

**Terapia cognitiva conductual en un paciente con trastorno obsesivo compulsivo y trastorno
depresivo persistente**

Trabajo de grado para optar por el título de Magíster en Psicología

Mariana Stephani Pauth Hernández

Asesor

Ana María Arias Zuleta

Especialista y Magíster en Psicología clínica

Ph. D. En Psicología

Universidad del Norte de Barranquilla

Ciencias Sociales

2019

Agradecimientos

Dios tu amor y bondad no tiene límites, me permitiste enfrentar este camino que es un reto para poder ayudar a una comunidad llena de ciertos temores y dudas que afecta directamente a su vida cotidiana, te agradezco todas las pruebas que me pusiste por de ellas aprendí y me será de gran refuerzo en el crecimiento profesional.

Gracias a mis docentes que sentí un apoyo incondicional para mi crecimiento personal y de quienes pude obtener información que me hicieron crecer como persona.

Y agradezco a mi familia el apoyo moral que me brindaron en momentos de angustia e incertidumbre, que de ellos escuche el “tu si puedes” y el ánimo que me brindaron fueron decisivo para o abandonar esta hermosa meta.

Mariana Pauth Hernández

Tabla de Contenido

Introducción	9
Justificación	111
Área problemática.....	155
Objetivos	21
Objetivo General	21
Objetivos específicos.....	21
Marco teórico	22
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO-TOC	22
Criterios diagnósticos.....	23
Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:	24
Prevalencia, desarrollo y curso	27
Factores de riesgo y pronóstico	29
Aspectos diagnósticos relacionados con el género.....	30
Consecuencias funcionales del trastorno obsesivo- compulsivo.....	31
Diagnóstico diferencial	33
Trastorno de ansiedad.....	333
Trastorno depresivo mayor	344
Otros trastornos obsesivos-compulsivos y trastornos relacionados	344
Comorbilidad.....	37
Factores culturales y religiosos.....	388
Factores familiares.....	399
Tipo de obsesiones y compulsiones	399
Obsesiones más frecuentes	40
Teoría explicativa.....	42
Enfoque psicodinámico	43
Corriente biológica	43
Modelo cognitivo conductual	44
Procesos automáticos (Fase I).....	46

Errores de procesamiento cognitivo	46
Activación y angustia elevadas.....	47
Procesos elaborativos secundarios (Fase II).....	47
Valoraciones primarias de las obsesiones	48
Valoraciones secundarias de control	49
Trastorno depresivo persistente (distimia)	53
Características diagnósticas.....	55
Prevalencia.....	55
Desarrollo y curso.....	56
Diagnóstico diferencial.....	57
Factores de riesgo y pronósticos.....	60
Biológica.....	61
Modelo cognitivo conductual.....	62
Concepto de tríada cognitiva	64
Organización estructural del pensamiento depresivo	64
Errores en el procesamiento de la información	65
Evaluación de la depresión	66
Evaluaciones clínicas.....	66
Instrumentos autoaplicables	66
Tratamiento cognitivo conductual	67
Historia del caso.....	69
Identificación.....	69
Queja principal	69
Historial del problema actual	69
Historia psiquiátrica	70
Historia personal y social	71
Historia médica	76
Revisión de estado mental.....	76
Diagnóstico.....	80
Formulación del caso	80
Visión transversal de las cogniciones y conductas actuales.....	81

Visión longitudinal de las cogniciones y los comportamientos.....	81
Fortalezas	82
Hipótesis del trabajo.....	82
Curso del tratamiento	86
Intervenciones/procedimientos.....	87
Descripción por sesiones.....	91
Resultado.....	97
Conclusiones y recomendaciones	101
Análisis del caso	99
Referencias.....	104

Lista de Tablas

Tabla 1. IPDE (DSMIV).....	77
Tabla 2. YSQ-L2.....	77
Tabla 3. Plan de tratamiento	83

Resumen

El presente trabajo, es un estudio de caso clínico de una paciente quien, en adelante, tendrá el nombre de Isabella, por interés particular de la paciente y para conservar su anonimato. Es necesario acotar que la referida presenta un diagnóstico principal de trastorno obsesivo compulsivo y secundario, a este trastorno depresivo persistente, la paciente solicita ayuda por recomendación médica especializada en psiquiatría e interés personal, con el fin de disminuir síntomas depresivos y seguir buscando estrategia para que los síntomas del TOC no la afecten de manera extrema. La hipótesis del trabajo se fundamentó en los esquemas nucleares de la paciente y en la ansiedad que siente en enfrentarse a los amigos y además sus obsesiones compulsivas.

Para este caso, se sigue el modelo de recolección y explicación de datos del Instituto de Terapia Cognitiva. Inicialmente, se inició el proceso terapéutico con el tratamiento para intervenir el trastorno agudo que tiene que ver con la depresión. Posteriormente, se continúa trabajando con su trastorno de base, que es el TOC.

Abstract

This paper is a clinical case study of a patient whom from now on will be named Isabella, for the particular interest of the patient and also to keep her anonymity. It's necessary to mention that the person we are referring to has a main diagnosis of an Obsessive Compulsive Disorder, and secondary to the persistent depressive disorder, the patient asks for help as a recommendation of a specialist in psychiatric and for personal interest as well, in order to reduce the depressive symptoms and to look for strategies to not be affected in a extreme way with the OCD symptoms.

The hypothesis of this paper was based on the nuclear scheme of the patient and the anxiety that she feels when facing her friends and her compulsive obsessions.

This paper follows the data collection and explanation model of the Institute of Cognitive Therapy with the treatment to work with the severe disorder that has to do with depression. After that, we continue working with her basis disorder, which is OCD.

Introducción

Este trabajo abarca una presentación de caso clínico único con un paciente que manifiesta un diagnóstico correspondiente a los criterios de trastorno obsesivo compulsivo y trastorno depresivo persistente. Dicho lo anterior, se encontrará la descripción desde una base teórica que permita comprender el trastorno, finalidad del caso y del proceso de evaluación, formulación, análisis y tratamiento, específicamente desde la terapia cognitiva conductual.

En este caso, se trabajó con un orden lógico que contiene la justificación, el planteamiento del problema, los objetivos generales y específicos. Así mismo, se continúa con el marco teórico sobre TOC, en este apartado se exponen criterios, diagnósticos, prevalencia, desarrollo y curso; factores de riesgo, aspectos diagnósticos relacionados, consecuencias funcionales, diagnóstico diferencial, comorbilidad, factores culturales y religiosos; factores familiares, modelo cognitivo y desde el diagnóstico de trastorno depresivo persistente, se trabajó un orden de los criterio diagnóstico, características diagnósticas, prevalencia, desarrollo y curso: diagnóstico diferencial, comorbilidad, factores de riesgo, y tratamiento desde el modelo cognitivo conductual.

De igual forma, se presenta una descripción detallada del caso, que contiene los datos generales de la paciente, a quien se le cambió el nombre para proteger su de identidad; además, se describe su problemática, la historia actual del problema, su sintomatología, antecedentes psiquiátricos, historia personal y social, historia médica, evaluación de estado mental e impresión diagnóstica.

Desde el ámbito explicativo, se hizo la formulación del caso, donde se presentan los detonantes y situaciones activadoras de los síntomas que presenta la paciente; se hace un análisis transversal de las cogniciones, conductas y emociones disfuncionales; un análisis longitudinal de

las cogniciones donde se muestre creencia nuclear, supuestos, reglas y actitudes, así como sus estrategias compensatorias, que han funcionado para enfrentar su medio, día a día. También se describen las fortalezas y obstáculos, que se encuentran en la terapia que puede ayudar a mejorar o mantener los síntomas, se continua con el curso de tratamiento que trabaja la relación terapéutica, los procedimientos utilizados obstáculos y resultados. Posteriormente, se describen cinco sesiones realizadas a la paciente, luego se hizo un análisis de los resultados obtenidos y se finaliza con las conclusiones estudiadas en el caso.

Justificación

El presente trabajo está bajo la particularidad de caso clínico único, teniendo en cuenta las diferentes modalidades de metodología de investigación, para la historia de la investigación el estudio de caso clínico ha sido valioso para los investigadores y su propio desarrollo de dichos casos, Roussos, (2007) enuncia sobre que el renacimiento de este paradigma se da a partir del predominio ejecutado por la interacción entre la práctica clínica y la investigación.

Desde una perspectiva clínica, es importante comunicarle al paciente y a sus familiares la manera práctica y particular de llevar el tratamiento, mostrándoles la forma cómo se trabaja en psicoterapia, lo anterior, opera como un incentivo a la hora de asociar esfuerzos (Roussos, 2007). Por lo tanto, son de gran trascendencia los estudios investigativos en el área de psicología, ya que benefician y aclaran una explicación que se puede enfocar en diferentes áreas de intervención psicológica.

Teniendo en cuenta lo anterior, el estudio práctico y el conocimiento científico, son la consecuencia de la recolección de diferentes ensayos y de observaciones recogidas por la experiencia (Campbell y Stanlcy, 2001).

Como se mencionó anteriormente, esta recolección de conocimientos científicos se logra bajo una variedad de investigaciones que buscan a través de una explicación con claridad, trabajar sobre los temas de los diferentes autores o investigadores, explicar su perspectiva de intervención terapéutica. Desde el punto de vista de este trabajo, se basa en un estudio de caso desde el modelo cognitivo conductual.

Por consiguiente, desde la perspectiva del modelo cognitivo conductual, se trabaja bajo los lineamientos del Instituto de Terapia Cognitiva de Beck, que brinda unas reglas o criterios para la

redacción de los estudios de casos único. El hecho de continuar estas reglas en su orden, es lo más viable sin duda y ayuda a una mejor exposición y comprensión del caso. (Buela-Casal y Sierra, 2002). El diseño del modelo presentado para la exposición y comprensión del caso, parte de cuatro pasos principales: historia del caso, formulación del caso, plan de tratamiento y curso del tratamiento, cada uno de estos cuenta con unas descripciones concretas, que suministran al terapeuta un cuadro amplio y de vital importancia para el conocimiento global del paciente.

“La TCC se utiliza como tratamiento en diferentes síndromes, ampliando cada vez más su área de aplicación” (Dávila, 2014). Desde esta perspectiva la presente investigación pretende profundizar en el caso de una paciente, cuyo diagnóstico principal cumple con criterios de trastorno obsesivo compulsivo y un diagnóstico secundario de trastorno depresivo persistente.

Los abordajes dentro del enfoque cognitivo conductual conllevan a un punto de vista que los pensamientos intrusivos (en la forma de palabra, imagen o insulto) son en sí mismos estándar.

Desde la explicación anterior, se cree que la dificultad del paciente obsesivo-compulsivo sale del análisis que hace de estos pensamientos. el paciente con el trastorno siente que estas cogniciones son indicadoras de una intranquilidad interna o de una impresión que puede significar un presagio, y que, por ello, es el responsable de anticipar o suprimir. Desde esta visión, el tratamiento cognitivo-conductual concibe que el trastorno obsesivo-compulsivo constituye de una parte comportamental, que se mantiene en rituales y conductas evitativas, y de una parte cognitiva, que parte de una serie de cogniciones características. Ambas, combinadas, compondrían la anatomía básica del TOC (Dávila, 2014, p. 59-60). Lo mencionado anteriormente, y de acuerdo con American Psychiatric Association (APA, 2013), existe un riesgo que los “individuos con este trastorno experimentan una variedad de respuesta afectivas cuando se enfrentan a las situaciones que provocan las obsesiones y compulsiones”, generando de esta manera síntomas que se asocian

al trastorno depresivo persistente, el rasgo principal del trastorno es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y adolescente, (APA, 2013, p. 169). En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM- 5. Los episodios de depresión mayor pueden ocurrir durante el trastorno depresivo persistente.

La prevalencia anual del TOC en Estados Unidos es de 1,2% y la observada a nivel internacional es similar (1,1-1,8%). Las mujeres se ven afectadas con una tasa ligeramente más alta que los varones en la edad adulta, aunque los varones se ven más frecuentes afectados durante la infancia. (APA, 2013).

