de malestar	RITUALES	Grado de malestar