Torres de Galvis (citado por Navarro et al., 2011), encontró una prevalencia a lo largo de la vida de TOC de 3,6%. A hoy, el trastorno obsesivo-compulsivo es considerado una patología de carácter crónico con un curso y sintomatología fluctuante y variable (Dávila, 2014), así como lo es el trastorno depresivo persistente, el cual es una amalgama de trastorno distímico y del trastorno de depresión mayor crónico desde DSM-5. La prevalencia en 12 meses en Estados Unidos es aproximadamente del 0,5% para el trastorno persistente y del 1,5% para el trastorno depresivo mayor crónico (APA, 2013, Por este motivo se expone el caso único en el presente trabajo, corroborando la eficacia de la comprensión y tratamiento del TOC, bajo los lineamientos de una intervención cognitiva conductual.

De igual modo, resulta un acercamiento valido para estudiantes, psicólogos, prestadores de servicio de la salud debido a que permite precisar y puntualizar un estudio de caso único, esto con la intención de poner en práctica el conocimiento de este proceso de intervención terapéutica, apoyando la posible aparición de alternativas eficaces de tratamiento basado en la evidencia e indagaciones de primera mano. Este trabajo cobra relevancia en el público en general, debido a

que puede ser de interés, principalmente, para personas con dicho trastorno y de este modo bajo su comprensión, puedan tener una visión general de su condición.

Particularmente en este caso, se utilizó la TCC, dado que se observó que la paciente requería un instrumento de terapia que trabajara con respuestas emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. Dado que esta paciente ha practicado estas respuestas a lo largo de un tiempo significativo se han convertido en hábitos del repertorio comportamental. Por lo que ella misma no reconocía el carácter aprendido de sus hábitos y consideraba tener poco control sobre ellos. La TCC considera que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos. Además, la TCC cuenta con técnicas para diferentes trastornos y además cuenta con una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita. También posee en esencia un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la valoración empírica de los tratamientos. (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Por otro lado, la escogencia de este caso, en específico, se debe a que al aporte que generará a la comunidad académica y en particular a los profesionales de la salud mental, dado que es un reto analizar estas dos patologías que presenta Isabella y todos los factores asociados a las mismas, por lo tanto, se verán favorecidos por el caso presentado en esta experiencia clínica, ya que se puede utilizar como una guía para en el tratamiento e investigación de casos con características similares, ya sea incluso como referente investigativo, y sobre todo en casos en los que donde se presente la comorbilidad entre el trastorno depresivo persistente y el trastorno obsesivo compulsivo.

Área problemática

En el presente abordaje de caso clínico único, se tendrá como referencia primordial la psicopatología o psicología anormal, como el área de la psicología que se enfoca en la conducta desadaptada junto con sus causas, consecuencias y tratamiento (Sarason, I y Sarason, B., 2006).

Cabanyes y Monge (2017) recalcan la conexión con la naturaleza humana que existe entre concepto de normal y normalidad. El concepto de normalidad señala la calidad o condición de normal. Por su parte, el término normal, en sus acepciones aplicables a la salud, hace referencia a lo esperado en razón de la naturaleza –por ser lo que es y cómo es– y de dónde se deriva lo normal. (Cabanyes y Monge, 2017).

Por otra parte, Barlow y Durand (2001), definen la conducta anormal como: “La disfunción psicológica de un individuo asociada con la angustia o con impedimentos en el funcionamiento y con una respuesta que no es característica o no se espera culturalmente”. (Barlow y Durand, 2001).

Dicho lo anterior, existen varios criterios que ayudan a definir el ámbito de la conducta normal y la conducta anormal en general y que son aplicables a la salud mental: estadístico, integrativo, funcional y subjetivo.

Criterio estadístico: señala lo que está dentro de la media, lo que es propio de la mayoría, es decir, lo esperable en relación a la distribución en la población.

Criterio integrativo indica el grado de adaptación y participación en el conjunto, relación a las funciones psíquicas el desequilibrio entre unas y otras puede estar sugiriendo anormalidad.

Criterio funcional: representa la adecuación al funcionamiento esperado, es decir, con relación a su finalidad: el para qué de esa actividad, en relación a la referencia de parámetros socioculturales, la funcionalidad está sesgada por esos mismos parámetros.

Criterio subjetivo: define la normalidad desde las referencias personales, siendo equivalente a la percepción de bienestar y, por el contrario, el malestar es señal de alarma de una posible enfermedad (Cabanyes y Monge, 2017; p. 126-127).

Conviene subrayar la importancia de delimitar el término de trastorno mental, debido a las definiciones anteriores de normal y anormalidad, pues estos marcan una pauta para la descripción de alteraciones cognitivas, conductuales, fisiológicas, sociales y emocionales, que sirven de indicadores para realiza un diagnostico individual.

En consonancia con el DSM 5, un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa, del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral, o de actividades importante. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de los (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente. (APA, 2013).

Dicho lo anterior, el progreso de las corrientes teóricas psicológicas se interesó por el desarrollo de los trastornos mentales, particularmente la terapia cognitiva hace su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época, posicionándose especialmente frente al modelo psicoanalítico, convirtiendo la terapia cognitiva en una orientación psicoterapéutica revolucionaria, cuya contribución al desarrollo de la psicoterapia científica, apartada de su anterior carácter artístico, ha sido determinante. (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck et al., 2010).

La terapia cognitiva es activa en el sentido de que ambos, paciente y terapeuta, actúan permanentemente en el proceso; directiva, porque ambos guían el proceso de la terapia; y estructurada, ya que el proceso terapéutico tiene un orden establecido (Colina y Rodríguez, 2008). Por lo dicho anteriormente, este trabajo conlleva el tema de trastorno obsesivo y secundario un trastorno depresivo persistente, como la terapia cognitiva conductual ayuda a la disminución de síntomas de dicho trastorno, como el individuo de manera permanente observa su mundo, como interpreta dicha observación y el sentido que este le da a través de su procesamiento de información.

Desde el punto de vista del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (APA, 2013) el TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamiento, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados, mientras que las compulsiones son conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente, (APA, 2013), la característica esencial del trastorno depresivo persistente desde el punto de vista del Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes, (APA, 2013; p. 188).

Clark y Beck, (2012) exponen que, aunque los criterios diagnósticos del TOC pueden satisfacerse por la presencia de obsesiones o compulsiones, la gran mayoría de los individuos con TOC (75-91%) presentan tanto obsesiones como compulsiones.

Muchas personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) tienen creencias disfuncionales. Estas creencias son un sentido exagerado de la responsabilidad, la tendencia a sobrestimar las amenazas, el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre, otorgar excesiva importancia a los pensamientos (p. ej., la creencia de que tener un pensamiento prohibido es tan malo como el realizarlo) y la necesidad de controlar los pensamientos. Para un individuo que tenga este diagnóstico se vuelve frustrante el no poder llegar a tener dicho control, logrando así que esto genere un episodio de depresión, en el cual puede presentarse, ya sea una angustia significativa

desde el punto de vista clínico o alguna reducción en áreas sociales ocupacionales u otro funcionamiento cotidiano. (Nezu, Nezu y Lombardo, 2004).

Respecto al caso clínico en específico, la problemática que plantea este caso comorbilidad del TOC y Trastorno Depresivo Persistente, es que a través de la Terapia Cognitiva sobre la cual se pueden explorar las causas y los efectos del concepto que tiene la paciente de sí misma, de los otros y del mundo (modo como procesa la información) indagando sobre los esquemas subyacentes, creencias intermedias (presunciones, reglas y actitudes), pensamientos automáticos y errores en el procesamiento de la información. La conceptualización cognitiva de este caso permitirá, además, vincular la teoría a la práctica clínica. Por lo anteriormente mencionado se considera importante analizar, explicar, describir y luego exponer éste caso en particular para que los profesionales de la salud mental, profesores, estudiantes y público en general puedan beneficiarse de esta experiencia clínica, ya sea como una guía para otros estudios de caso, como referente investigativo o como un mecanismo que oriente a los clínicos respecto al tratamiento sobre del trastorno de la personalidad límite (Trujillo, 2017).

Por lo que el eje central de la problemática que plantea el presente trabajo se centra en describir y analizar todo el proceso psicoterapéutico de paciente con trastorno obsesivo compulsivo y trastorno depresivo persistente desde su formulación hasta la eficacia del tratamiento empleado.

Para concluir, cabe aclarar que este trabajo está basado en los lineamientos de la psicopatología o psicología anormal, en la terapia cognitiva conductual, en la información referente de los trastornos obsesivo compulsivo y trastorno depresivo persistente, con la modalidad

de caso clínico único reconocido, los conceptos bases desde el punto de vista terapéutico con enfoque en cognitivo conductual, de manera detalla y lo más claro posible sobre caso único de paciente con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo.

Objetivos

Objetivo General

Describir y conceptualizar un caso con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo y trastorno depresivo persistente, desde el modelo del Instituto de Terapia Cognitiva, con la finalidad de contribuir a la visión y la explicación de estas entidades diagnósticas y su intervención.

Objetivos específicos

- Analizar desde el enfoque Cognitivo Conductual, que permitan el entendimiento del principio, progreso y mantenimiento del trastorno obsesivo compulsivo.
- Identificar todos los elementos descriptivos del caso clínico, accediendo a la formulación y diagnóstico clínico del mismo.
- Establecer el trastorno obsesivo-compulsivo como un elemento de vulnerabilidad al trastorno depresivo persistente.
- Examinar la eficacia del tratamiento desde el modelo cognitivo conductual, aplicado al paciente diagnosticado con trastorno obsesivo compulsivo y trastorno depresivo persistente.

Marco teórico

Para iniciar el marco teórico, es pertinente hacerlo con el marco histórico, porque sitúa la temática en contextos de la realidad del problema desde sus inicios, hasta el momento actual, situación que permite ver su comportamiento durante los años.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO-TOC

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una condición mental heterogénea de larga duración, que cuando inicia en la niñez o la adolescencia, generalmente es subdiagnosticada y, por ende, sub tratada, a pesar de la existencia de tratamientos efectivos. Este trastorno es catalogado como la vigésima causa de disfunción y años perdidos de vida saludable; es doblemente más común que la esquizofrenia y el trastorno de pánico, y en la población general, es el cuarto trastorno mental más común (Navarro 2011).

Expresiones como “la neurosis obsesiva, hoy llamada trastorno obsesivo compulsivo” o “el trastorno obsesivo compulsivo, antiguamente llamado neurosis obsesiva” implican un intento de mostrar una evolución histórica lineal y progresiva hacia un mejor conocimiento de la ciencia mental. (Huertas, 2014).

En el trastorno obsesivo–compulsivo y trastornos relacionados se incluye el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados, mientras que las compulsiones son conductas

repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente. (APA, 2013).

La inclusión en el DSM-5 de un capítulo sobre trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados refleja la creciente evidencia de que estos trastornos están relacionados entre sí en términos de una serie de validadores diagnósticos, así como la utilidad clínica de la agrupación de estos trastornos en el mismo capítulo. Los clínicos deben tratar de detectar estas afecciones en individuos que presentan ya alguna de ellas y estar al tanto de las coincidencias entre estas enfermedades. Al mismo tiempo, existen diferencias importantes en los validadores diagnósticos y métodos de tratamiento de todos estos trastornos. Por otra parte, hay una estrecha relación entre los trastornos de ansiedad y algunos de los trastornos obsesivos- compulsivos y trastornos relacionados (p.ej., TOC)

La psicopatología que se propone emplear en el marco teórico corresponde al **trastorno obsesivo compulsivo (TOC)**. Inicialmente se expondrán las generalidades, criterios, prevalencia, curso y desarrollo, trastorno diferencial, comorbilidad, teoría explicativa, protocolos de intervención para el TOC desde una fuente teórica cognitiva conductual. Seguidamente, se tendrán en cuenta investigaciones realizadas para la explicación y tratamiento para el TOC. Todo lo anterior, con el fin de mostrar una estructura organizada que facilite la comprensión de dicho trastorno.

Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-5 (2013) para el trastorno obsesivo compulsivo son:

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 objetos de estos comportamientos o actos mentales.

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.

- 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.
- La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupaciones por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomania [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos de la conducta alimentaria; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos 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 comportamientos repetitivo, como en los trastornos del espectro autista). (APA, pág. 237)

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 reconoce 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 compulsivos son ciertas.

Especificar si:

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

Especificadores

Muchas personas con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) tienen creencias disfuncionales. Estas creencias son un sentido exagerado de la responsabilidad, la tendencia a sobrestimar las amenazas, el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre, otorgar excesiva importancia a los pensamientos (p. ej., la creencia de que tener un pensamiento prohibido es tan malo como el realizarlo) y la necesidad de controlar los pensamientos. (Clark y Beck, 2012)

Para que pueda diagnosticarse el TOC, la persona ha tenido que reconocer en algún momento que sus obsesiones o compulsiones son excesivas o irrazonables. Esto no se aplica a los niños porque puede que no posean suficiente capacidad cognitiva para hacer tal reconocimiento. Sin embargo, incluso entre los adultos existe una gran variabilidad al respecto. Algunas personas tienen poca conciencia de que sus obsesiones y compulsiones son excesivas e irrazonables, mientras que en otros esta conciencia puede depender del momento y situación; así, un paciente puede reconocer como irrazonables sus comprobaciones de si ha atropellado a alguien cuando está en la consulta, pero no cuando está conduciendo. En aquellas ocasiones en las que un paciente intenta resistirse a una compulsión que ve como irrazonable, la ansiedad puede incrementarse de tal manera que se ve impulsado a llevar a cabo la compulsión con el consiguiente alivio temporal de la ansiedad. Tras sucesivos fracasos en resistirse a las obsesiones o compulsiones, la persona

puede claudicar ante ellas, no volver a experimentar el deseo de resistirse e incorporar las compulsiones en sus rutinas cotidianas (Bados, 2005)

Hasta un 30% de los individuos con TOC tienen un trastorno de tics en la vida, lo que es más común en los varones con el inicio del TOC en la niñez. Estos individuos tienden a diferir de los que no tiene historial de trastorno de tics en los temas de síntomas del TOC, en la comorbilidad, por supuesto, y en el patrón de trasmisión familiar. (APA, 2013, p. 238).

Prevalencia, desarrollo y curso

La prevalencia anual del TOC en estados unidos es de 1,2%, y la observada a nivel internacional es similar (1,1-1,8%). Las mujeres se ven afectadas con una tasa ligeramente más alta que los varones en la edad adulta, aunque los varones se ven más frecuentemente afectados durante la infancia.

En un estudio denominado “Los trastornos mentales en América Latina el Caribe: asunto prioritario para la salud pública”, realizado por Kohn y otros (2005), refieren que la tasa de prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo en función del sexo. Este trastorno tuvo tasas de prevalencia de vida de 1,9% (media) y de 1,8% (mediana); las tasas de prevalencia durante el año precedente fueron de 1,4% (media) y de 1,2% (mediana). (Kohn et al., 2005).

En Colombia, aunque no existen datos en menores de 18 años, Torres de Galvis (citado por Navarro et al., 2011) en el ‘Estudio nacional de salud mental’ de adultos, en el 2000, encontró una prevalencia a lo largo de la vida de TOC de 3,6%.

Desarrollo y curso

En Estados Unidos, la edad media de inicio del TOC es de 19,5 años, y el 25% de los casos se inicia a la edad de 14 años. Su comienzo después de los 35 años es inusual, pero ocurre. Los varones tienen una edad más temprana de inicio de los síntomas que las mujeres: casi 25% de los varones tiene un inicio antes de la edad de 10 años. El inicio de la sintomatología suele ser gradual; sin embargo, también se ha descrito la aparición aguda. (APA, 2013).

Aunque sea difícil determinar el curso natural del TOC dados los efectos del tratamiento, a juzgar por los resultados de varios estudios de seguimiento a largo plazo parece que el TOC tiende a adoptar un curso crónico, con oscilaciones crecientes y menguantes de los síntomas con el paso del tiempo, muchas veces en respuesta a fluctuaciones del estrés vital. (Clark y Beck, 2012, p. 749).

La investigación relativa a los correlatos infantiles del adulto TOC ha producido resultados mixtos. Aunque los niños y los adolescentes con diagnóstico TOC suelen presentar un curso crónico que persiste en la edad adulta (véase Geller, 1998; Shafran, 2003) y un gran número de pacientes TOC adultos hayan sufrido su primer brote en la infancia tardía o adolescencia, la mayoría de los niños con síntomas obsesivo-compulsivos no progresa al TOC en la edad adulta (Rachman, Shafran & Riskind, 2006).

Dada esta caracterización, no es de sorprender que el trastorno tenga un impacto negativo significativo sobre el funcionamiento social y laboral, así como sobre los logros académicos,

aunque el coste y sufrimiento personal del TOC probablemente sea equivalente al de los restantes trastornos de ansiedad. (Clark y Bech, 2012).

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los síntomas de interiorización, la mayor emotividad negativa y la inhibición del comportamiento en la infancia son posibles factores de riesgo temperamental.

Ambientales. El maltrato físico y sexual en la infancia y otros sucesos estresantes o traumáticos se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar TOC. Algunos niños pueden desarrollar repentinamente síntomas obsesivo-compulsivos que se han asociado con diferentes factores ambientales, incluidos varios agentes infecciosos y un síndrome autoinmune posinfeccioso.

Genéticos y fisiológicos. La tasa de TOC en los familiares de primer grado de los adultos con TOC es aproximadamente dos veces mayor que entre los familiares de primer grado de los que no tienen el trastorno; sin embargo, entre los familiares de primer grado de los individuos con un inicio del TOC en la niñez o en la adolescencia, la tasa se incrementa 10 veces. Esta transmisión familiar se debe en parte a factores genéticos (p. ej., una tasa de concordancia de 0,57 para los gemelos monocigóticos frente a 0,22 para los gemelos dicigóticos). La disfunción de la corteza orbitofrontal, de la corteza cingulada anterior y del cuerpo estriado está fuertemente implicada. (APA, 2013).

Estudios familiares y en gemelos han proporcionado evidencia sobre la participación de factores genéticos en la expresión y transmisión del TOC. Según la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y Adolescente (AEPNYA), los casos con un inicio prepuberal son mucho más frecuentes en pacientes con antecedentes familiares del mismo trastorno, mientras que cuando el

inicio es a partir de los 18 años es mucho menos frecuente encontrar familiares en primer grado con ésta patología. Se documenta además una mayor prevalencia de este trastorno entre gemelos monocigotos que en los dicigotos. (Arrieta y Barboza, 2014).

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Los varones presentan una edad temprana de inicio de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo que las mujeres, tienen mayor probabilidad de tener comorbilidad con trastornos de tics. Se han observado diferencia de género en los patrones de las dimensiones de los síntomas, siendo, por ejemplo, las mujeres más propensas a tener síntomas en la dimensión de la limpieza y los varones más propensos a tener síntomas en las dimensiones de los pensamientos prohibidos y de la simetría, al respecto se ha indicado que: *“Existen diferencias de género en las manifestaciones de la impulsividad. No se sabe realmente si estas diferencias son causadas por factores hormonales, genéticos o ambientales. La impulsividad masculina típica incluye explosiones intermitentes, juego, provocación de incendios e impulsos sexuales. En contraste las compulsiones femeninas incluyen la tendencia al robo, jalarse el cabello, autoinfringirse daño, compulsividad de comprar o atracones de alimentos”* (Ortiz, 2002). Por otro lado, al respecto de la relación del TOC con las mujeres en estado de embarazo o en situación de postparto se ha dicho que: *“hasta el 40% de las mujeres con TOC presentan el inicio de los síntomas durante el embarazo y hasta un 30% tienen su inicio en el posparto. El 50% de las pacientes que tiene historia de TOC previo al embarazo pueden presentar exacerbación de la sintomatología. Asimismo, se ha encontrado asociación con el inicio o exacerbación del TOC en el periodo perinatal cuando se cuenta con antecedentes psiquiátricos previos como ánimo depresivo premenstrual o episodios depresivos previos. Durante el embarazo los síntomas del TOC más frecuentes son las obsesiones*

de contaminación y compulsiones ritualistas de limpieza. El pensamiento obsesivo más frecuente observado del TOC es de dañar accidentalmente al feto o que éste se encuentre contaminado” (Reyes y Martínez, 2012). Es decir, el TOC respecto al género se relaciona en el sentido que el comienzo de los primeros síntomas es más precoz en los hombres, coincidiendo con la pubertad o la primera juventud, mientras que en la mujer no suele manifestarse antes de los 20 años, normalmente asociado a embarazos. Con respecto a los síntomas, las mujeres muestran más compulsiones dañinas sobre limpieza y comprobaciones, mientras que los hombres presentan más tics, mayor gravedad en los síntomas en general y un peor pronóstico (Arenas y Puigcerver, 2009).

Consecuencias funcionales del trastorno obsesivo- compulsivo

El TOC está asociado con una menor calidad de vida, así como con altos niveles de deterioro en la vida social y laboral. El deterioro sucede en muchos dominios diferentes de la vida y se asocia con la gravedad de los síntomas. El deterioro puede ser debido al tiempo que se emplea en las obsesiones y las compulsiones. Evitar las situaciones que pueden desencadenar las obsesiones o compulsiones también puede restringir gravemente el funcionamiento. Además, los síntomas específicos pueden originar obstáculos específicos. Por ejemplo, las obsesiones acerca del daño pueden hacer que las relaciones con familia y los amigos se vean como algo nocivo; el resultado puede ser evitar estas relaciones. Las obsesiones acerca de la simetría pueden frustrar la terminación puntual de los proyectos de la escuela o del trabajo, porque el proyecto nunca se percibe “perfecto”, lo que puede originar fracaso escolar o pérdida del empleo. De igual forma, Un trastorno obsesivo compulsivo va más allá de las preocupaciones, creencias supersticiosas y actos ritualísticos que pueden ser comunes en la vida de algunas personas. En el TOC las ideas

intrusivas aparecen reiteradamente en el contenido normal del pensamiento. Estos pensamientos son incontrolables, interfiriendo significativamente con las actividades cotidianas de la persona en cualquier ámbito. Asimismo, existe inquietud, aprensión, preocupación, y conductas repetitivas denominadas compulsiones, dirigidas a reducir la alta ansiedad asociada. Por otra parte, la persona intenta sin éxito ignorar y suprimir estos pensamientos o impulsos que acarrear un significativo malestar psicológico. Con frecuencia este trastorno puede promover en el paciente el desarrollo de sintomatología y trastornos depresivos e ideación o actos suicidas. Estos síntomas pueden generar condiciones de discapacidad en la persona que lo padece. La discapacidad originada por un trastorno mental acarrea la pérdida progresiva de la funcionalidad de la persona a nivel individual, social, familiar, laboral o educativo (Díaz y Cahui, 2017).

También pueden producirse consecuencias en la salud. Por ejemplo, los individuos con problemas de contaminación pueden evitar las oficinas y los hospitales (p. ej., debido a los temores de la exposición a los gérmenes) o desarrollar problemas dermatológicos (p. ej., lesiones en la piel debido al exceso de lavado). A veces, la sintomatología de la enfermedad interfiere con su propio tratamiento (p. ej., cuando los afectados consideran que los medicamentos están contaminados). Cuando el trastorno comienza en la niñez o en la adolescencia, los individuos pueden experimentar dificultades del desarrollo, dado que los síntomas más importantes son las obsesiones y compulsiones que interfieren en la vida diaria del niño, cambiando su comportamiento y su carácter, dificultando la vida social y escolar. Se perciben como exageradas y anómalas y, sin embargo, no pueden evitarse. Los síntomas más importantes son las obsesiones recurrentes y compulsiones que interfieren en la vida diaria del niño, cambiando su comportamiento y su carácter, aislándolo de sus amigos y disminuyendo su rendimiento escolar. Una obsesión es una idea o pensamiento repetitivo inquietante, desagradable y no deseado, que surge reiteradamente y

de forma incontrolable en la mente del niño con TOC, causándole un temor persistente y un alto nivel de ansiedad (González y Rodríguez, 2010).

El resultado puede ser pocas relaciones significativas fuera de la familia y una falta de autonomía y de independencia financiera fuera de su familia de origen. Además, algunos individuos con TOC tratan de imponer reglas y prohibiciones a los miembros de la familia a causa del trastorno (p. ej., nadie en la familia puede traer visitantes a la casa por miedo a la contaminación), y esto puede conducir a la disfunción familiar. (APA, 2013).

Diagnóstico diferencial

Los diagnósticos diferenciales propuestos por el DSM-5 (2013) para el trastorno obsesivo compulsivo son:

Trastorno de ansiedad

También pueden aparecer pensamientos recurrentes, conductas de evitación y preguntas repetitivas para tranquilizarse en los trastornos de ansiedad. Sin embargo, los pensamientos recurrentes que están presentes en el trastorno de ansiedad generalizada (esto es, las preocupaciones) son por lo general acerca de las preocupaciones de la vida real, mientras que las obsesiones del TOC generalmente no implican preocupaciones de la vida real y pueden incluir un contenido que es extraño, irracional, o de una naturaleza aparentemente mágica, y además a menudo se presentan compulsiones por lo general vinculadas a las obsesiones. Al igual que las personas con TOC, los individuos con fobia específicas pueden tener una reacción de miedo a objetos o situaciones específicas; sin embargo, en la fobia específicas, el objeto temido es mucho

más circunscrito y no se presentan rituales. En el trastorno de ansiedad social (fobia social), los objetos o las situaciones temidas se limitan a las interacciones sociales, y la evitación o la búsqueda de tranquilidad se centra en la reducción de este miedo social.

Trastorno depresivo mayor

El TOC se puede distinguir de la preocupación excesiva que acompaña al trastorno depresivo en que, en este último, los pensamientos normalmente son congruentes con el estado de ánimo y no tienen por qué experimentarse como intrusivos o preocupantes y, además, las preocupaciones no están vinculadas a las compulsiones, como es típico en el TOC.

Otros trastornos obsesivos-compulsivos y trastornos relacionados

En el trastorno dismórfico corporal, las obsesiones y compulsiones se limitan a la preocupación por la apariencia física, y en la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo), el comportamiento compulsivo se limita a tirarse del pelo en ausencia de obsesiones. En el trastorno de acumulación, los síntomas se centran exclusivamente en la persistente dificultad de descartar o separarse de las posesiones, en la marcada angustia asociada con la eliminación de artículos y en la acumulación excesiva de objetos. Sin embargo, si un individuo tiene obsesiones que son típicas del TOC (p. ej., las preocupaciones sobre la no completitud o el daño) y estas obsesiones llevan a conductas de acumulación compulsiva (p. ej., la adquisición de todos los objetos de un conjunto para alcanzar un sentido de integridad, o no desechar los periódicos viejos, ya que podrían contener información que podría prevenir un daño), se debería diagnosticar TOC en su lugar.

Trastorno de la alimentación.

El TOC se puede distinguir de la anorexia nerviosa en que en el TOC las obsesiones y compulsiones no se limitan a las preocupaciones sobre el peso y la comida.

Tics (en el trastorno de tics) y movimientos estereotipados.

Un tic es una vocalización o un movimiento motor repentino, rápido, recurrente y no rítmico (p. ej., el parpadeo de los ojos, el carraspeo de la garganta). Un movimiento estereotipado es un comportamiento aparentemente impulsivo, un comportamiento motor repetitivo, no funcional (p. ej., golpearse la cabeza, mecer el cuerpo, las auto mordeduras). Los tics y los movimientos estereotipados son típicamente menos complejos que las compulsiones pueden ser difíciles. Mientras que las compulsiones generalmente están precedidas por obsesiones, los tics a menudo están precedidos por impulsos sensoriales premonitorios. Algunas personas tienen síntomas tanto de TOC como de un trastorno de tics, en cuyo caso ambos diagnósticos podrían estar justificados.

Trastornos psicóticos.

Algunos individuos con TOC tienen escasa conciencia de enfermedad o incluso creencias delirantes. Sin embargo, tienen obsesiones y compulsiones (distinguiendo su dolencia del trastorno delirante) y no tienen otras características de la esquizofrenia o del trastorno esquizoafectivo (p. ej., alucinaciones o trastorno formal del pensamiento).

Otros comportamientos de tipo compulsivo.

Ciertos comportamientos se describen a veces como “compulsivos”, entre los que están el comportamiento sexual (en el caso de las parafilias), el juego (p. ej., los trastornos de juegos patológico) y el consumo de sustancias (p. el., trastorno por consumo de alcohol). Sin embargo, estos comportamientos difieren de las compulsiones del TOC en que la persona, por lo general, obtiene placer de la actividad y tal vez desea abstenerse solo por sus consecuencias perjudiciales.

Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva.

Aunque el trastorno de personalidad obsesivo- compulsiva y el TOC tienen nombres similares, las manifestaciones clínicas de estos trastornos son bastante diferentes. El trastorno de personalidad obsesivo- compulsivo no se caracteriza por pensamientos intrusivos, imágenes, impulsos o conductas repetitivas que se realizan en respuestas a estas intrusiones, sino que implica una mala adaptación permanente y generalizada, un patrón de perfeccionismo excesivo y un rígido control. Si una persona manifiesta síntomas tanto del TOC como del trastorno de personalidad obsesivo- compulsivo, se podrían realizar ambos diagnósticos. (APA, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5, 2013).

Comorbilidad

Los individuos con TOC, con frecuencia tienen otras psicopatologías. Muchos adultos con el trastorno tienen un diagnóstico de por vida de trastorno de ansiedad (un 76%; p. ej., el trastorno de pánico, la ansiedad social, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia específica) o un trastorno depresivo o bipolar (un 63% para cualquier trastorno depresivo o bipolar, siendo el más común el trastorno depresivo mayor [41%]). El inicio del TOC es generalmente más tardío que el de los trastornos de ansiedad comórbidos (excepto el trastorno por separación) y el del trastorno de estrés postraumático, pero a menudo precede a los trastornos de depresión. La comorbilidad con el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva también es frecuente en los individuos con TOC (p. ej., del 23 al 32%).

Hasta un 30% de los individuos con TOC también tiene un trastorno de tics a lo largo de la vida. El trastorno de tics comórbido es más frecuente en los varones con un inicio del TOC en la niñez. Estos individuos tienden a diferir de los que no tienen un historial de trastornos de tics en la temática de sus síntomas de TOC, en la comorbilidad, por supuesto, y en el patrón de transmisión familiar. En los niños también se podría ver una triada compuesta por el TOC, el trastorno de tics y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

Los trastornos que se producen con más frecuencia en las personas con TOC que en las que carecen del trastorno son los diversos trastornos obsesivos-compulsivos y trastornos relacionados, como el trastorno dismórfico corporal, la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) y el trastorno de excoriación (rascarse la piel). Por último, se ha reseñado la existencia de una

asociación entre el TOC y algunos trastornos caracterizados por la impulsividad, como el trastorno negativista desafiante.

En las personas con ciertos trastornos, la prevalencia del TOC es mucho mayor que la esperada en la población general; cuando se diagnostica uno de estos trastornos, se debería evaluar al individuo también respecto al TOC. Por ejemplo, en los individuos con esquizofrenia o con trastorno esquizoafectivo, la prevalencia de TOC es aproximadamente del 12%. Las tasas del TOC también son elevadas en el trastorno bipolar, en los trastornos de la conducta alimentaria, tales como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, y en el trastorno de tourette. (APA, 2013).

Factores culturales y religiosos

La importancia de los factores ambientales y culturales en la modulación de la clínica y el conocimiento de los síntomas obsesivo- compulsivos es innegable. Aunque los pacientes TOC no suelen pertenecer a ambientes religiosos diferentes a los de pacientes con otros trastornos de ansiedad o sujetos de la población general (Steketee y Cols, 1987; Rasmussen y Eisen, 1992; Raphael y Cols, 1996, citados por Alonso et al., 2006), sí parece que, en determinados pacientes, la religión puede estar relacionada con la gravedad y el contenido de los síntomas obsesivos. Así, la gravedad del TOC se ha correlacionado con la religiosidad en paciente con este trastorno (Alonso et al., 2006; p. 23-24).

Factores familiares

La elevada incidencia de historia del TOC entre los familiares de primer orden de los pacientes obsesivos es un hallazgo reconocido desde hace años (Lewis, 1935; Brown, 1942; Kringle, 1965), aunque se han descrito también porcentajes elevados de otros trastornos de ansiedad entre los mismos, según lo exponen (McKeon y Murray, 1987; Black et al., 1992, citados por De la Vega, 2010). Así, en un estudio diseñado para evaluar la historia psiquiátrica familiar de 263 pacientes con TOC, Lensi y Cols (1996, citados por Amador, 2014), describen un porcentaje de trastorno psiquiátrico entre los familiares de los pacientes obsesivos que alcanza el 76,6% con especial incidencia de los trastornos depresivos (35,4) y los ataques de pánico (19,4%). Los antecedentes de TOC no eran, en cambio, tan frecuentes (7,6%), aunque en una proporción discretamente superior (14,1%) se describían rasgos obsesivos de personalidad. Algunos estudios señalan, en este sentido, que los antecedentes familiares de TOC parecen ser especialmente frecuentes entre los pacientes obsesivos con un inicio más precoz de la enfermedad (Alonso et al., 2006; p. 25-27).

Tipo de obsesiones y compulsiones

Normalmente, las obsesiones y las compulsiones tratan sobre un tema, que suele ser importante para quien las padece. No obstante, podría darse casi cualquier combinación entre obsesiones y compulsiones.

Obsesiones más frecuentes

Las obsesiones más frecuentes están relacionadas con temas tan diversos como la suciedad, la enfermedad y la contaminación, los impulsos agresivos, las situaciones peligrosas, la sexualidad y los “asuntos abstractos” (Moreno, Martín, García y Viñas, 2008).

Suciedad, enfermedad y contaminación:

En esta clase de obsesiones, podemos pensar o imaginar que nosotros mismos, nuestros seres queridos u otras personas pueden ensuciarse, contagiarse o contaminarse, lo que podría provocar la enfermedad o la muerte.

Agresión:

En esta clase de obsesiones uno teme poder agredir física o verbalmente a otras personas, Hay personas que pueden obsesionarse también con la idea de agredirse a sí mismos.

Estar en peligro. Pueden aparecer diversas obsesiones en las que se piensa o se imagina que uno mismo u otra persona puede estar en peligro. Este peligro puede deberse a alguna imprudencia que se teme cometer.

Sexualidad:

Ejemplos de estas obsesiones son: pensamientos de violar o abusar de alguien, imágenes pornográficas desagradables, impulsos de desnudarse en público o de besar a alguien en contra de su voluntad, sensación de haber agredido sexualmente a alguien, etc.

Asunto abstracto. En este caso más que un pensamiento concreto, suele haber una cadena de pensamientos sobre un tema, que se repite una y otra vez, hasta que resulta desagradable.

Compulsiones más frecuentes Las compulsiones más frecuentes entran dentro de los siguientes temas: lavado/limpieza/desinfección, comprobación, orden/simetría, repetición y acumulación. Veamos con más detalle cada temática compulsiva:

Lavado, limpieza y desinfección:

El lavado puede ser del propio cuerpo, de la ropa, de la casa, de las mascotas, o incluso de los propios hijos.

Comprobación:

Consiste en comprobar o asegurarse de que algo negativo no ha sucedido o de que no se ha cometido ningún error o imprudencia. Las dudas obsesivas suelen inducir estas compulsiones.

Orden y simetría:

La evidencia sugiere que estos trastornos por tics y el TOC están asociados fenomenológicamente, ya que por ejemplo síntomas de simetría y orden son más comunes entre pacientes con TOC y tics comparados con únicamente TOC; y se reportan obsesiones con contenido de imágenes no violentas, excesivo interés por la apariencia, necesidad por la simetría, tocar, pestañear, mantener la mirada fija y compulsiones de conteo. (Ortiz, 2002).

Repetición o contar:

Se puede repetir multitud de comportamientos o acciones mentales, a veces siguiendo normas fijas o en un número determinado de veces.

Acumulación:

Algunos pacientes coleccionan o guardan objetos que realmente no son útiles y que ocupan un espacio innecesario en casa o en el lugar de trabajo. (Moreno, 2008).

Teoría explicativa

Al revisar la literatura especializada en el estudio de la sintomatología obsesivo-compulsiva se descubre que existen tres corrientes psicológicas que han desarrollado sus propias teorías explicativas: a) el enfoque psicodinámico b) la perspectiva biológica, y c) el modelo cognitivo-conductual.

Enfoque psicodinámico

Desde el enfoque psicodinámico se considera que, se debe apuntar más allá: a la «comprensión» dinámica del síntoma del paciente para no plantear un trabajo terapéutico «a los síntomas del DSM», sino a un paciente concreto, idiosincrático, singular y único en su malestar. La crítica que desde el modelo psicoanalítico se hace a estas guías es la de ser utilizadas como fines absolutos y no como medios para ser completadas con otras perspectivas. Se han convertido para muchos en una especie de esperanto de la salud mental, una lengua única que homogeneiza y que no da lugar a ningún saber más allá de la estadística (Maganto y Ávila, 1999).

Corriente biológica

Basados en lo que expone Baxter, citados por Mohammed (2013), que se transcribe textualmente a continuación, allí se propone:

“un modelo explicativo de las obsesiones-compulsiones, en el cual se implicarían los circuitos fronto-sub-cortico-frontales en el control y el rechazo de los estímulos ambientales y también internos no pertinentes y/o distractores. La disfunción de estos circuitos implicaría, en el caso del TOC, una perturbación de los mecanismos de control y rechazo de los estímulos. En este modelo, las estructuras subcorticales como el núcleo caudado se consideran también como mediadores entre la corteza fronto-orbital y el tálamo, estructura implicada en las aferencias sensoriales y constituyendo una puerta de entrada para el procesamiento de la información sensorial (Sherman & Guillery, 1998, 2004). Su alteración daría lugar a una filtración

inadecuada de los estímulos sensoriales externos e internos y de la liberación de conductas motoras innatas y automáticas (entre las cuales los rituales) administradas por estructuras subcorticales como los ganglios basales. El cuerpo estriado (núcleo caudado, el putamen, el globo pálido, y el núcleo acumbens), tendría por función administrar y controlar los pensamientos, sensaciones y acciones, sin intervención de las estructuras corticales, por lo tanto de manera automática y sin paso por la conciencia. Se postula igualmente la existencia de una interpretación inadecuada de las rumiaciones ansiosas de origen frontal. El cuerpo estriado no desempeñaría aquí tampoco su papel inhibitor hacia pensamientos e imágenes mentales generadas por las regiones frontales, y en particular fronto-orbitales”.

Respecto a la hipótesis de la implicación de los circuitos cortico-striato-talamo-corticales, Brody y Saxena (1996), hacen referencia a un desequilibrio entre las redes neuronales directo (activador) e indirecto (inhibidor), que se traduce en una preponderancia del funcionamiento de la vía directa sobre la vía indirecta y explica la falta de habituación a las obsesiones. La hiperfrontalidad sería, en ese caso, la señal cerebral de la lucha compulsiva que el sujeto ejerce contra sus obsesiones y la hipofrontalidad daría cuenta, al contrario, del abandono de esta lucha. (Mohammed, 2013).

Modelo cognitivo conductual

Según la perspectiva cognitiva, la presencia de esquemas disfuncionales y falsas valoraciones son procesos críticos en la etiología y en la persistencia de las obsesiones y las compulsiones. Aunque las variaciones sobre el modelo cognitivo-conductual del TOC se han propuesto a fin de subrayar diferentes tipos de esquemas y valoraciones, todas ellas se adhieren a

ciertas proposiciones básicas. En los modelos de aproximación cognitiva las obsesiones se derivan de los pensamientos, imágenes e impulsos indeseados que se inmiscuyen en la corriente de la conciencia en contra de la voluntad propia y muchas veces conllevan contenido que es personalmente inaceptable, angustioso e impropio del individuo. (Clark y Beck, 2012, p. 753-754).

Sin embargo, que estos pensamientos e imágenes intrusas relevantes a la obsesión se conviertan o no en patológicos depende de cómo se valoren tales pensamientos (Salkovskis, 1985, 1989; Rachman, 1997, 1998, citados por Clark y Beck, 2012). Si un pensamiento intruso es considerado irrelevante, benigno o incluso carente de sentido, la persona suele ignorarlo. Si, por el contrario, la intrusión mental es considerada como una amenaza personal importante que conlleva alguna acción posible o resultado que la persona pueda evitar, entonces suele experimentarse cierta angustia y la persona se siente obligada a iniciar respuestas para aliviar la situación.

Esta valoración errónea de la importancia lo llevará al ritual compulsivo o a algún tipo de estrategia de neutralización que trate de aliviar la angustia o prevenir que ocurra el resultado temido (Rachman, 1997, 1998, citado por Clark y Beck, 2012). Aunque la neutralización pueda producir la reducción inmediata de la ansiedad o de la angustia y una sensación elevada de control percibido mediante la desviación de la atención de la obsesión, a largo plazo las valoraciones de importancia y neutralización producirán un aumento de la saliencia y frecuencia de las obsesiones (Salkovskis, 1999). De este modo se establece un círculo vicioso que conduce a obsesiones cada vez más frecuentes, intensas y angustiosas. (Clark y Beck, 2012; p. 754-757).

Procesos automáticos (Fase I)

La base cognitiva del TOC comienza con la aparición de un pensamiento, imagen o impulso intruso indeseado. (O'Connor, Aardema y Pélissier, 2005, citados por Clark y Beck, 2012), señalan que la intrusión rara vez se produce en el vacío, sino que debe entenderse en un contexto que puede conllevar un estado anímico particular, un recuerdo o algún acontecimiento presente.

Un pensamiento o imagen intrusa e indeseada sería el estímulo para la respuesta inmediata de miedo. “Algunas señales internas y externas particulares pueden aportar el contexto que elicitaba una intrusión indeseada”. (Clark y Beck, 2012). Con las experiencias repetidas del pensamiento intruso, se cebaría el modo de orientación que detecta automáticamente las apariciones del pensamiento intruso obsesivo. De este modo se espera que los individuos con propensión al TOC tengan pensamientos intrusos indeseados con más frecuencia y sean más hipervigilantes o estén más orientados hacia la detección de tales intrusiones en la corriente de la conciencia.

Errores de procesamiento cognitivo

En la mayoría de los casos de TOC la activación de esquemas maladaptativos conlleva alguna creencia relativa a que la intrusión representa un daño potencial y significativo para uno mismo o para los demás de cuya prevención la persona es responsable, como se indica en el control mejorado sobre la obsesión y la reducción de la ansiedad o la angustia. La activación de estos esquemas nos llevará a otros procesos automáticos, de los cuales los más importantes son ciertos errores de procesamiento cognitivo.

Activación y angustia elevadas

Como refiere (Rachman & Hodgson, 1980, citado por Clark y Beck, 2012), el aumento de activación autónoma puede desempeñar un papel prominente en ciertos tipos de TOC como en el de la limpieza compulsiva donde la obsesión cuenta con fuertes elementos fóbicos. Otras formas de TOC, como lo es la comprobación compulsiva, pueden conllevar diferentes emociones negativas como la culpa.

En presencia de una elevada activación fisiológica, la persona TOC tiende a estar motivada para hallar el alivio de este estado negativo de modo similar a cualquier otro individuo con un trastorno de ansiedad. Además, la respuesta defensiva inmediata más obvia en el TOC es alguna forma de huida/evitación cognitiva o conductual. Los rituales compulsivos constituyen una respuesta de neutralización más compleja que requiere considerable procesamiento elaborativo y, por consiguiente, se localiza dentro de la fase secundaria del modelo.

Procesos elaborativos secundarios (Fase II)

Dos son los procesos que se consideran críticos para la persistencia del TOC en la fase elaborativa de la ansiedad: (1) la valoración de la obsesión y de la propia capacidad de afrontamiento y (2) la ejecución de una respuesta de neutralización o ritual compulsivo a fin de reducir la ansiedad o prevenir el resultado temido que se anticipa.

Valoraciones primarias de las obsesiones

Los procesos metacognitivos o el “pensamiento sobre el pensamiento” (Flavell, 1979), están particularmente vinculados con el TOC porque las valoraciones de los pensamientos, imágenes e impulsos obsesivos, así como nuestra capacidad para controlarlos, son procesos cognitivos clave, responsables de la persistencia de la obsesión.

Clark y Beck, (2012) mencionan un modelo metacognitivo del TOC en el que la importancia de los pensamientos intrusos y de la respuesta conductual ante ellos proporciona un marco de trabajo para la etiología y persistencia del TOC.

Responsabilidad inflada – la importancia de un pensamiento se evalúa en términos de la influencia personal percibida que es capital para instigar o prevenir un resultado negativo subjetivamente crucial para uno mismo o para los demás.

Fusión del pensamiento-acción (FPA) – interpretar la aparición misma de un pensamiento intruso como algo que aumenta la probabilidad de que se produzca el resultado temido (FPA – Probabilidad) o considerar que un pensamiento incómodo es moralmente equivalente a una acción prohibida

Estimación de la amenaza – estimaciones exageradas de la probabilidad y gravedad del daño asociado con un pensamiento intruso

Importancia y control– evaluar la importancia de los pensamientos en términos de su prioridad atencional y la importancia de ejercer un control efectivo sobre la intrusión

Intolerancia a la incertidumbre– la importancia de los pensamientos se evalúa en términos de su desviación de cierto resultado esperado

Perfeccionismo – evaluar los pensamientos en términos de un criterio absoluto, completo o perfecto

De igual forma, Clark y Beck (2012) también mencionan que según el modelo cognitivo los pensamientos intrusos indeseados que se valoran del modo arriba mencionado generarán una evaluación exagerada de su importancia personal y potencial para causar daño o peligro para uno mismo o los demás. Behobi et al. (2013, p. 348) mencionan que cuando estos pensamientos intrusos normales son valorados de manera negativa y catastrofista la persona comienza a sufrir una marcada ansiedad y preocupación, e interpreta los PIOS como si fueran algo grave, peligroso y de lo que es necesario ocuparse. Los rituales propios del trastorno tienen efecto de neutralización de la preocupación que los PIOS producen. Una vez neutralizada la ansiedad mediante el ritual, la persona se siente momentáneamente aliviada, con lo que la conducta ritual es reforzada negativamente y se consolida el trastorno.

Valoraciones secundarias de control

Además de estas valoraciones primarias de la obsesión Clark (2004), (citados por Clark & Beck, 2012) propuso que los individuos con propensión a la obsesión ejecutan también una valoración secundaria de su capacidad para afrontar o controlar la obsesión. Los fracasos repetidos en el ejercicio del control efectivo del pensamiento obsesivo contribuirán también a aumentar la evaluación de la importancia y de la naturaleza amenazante de la obsesión, así como a una mayor sensación de vulnerabilidad personal.

Neutralización:

En el TOC las respuestas cognitivas y conductuales que buscan reducir la angustia y neutralizar la obsesión son un rasgo importante de la fase elaborativa que contribuye a la

persistencia del trastorno. Los individuos con TOC ponen en marcha una serie de estrategias de neutralización, incluyendo rituales compulsivos, que tratan de reducir la amenaza percibida y la ansiedad asociada, así como establecer una sensación de seguridad mediante el cese de la obsesión. La neutralización, que a menudo incluye actividades encubiertas de control mental, como recitar para uno mismo una oración determinada, se dirige fundamentalmente a deshacer o corregir los efectos negativos percibidos de la obsesión (Rachman & Shafran, 1998, citados por Clark y Beck, 2012).

Dadas las valoraciones y creencias erróneas de amenaza, responsabilidad y control que caracterizan al TOC, es natural que la persona con obsesiones recurra a las compulsiones y a otras formas de neutralización en un esfuerzo desesperado por suprimir o prevenir la obsesión, reducir la angustia asociada, absolver la propia responsabilidad percibida e impedir un resultado negativo anticipado (Salkovskis, 1989; Salkovskis & Freeston, 2001, citados por Clark y Beck, 2012).

Evaluación cognitiva:

Evaluaciones clínicas: la terapia cognitivo-conductual con éxito depende de un análisis conductual preciso. Los instrumentos siguientes han demostrado su utilidad en la evaluación de los pensamientos obsesivos:

Psicopatología general. La “Escala obsesivo-compulsiva, de Yale-Brown” (Y-BOCS Obsessive-Compulsive Scale) es una escala de evaluación clínica que se ha utilizado ampliamente en comparaciones recientes de los métodos cognitivos, conductuales y farmacológicos de terapia. La lista de síntomas que precede a dicha escala es especialmente útil para proporcionar un panorama general de la sintomatología obsesivo-compulsiva actual y anterior. La subescala sobre

obsesiones y los ítems de evaluación general son también útiles para evaluar la gravedad actual del TOC, aunque puede que la subescala sobre compulsiones no sea siempre tan fácil de aplicar a las estrategias de neutralización. (Freeston y Ladouceur, 2007).

Overvalued Ideas Scale (Neziroglu, McKay, Yaryura-Tobias, Stevens, Todaro, 1999; Escala de Ideas Sobrevaluadas). Ofrece una evaluación abierta de la intensidad de las ideas más predominantes del TOC durante la semana anterior. (A. Nezu et al, 2004).

Diversos estudios han analizado las propiedades psicométricas del Y-BOCS y se han publicado varias revisiones de dicha literatura, tal como lo indican (Clark, 2004; Feske & Chambless, 2000; Grabill et al., 2008; Clare, 2003; Taylor, 1995b, 1998, citados por Clarck & Beck, 2012). La puntuación total del Y-BOCS presenta una excelente fiabilidad inter-evaluadores, una buena consistencia interna y fiabilidad temporal. (Clark y Beck, 2012).

Evaluaciones conductuales:

Self-Monitoring (Leahy y Holland, 2000). Evalúa las obsesiones y rituales in vivo, el tiempo que se dedica a ellos y el grado de angustia.

Instrumentos autoaplicables (A. Nezu et al, 2004).

Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (Hodgson y Rachman, 1977), evalúa los comportamientos y rituales obsesivo-compulsivos con las siguientes subescalas: verificación, lavado, dudas/conciencia y lentitud/repetición. (A. Nezu et al, 2004).

Obsessive Compulsive Inventory (Foa, Kozak, Salkovskis, Coles, Amir, 1998). Mide tanto la frecuencia como la gravedad de la angustia relacionada con obsesiones y compulsiones. (A. Nezu et al, 2004).

Obsessive Compulsive Questionnaire (Leahy et al., 2000). Evalúa la cantidad de molestia por diversas obsesiones y el tiempo dedicado a rituales. (A. Nezu et al, 2004).

Padua Inventory–Washington State University Revisions (Burns, Keortge, Formea, Sternberger, 1996). Mide tanto obsesiones como compulsiones con las siguientes subescalas: contaminación, verificación, control mental disminuido, y urgencias y preocupaciones. (A. Nezu et al, 2004).

Diario de autorregistro. Los diarios de autorregistro que utilizamos evalúan el malestar asociado a los pensamientos, a la frecuencia y a la duración total de los mismos sobre una escala de 9 puntos en cuadernos adaptados de Marks y colaboradores. (Freston y Ladouceur, 2007).

Tratamiento

Para tratar el TOC, Caballo (2007) indica que consistiría en cambiar el conocimiento del paciente sobre las obsesiones, evitar la neutralización y permitir, así que los pacientes se habitúen con los pensamientos obsesivos. La frecuencia y la duración de los pensamientos y el malestar causado por ellos disminuirá consecuentemente. Los objetivos específicos son:

1. Proporcionar una explicación adecuada de las obsesiones.
2. Hacer que el paciente entienda el papel de la neutralización en el mantenimiento de los pensamientos obsesivos.
3. Preparar al paciente para la exposición a los pensamientos y a las situaciones que desencadenan las obsesiones.
4. Corregir cuando sea necesario la sobreestimación del poder y la importancia de los pensamientos.
5. Exponer al paciente a los pensamientos y poner en práctica la prevención de la respuesta (es decir, neutralizar la actividad neutralizadora).

6. Corregir, cuando se encuentre presente, la exageración de las consecuencias de temor específicas asociadas al pensamiento.
7. Corregir cuando esté presente, el perfeccionismo y la responsabilidad excesiva.
8. Hacer que el paciente se dé cuenta de las situaciones en las que es más vulnerable a la recaída.
9. Preparar las estrategias a utilizar cuando ocurra la recaída.

Trastorno depresivo persistente (distimia)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-5.

Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Nota en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

- Poco apetito o sobrealimentación
- Insomnio o hipersomnia
- Poca energía o fatiga
- Baja autoestima
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza

Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

- Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco, y nunca se ha cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo)
- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno depresivo mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado (APA, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5, 2013)

Características diagnósticas

El rasgo principal del trastorno depresivo persistente (distimia) es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes (criterio A). En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-5. La depresión mayor puede preceder al trastorno depresivo persistente, y los episodios de depresión mayor pueden ocurrir durante el trastorno depresivo persistente. Los pacientes cuyo síntoma cumplan los criterios el trastorno depresivo mayor durante dos años se deberían diagnosticar de trastorno depresivo persistente además del trastorno depresivo mayor. Los pacientes con trastorno depresivo persistente describen su estado de ánimo como triste o con el ánimo “por los suelos”. Durante los periodos de ánimo deprimido deben presentarse al menos dos de los seis síntomas del criterio B. como estos síntomas forman parte de la experiencia diaria del paciente, sobre todo en los casos de inicio temprano (p. ej., “siempre he sido así”), es posible que no se mencionen a menos que se le pregunte al individuo. Durante el periodo de dos años (de un año en los niños o los adolescentes), cualquier intervalo sin síntomas dura como máximo dos meses (criterio c) (APA, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5, 2013)

Prevalencia

El trastorno depresivo persistente es una amalgama del trastorno distímico y del trastorno de depresión mayor crónico del DSM-5. La prevalencia en 12 meses en estados unidos es aproximadamente del 0,5% para el trastorno depresivo persistente y del 1,5% para el trastorno depresivo mayor crónico.

Desarrollo y curso

El trastorno depresivo persistente tiene a menudo un inicio temprano e insidioso (p. ej., en la infancia, la adolescencia o la juventud) y, por definición, tiene un curso crónico. Entre los individuos con trastorno depresivo persistente y trastorno límite de la personalidad, la covarianza de los correspondientes rasgos a lo largo del tiempo sugiere la existencia de un mecanismo común. El comienzo temprano (p. ej., antes de los 21 años) se asocia a una mayor probabilidad de trastorno comórbido de la personalidad y de abuso de sustancias.

Cuando se presenta en niños y adolescentes, es común que aparezcan otros síntomas como trastornos de conducta, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, enuresis o encopresis; sin embargo, manifiestan menos síntomas vegetativos, a diferencia de los adultos. Cuando la distimia se inicia en la infancia, puede progresar hacia la adultez, de manera que el paciente desarrolla una visión pesimista del mundo y tiene una pobre conciencia del estado de ánimo normal, por lo que las consecuencias de un pensamiento negativo continuo y la baja autoestima pueden ser importantes a lo largo de la vida. Por otro lado, aunque este trastorno progresa con cierta estabilidad de la función social, se ha reportado que estos pacientes suelen invertir su energía en el trabajo y les queda muy poca para dedicar a actividades de ocio, familia y actividades sociales (Jiménez et al., 2013).

Por otra parte, cuando los síntomas alcanzan el nivel de un episodio depresivo mayor, es probable que descendan posteriormente a un nivel inferior. Sin embargo, los síntomas depresivos remiten menos probablemente en un determinado periodo de tiempo, en el contexto de un trastorno

depresivo recurrente que en el de un episodio depresivo mayor. (APA, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5, 2013).

Diagnóstico diferencial

Trastorno depresivo mayor:

Si existe ánimo deprimido, además de dos o más síntomas de los criterios del episodio depresivo persistente durante dos años o más, entonces se realiza el diagnóstico de trastorno persistente. El diagnóstico depende de la duración de dos años, que lo distingue de los episodios de depresión que duran menos de dos años. Si los síntomas cumplen criterios suficientes para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor en cualquier momento de este periodo, entonces se debería hacer el diagnóstico de depresión mayor, pero no se codifica como un diagnóstico separado, sino como un especificador del trastorno depresivo persistente. Si los síntomas del paciente cumplen en el momento actual todos los criterios del episodio depresivo mayor, entonces se debería usar el especificador “con episodio intermitentes de depresión mayor con el episodio actual”. Si el episodio depresivo mayor ha tenido una duración de al menos dos años y sigue presentándose, entonces se usa el especificador “con episodio de depresión mayor persistente”. Cuando no se cumplen todos los criterios del episodio depresivo mayor en el momento actual, pero ha existido al menos un episodio de depresión mayor en el contexto mayor en el momento actual, pero ha existido al menos un episodio de depresión mayor en el contexto de al menos dos años de síntomas depresivos persistentes, entonces se usa el especificador “con episodio intermitente de

depresión mayor, sin episodio actual”. Si el paciente no ha presentado un episodio de depresión mayor en los últimos dos años, entonces se usa el especificador “con síndrome distímico puro” (Duran, 2018).

Trastorno psicótico:

Los síntomas depresivos son un rasgo común que se asocia a los trastornos psicóticos crónicos (p. ej., el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno delirante). No se hace diagnóstico distinto de trastorno depresivo persistente si los síntomas ocurren durante el curso del trastorno psicótico (incluidas las fases residuales).

Trastorno depresivo o bipolar debido a otra afección médica.

Se debe distinguir el trastorno depresivo persistente del trastorno depresivo o bipolar debido a otra afección médica. El diagnóstico es de trastorno depresivo o bipolar debido a otra afección médica si no se considera que las alteraciones anímicas sean atribuibles a los efectos fisiopatológicos directos de una afección médica específica, normalmente crónica, basándose en la historia personal, el examen físico y las pruebas de laboratorio (p. ej., esclerosis múltiple). Si se considera que los síntomas depresivos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica, entonces se codifica el trastorno mental primaria (p. ej., trastorno depresivo persistente) y la afección médica se considera como una afección médica concomitante (p. ej., diabetes mellitus).

Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos:

El trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno depresivo persistente cuando se considera que hay una sustancia que podría estar etiológicamente relacionada con la alteración de ánimo, es decir, la alteración del estado de ánimo se explica como consecuencia del efecto fisiopatológico de una droga, medicamento o de otro tratamiento médico anterior (Gálvez et al., 2009).

Trastorno de la personalidad:

A menudo hay signos de la coexistencia de alteraciones de la personalidad. Cuando la presentación en un individuo cumple los criterios tanto del trastorno depresivo persistente como de un trastorno de la personalidad, se debe realizar ambos diagnósticos. (APA, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5, 2013)

Comorbilidad

En comparación con los pacientes con trastorno depresivo mayor, los que tiene trastorno depresivo persistente tienen mayor riesgo de comorbilidad psiquiátrica en general y de trastorno de ansiedad y de abuso de sustancias en particular. El comienzo temprano del trastorno depresivo persistente se asocia claramente a los trastornos de personalidad de los clusters B y C del DSM-5.

Por esta razón, en los pacientes que presentan una comorbilidad trastorno de angustia-trastorno depresivo los síntomas son más intensos y frecuentes que en los pacientes con trastorno aislado, además, las crisis de angustia constituyen el predictor principal de suicidio consumado en el primer año. Las formas comórbidas son de peor pronóstico. Se sabe que no solo se incrementa la posibilidad de aparición de un episodio depresivo mayor, sino que, además, presentan mayor gravedad y duración de los síntomas, peor respuesta al tratamiento y persistencia sintomática, y una mayor tendencia a la cronicidad del trastorno afectivo. Asimismo, tienen un mayor aislamiento social, una disminución del rendimiento laboral y una mayor utilización de recursos sanitarios, con un mayor número de hospitalizaciones. En general, presentan una mayor tasa de mortalidad en relación con las enfermedades vasculares, mayor tasa de suicidios, mayor deterioro funcional y una mayor incidencia de alcoholismo o de seguimiento. (Zarragoitía, 2011)

Factores de riesgo y pronósticos

Temperamentales:

Los factores que predicen un peor pronóstico a largo plazo son los mayores niveles de neuroticismo (afectividad negativa), la mayor gravedad de los síntomas, un peor funcionamiento global y la presencia de trastornos de ansiedad o de conducta.

Ambientales:

Los factores de riesgo en la infancia son la pérdida de los padres y su separación.

Genético y fisiológico. No hay diferencias claras entre el desarrollo, el curso y la historia familiar de la enfermedad del trastorno distímico y del trastorno depresivo mayor crónico del DSM-5. Es probable que los hallazgos anteriores concernientes a cualquiera de esos diagnósticos sean aplicables al trastorno depresivo persistente. Es, por tanto, probable que los pacientes con trastornos depresivos persistentes tengan una mayor proporción de familiares de primar grado con dicho trastorno que los pacientes con trastorno depresivo mayor, y que tengan más trastornos depresivos en general. Se han implicado varias regiones cerebrales (p. ej., el córtex prefrontal, el cíngulo anterior, la amígdala, el hipocampo) en los trastornos depresivos persistentes. Además, es posible que existan también alteraciones polisomnográficas. (Jiménez et al., 2013, p. 214).

Factores familiares

Según lo propuesto por Klein y Santiago (2003) la existencia de familiares directos con episodios de depresión mayor o con algún trastorno de personalidad actúan como predisponentes en la depresión persistente o distimia. Cuando un infante convive con familiares (padres) que tengan antecedentes de cuadro depresivo mayor, este niño tiene una alta posibilidad de desarrollar un cuadro de trastorno del estado de ánimo, como resultado de los conflictos que se conciben en los diferentes estilos parentales y la forma como la familia puedan resolver conflictos.

Biológica

En el desarrollo de la depresión pueden estar involucradas diferentes estructuras anatómicas y diversas vías nerviosas, lo que sugiere la participación de una cantidad considerable

de factores. Ahora bien, no existe un circuito neuroanatómico específico y en su lugar se han identificado varias regiones cerebrales encargadas de regular las funciones de emotividad, recompensa y ejecución. Entre las regiones más estudiadas están la corteza prefrontal, hipocampo, la amígdala y el núcleo accumbens (Sequeira, 2009).

La hipótesis monoaminérgica. Esta hipótesis es el marco conceptual predominante que aborda la fisiopatología de la DM y establece que el síndrome se origina por la menor disponibilidad de monoaminas en el cerebro, principalmente de 5-HT y noradrenalina (NA). La hipótesis originalmente se basa en que la mayoría de los fármacos antidepresivos aumentan el nivel cerebral de 5-HT y NA mediante la inhibición de su recaptura o de su degradación enzimática. Estudios recientes aportan mayor sustento a la hipótesis. Por ejemplo, imágenes con Tomografía por Emisión de Positrones (PET siglas en inglés de Positron Emission Tomography) revelan que los pacientes con DM muestran mayor expresión de la monoamino-oxidasa A (MAO-A) en la CPF, la corteza temporal, el hipocampo, el tálamo, el núcleo accumbens (nac) y el mesencéfalo. (Cruzblanca et al., 2016).

Modelo cognitivo conductual

La terapia cognitiva es una modalidad de psicoterapia basada en la teoría con un fuerte compromiso hacia empirismo científico. Las características que la definen no deben encontrarse en una serie de estrategias de intervención únicas sino en su conceptualización cognitiva de la psicopatología y del proceso terapéutica de cambio. De este modo la articulación del modelo cognitivo así como la derivación de hipótesis demostrables y su evaluación empírica son básicos para determinar su validez de constructo (Clark y Beck, 2012). Por esto, la importancia de

comprender los procesos cognitivos que intervienen en el desencadenamiento y la continuidad de los estados psicológicos disfuncionales (Chappa, 2003, p. 97-98) ya que los pacientes con depresión severa se refiere a sí mismo como carentes de algún elemento o atributo que consideran esencial para sentirse felices o disfrutar de alguna forma de bienestar como la capacidad para lograr metas, ser atractivo, tener buenas relaciones familiares o amistosas, tener bienes materiales tangibles, buena salud o posición social. Dichas autoevaluaciones reflejan el modo en el que el paciente deprimido percibe su vida.

En el caso de las depresiones, bajo este enfoque, se esboza que las representaciones radican en la suma de numerosas experiencias adversas, producidas por automatizaciones inconscientes complejas esbozadas para separar algunos significados comunes de prácticas repetidas (Brewin, 1996).

La terapia cognitivo conductual de la depresión provee un marco general que puede incorporar diferentes estrategias de tratamiento. La cual propone un modelo en etapas. La primera etapa consiste en la evaluación y el involucramiento en la terapia; la segunda, incluye módulos de terapia activa; y, la tercera, prevención de recaídas. Los módulos de la segunda etapa, a ser aplicados de una forma flexible e individualizada, incluyen acciones en las siguientes áreas: 1. Actividad reducida. 2. Funcionamiento social perturbado. 3. Manejo inefectivo de estresores recientes. 4. Habilidades de resolución de problemas deficiente. 5. Sesgos cognitivos. 6. Perspectiva negativa de sí mismo. (Carrasco, 2017)

De igual forma, el modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

Concepto de tríada cognitiva

La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente cree que a causa de sus defectos se subestima y critica así mismo en base a sus defectos.

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. (Beck et al., 2010, p.19-20)

Organización estructural del pensamiento depresivo

Un segundo componente del modelo cognitivo es el que se refiere al modelo de esquemas. Este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia

objetiva de que existen factores positivos en su vida. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables. El esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. (Beck, et al., 2010, p. 21).

Errores en el procesamiento de la información

1. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

5. Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo. (Beck et al., 2010, p. 19-22).

Evaluación de la depresión

Además de las clasificaciones clínicas, existe una gran cantidad de cuestionarios autoaplicables para medir la gravedad de los síntomas depresivos. (A. Nezu, et al., 2004).

Evaluaciones clínicas

Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960). Escala de uso común de 17 puntos que evalúa la gravedad de los síntomas depresivos (A. Nezu et al., 2004).

Instrumentos autoaplicables

Beck Depression Inventory, 2nd. ed. (Beck, Steer, Brown, 1996). El cuestionario autoaplicable más común para medir la gravedad de los síntomas de la depresión. La segunda revisión, que conserva los 21 puntos, se basa en los criterios del DSM-5. • Carroll Depression Scale–Revised (Carroll, 1998). Escala de 61 puntos que evalúa la sintomatología depresiva de los

días inmediatos anteriores. • Center for Epidemiological Studies Depression Scale (Radloff, 1977). Escala autoaplicable de 20 puntos diseñada para el público en general. • Zung Depression Self-Rating Depression Scale (Zung, 1965). Escala autoaplicable de 20 puntos que determina la gravedad de la depresión en el momento de su llenado. (A. Nezu et al., 2004).

Tratamiento cognitivo conductual

Las técnicas conductuales se emplean con los pacientes depresivos más graves no sólo para modificar la conducta, sino también para elicitar cogniciones asociadas a conductas específicas. Ya que el paciente, por lo general, necesita estas técnicas más activas al comienzo del tratamiento (Beck et al., 2010). Las principales metas de resultados finales son el mejoramiento del estado de ánimo negativo y de la pérdida de interés en actividades placenteras. Además, si la ideación suicida es significativa, el tratamiento debe concentrarse en disminuir tanto la ideación como los intentos activos. (A. Nezu et al., 2004, p. 67).

Principales metas de resultados finales/objetivos del tratamiento

- Disminuir el pensamiento disfuncional.
- Optimizar la capacidad de resolución de problemas.
- Incrementar las habilidades de autocontrol.
- Mejorar las tasas de reforzamiento positivo.
- Aumentar las habilidades sociales/interpersonales. (A. Nezu et al., 2004).

Teniendo en cuenta la atención de las teorías conductuales de la depresión hacia los reforzadores y hacia las contingencias ambientales, un objetivo principal de las terapias de

orientación conductual para la depresión implica el aumento del refuerzo positivo que recibe el individuo. En este contexto, se ha descrito una serie de diferentes enfoques de tratamiento, todos los cuales comparten este objetivo común (p. ej., Antonuccio, Ward y Tearman, 1989).

Para reconocer el deterioro cognitivo del paciente, se deben evaluar 8 áreas cognitivas: orientación espacio-temporal, memoria de fijación y reciente, atención-concentración y cálculo, lenguaje comprensivo y expresivo, pensamiento abstracto y construcción visoespacial (Antón, García y García, 2016).

Por otra parte, según Pérez y García (2001), dentro de la terapia de conducta se pueden reconocer seis procedimientos terapéuticos, todos dentro de una misma prosodia conductual pero con distinto acento. Sobre una concepción de la depresión en términos de disminución de conducta reforzada positivamente y/o inadecuación de habilidades sociales, se han desarrollado tres formas de tratamiento:

- 1) Programa de Actividades Agradables,
- 2) Entrenamiento en Habilidades Sociales,
- 3) Curso para el Afrontamiento de la Depresión.

Los otros tres procedimientos son los siguientes, cuyo acento también está declarado por el título: 4) Terapia de Autocontrol,

- 5) Terapia de Solución de Problemas, y
- 6) Terapia Conductual de Pareja.

Historia del caso

1. Identificación

La paciente Isabella, es una mujer de 23 años de edad, blanca, natural y procedente de Apartadó- Antioquia, soltera, sin hijos, vive con una tía y el tío político, médico general, realizando rural.

2. Queja principal

Llega a consulta por recomendación de médico tratante ya que fue remitida porque desde el 2015 su TOC y depresión aumentó y desde entonces no se ha sentido tranquila.

3. Historial del problema actual

La paciente reporta que su Dx de TOC se intensificó desde el 2015 al momento de cursar V semestre de medicina, cuando la madre se fue a vivir a EE.UU y se quedó sola en la ciudad donde residía, ya comenta que: *“sentía que si no realizaba mis rituales algo podría salir de control”*, refiere que esto también intensificó sus síntomas depresivos (desconfianza, tristeza, percepción de soledad, aburrimiento, desinterés, aislamiento, percepción de desesperanza y abandono, dificultad para conciliar el sueño), que se interrumpían y proseguían cada cierto tiempo de manera reiterada, pues se refiere a si algo no era como lo esperaba, su estrés se “desbordaba” y tenía que hacer su ritual de limpieza con autocríticas despectivas, tales como: *“no lo hice bien, inútil, por eso te abandona”*, agrega que en este semestre tuvo muchas falencias como estudiante

e ideaciones suicidas sin plan estructurado, desde ese evento, relata tener días *“lentos de ansiedad y días regulares”*.

Por último, Isabella refiere que al tener algún tipo de dificultad con alguna persona, la imagen de la persona es muy difícil que se salga de su mente.

El 18 de marzo de 2018, momento actual de consulta, la paciente presentaba los siguientes síntomas:

Emocionales: estrés, cansancio, desinterés, tristeza, desconfianza,

Cognitivos: percepción de soledad, percepción de desesperanza, percepción de abandono, obsesiones sobre desempeño social, obsesiones sobre autoagresión

Conductuales: rituales de limpieza y verificación, aislamiento, autocrítica.

Fisiológicos: dificultad para conciliar el sueño.

Estresores ambientales: Sociales: relacionarse con el grupo social; Familiares: muerte del padrastro; Laborales: pensamiento intrusivo de pérdida del control en su trabajo.

Historia psiquiátrica

Reporta desde la infancia compulsiones de comprobación dado que menciona que: *“tenía que comprobar que las puertas estuviesen cerradas 5 veces para calmarme”*, esta paciente quien refiere compulsiones de lavarse la mano aproximadamente 2 o 3 veces luego de realizar cualquier tipo de actividad por *“insignificante”* que fuera, dado que poseía obsesiones de contaminación.

Por otra parte, reportó dificultad para controlar esfínteres, los cuales logró controlar hasta la edad de 10 años. Más tarde, a los 13 años reporta episodios de anorexia. A sus 19 años, ya

empieza a tener preocupación por su problema de ansiedad. Por lo que a esta edad también se le generan ideas suicidas, pero sin plan estructurado. De igual forma, por causa de a la separación con su madre a esta misma edad comenzó seguimiento por psiquiatría con medicación de Sertralina. Un año más tarde, cambió de profesional en su EPS y esta es manejada farmacológicamente por el especialista con Escitalopram de 20 mg, Clonazepan 5 gotas, Alprazolam. y también comenzó con psicoterapias 1 vez cada 8 días. A los 21 años de edad, cambia nuevamente de terapeuta con seguimiento de 2 veces al mes, sin embargo, por cancelación de contrato del prestador del servicio con la EPS, Isabella deja de asistir a terapia.

Historia personal y social

Con relación a su historia personal y social, la paciente es hija única de padre y madre, sin embargo, por parte de padre tiene 4 hermanos mayores. A muy pocos días de nacida, sus padres se separan. Al hablar del padre, indica que lo ve de forma intermitentemente y lo describe como una persona social. Al hablar de la madre, la describe como una persona “*autoritaria, dictadora*”, también menciona que era muy poco el tiempo que pasaban juntas, debido al horario laboral de la madre y cuando esta última estaba en la casa se dedicaba a descansar, por lo que Isabella expresa al respecto que: “*estuvo física pero no emocionalmente conmigo*”.

De forma global, describe su infancia como “*un infierno, una inocencia destruida*”. Refiere que, desde su infancia, siempre fue cuidada por su abuela materna, de la cual no tiene gratos recuerdos debido a que la maltrataba físicamente e incluso por parte de esta cuidadora menciona que: “*mi abuela accidentalmente me tiraba las colillas de cigarrillo en mi cuerpo*”, o que “*por*

cualquier motivo me regañaba”, manifiesta que desde dichas experiencias comenzó a tener la idea que las personas solo le hacían daño.

La paciente reporta en su infancia, abuso sexual, desde los 4 años hasta los 7 años de edad; sin embargo, hasta el día de hoy no ha comunicado a su grupo familiar tal evento ya que menciona que: *“creo que mi abuela se dio cuenta una vez y no hizo nada”*. Respecto a este abuso, relata que su abusador fue un primo que vivía con ellos en ese tiempo, quien falleció cuando Isabella tenía 8 años de edad, a lo que comenta que sintió *“aliviada”* y manifiesta que se le dificultó controlar los esfínteres (enuresis) hasta la edad de 10 años pues *“siempre me hacía en la cama”*.

Describe en su área escolar primaria que, aunque fue una excelente estudiante académicamente pero socialmente era una persona aislada y reservada ya ella comenta que: *“no quería estar con nadie, era muy desconfiada, me podían hacer algo”*.

Indica que ha tenido comportamientos compulsivos desde pequeña, sin embargo, no recuerda la edad exacta que: *“tenía que comprobar que las puertas estuviesen cerradas 5 veces para calmarme”*, paciente quien refiere compulsiones de lavarse la mano aproximadamente 2 o 3 veces luego de realizar cualquier tipo de actividad por *“insignificante”* que fuera al tener obsesiones de contaminación ya que: *“a la mente se me pasaba una y otra vez la ida que estaba sucia hasta no lavarme la manaos 3 veces no me quedaba quieta”* a lo que recuerda que este tipo de conductas se presentaban cuando su primo, quién abusaba sexualmente de ella, aún vivía.

Agrega, que en su infancia no se sintió feliz, manifestando tener momento donde solo quería estar dormida sin tener en cuenta nada de lo que la rodeaba.

Al describir su adolescencia refiere que fue un despertar a su realidad, conoce el concepto de abuso sexual y sabe su gravedad, manifiesta que desde la edad de 12 años sus compulsiones de comprobación aparecen con mayor intensidad ya que continuaba como los pensamientos de que tenía que estar segura que la puerta estuviera cerrada, por lo que comenta que esta conducta de verificación la hacía 7 veces exactas debido a que tenía ideas de que alguien entraría a la casa, también comenta el incremento también de lavarse las manos, por lo menos hacerlo 3 a 4 veces, asegurando que tenía ideas repetidas que estaba “*sucia*” al tocar diferentes artículos objetos personas o realizar actividades diferentes donde se veía el compromiso agarrar lo mencionado anteriormente.

En este periodo de su adolescencia, Isabella vivía con la madre y un tío al cual le tenía mucho aprecio ya que “*confiaba plenamente en él*”, sin embargo a la edad de 13 años comienza a presentar síntomas de anorexia refiriendo que el hecho de no poder comer o decir si se alimentaba o la hacía sentir que tenía el control de algo en este caso su cuerpo, la madre de Isabella, por el poco conocimiento para el manejo de este tipo de síntomas, manda a Isabella con el padre “*como forma de castigo*”, esta última ve aquella situación como “*tranquilizadora*”, manifiesta que con el padre las compulsiones disminuyeron refiriendo que al vivir con el padre no tenía ideas recurrentes de que alguien entraría al hogar, además comenta que “*desaparece*” la anorexia, pues en la casa del padre manifiesta que se sentía comprendida y en un buen ambiente le brindaban la oportunidad de opinar y decidir en aspecto pequeño pero que ella lo veía gratificante, la relación con sus hermanos era sobresaliente ya que con sus hermanos tenía una buena relación y la comida se le hacía placentera. Pero a la edad de 14 años regresa con la madre, debido a que la madre la busca

pues los síntomas de la anorexia mejoraron, Isabella describe cambio por parte de su madre, aumentó en la amabilidad, comprensión y su vínculo afectivo se fortalece.

En la parte social, se describe en su adolescencia como una persona inhibida y de pocos amigos porque pensaba que: “*si tenía amigos iban hacerme algo*”, sin embargo, en su área académica sobresalía antes sus compañeros de clases.

Agrega que cuando trató de confiar en alguien, nuevamente en este caso, una amiga expuso ante un grupo abierto una situación que para Isabella era privada, logrando de esta manera que llegara a la conclusión “*las personas solo se acercan para hacerme daño*”.

A la edad de 16 años, el tío materno, con quién vivía y a quien le tenía mucho aprecio y estimación, fallece, a lo cual Isabella manifiesta su duelo en forma de pregunta “*¿por qué me dejó sola?*”. Comenta que tuvo un tiempo prolongado para aceptar el fallecimiento del tío, al manifestar que: “*duré como 1 año y unos meses para aceptar que mi tío ya no estaba*”, sin embargo, Isabella agrega que trata de no confiar en nadie para “*no sufrir,*” debido a que pensaba que era mostrarse débil y eso es para ella era “*terrible*”. Isabella pensaba que las personas a la que le diera su confianza se iban a ir en cualquier momento, de forma imprevista, como pasó con su tío.

Más tarde, toma la decisión de estudiar medicina, a lo cual recibe el apoyo de madre y se mudan de ciudad a Montería, para poder estudiar en una universidad que contara con dicha carrera. De la carrera, describe sus 4 primeros semestres tranquilos, ya que comenta que: “*me sentía feliz, socializaba, me sentía comprendida*”, las comprobaciones disminuyeron considerablemente, dado

que refiriéndose a dicha conducta solo la realiza 2 veces, y que aunque todavía tenía que realizar el lavado de las manos, al momento de tener que tocar objetos, para ella fue un logro que no realizaba el lavado de mano al tocar a las personas. También relata que la madre conoce a una nueva pareja con la que inicia una relación sólida, además, ella también tuvo buena afinidad con la pareja de la madre y empezó a confiar en él. Pero al cursar V semestre y a la edad de 19 años cambia su estilo de vida, ya que la madre se muda a Estados Unidos con esta nueva pareja, por lo que Isabella queda sola en Montería, refiere sobre esta situación que: *“me vi sola, me sentí sola, todo se desbordó otra vez”*.

Se intensifican los rituales de limpieza, de manera que los refiere como agotadores, podría pasar horas limpiando hasta tener la percepción que todo estuviera limpio, pues expone que, en su mente pasa la idea que las cosas estaban sucias, y que por esta razón la familia la dejó sola. En ese momento, exterioriza una introspección parcial, al comentar que: *“yo sabía que eso no era verdad, pero eso pasaba por mi mente”* manifiesta que las ideas suicidas aparecen sin estructuración o plan por lo que nunca fueron ejecutadas. En esa misma época, busca ayuda con psiquiatría la cual comenzó tratamiento farmacológico con (Sertralina) por diagnóstico de episodios depresivo.

A la edad de 20 años por cambio de psiquiatra en su EPS, comienza nuevo tratamiento con nuevo profesional con el que continúa a la fecha, el cual diagnosticó trastorno obsesivo compulsivo y trastorno depresivo persistente con tratamiento con Escitalopram de 20 mg, Clonazepam 5 gotas, Alprazolam (Isabella no recuerda la dosis exacta de este medicamento). En este año, 2016, comienza también tratamiento psicoterapéutico remitido por médico especialista, a partir del mes de septiembre.

Indica la paciente, que el tiempo que se encontraba en terapia logró tener resultados que la ayudaron en el momento, agrega que estos cambios fueron de disminución de idea suicidas, aumento de un 30% de ánimos, las jornadas de aseo disminuyen, aumentó su apetito y mejoramiento en la higiene del sueño, agrega que tuvo empatía con la psicóloga por lo que se sentía tuvo adherencia al proceso terapéutico. Sin embargo, manifiesta que una de las cosas que se le dificulta es confiar y abrirse a las personas, y aunque logró mucho con su terapeuta, no puede dejar de lado lo que se le dificulta aún, pues revela que a la consulta llegó por primera vez con terapeuta actual desconfiando de su trato y de sus intenciones de ayudar.

Historia médica

Antecedente de sobrepeso, hipotiroidismo

Revisión de estado mental

Paciente ubicado en las tres esferas, tiempo, espacio y persona. Llega a consulta sola, aspecto personal descuidado, contacto visual fijo, actitud de extrañeza, euprosexica, hipotímica, lenguaje claro y coherente, aunque en ocasiones responde en monosílabos, presenta contenido de pensamientos con ideas obsesivas, sin evidencia de trastorno sensopercepción, introspección parcial, prospección en construcción. Para una mejor valoración se le realizó un cuestionario evaluación IPDE (DSM-IV) con el fin de diagnosticar o en su defecto, descartar el Trastorno de la Personalidad.

Tabla 1. Resultados de cuestionario de IPDE (DSM-IV)

	Puntuación	Ítem
Paranoide	2	7
Esquizoide	3	7
Ezquizotípico	3	9
Histriónico	2	8
Antisocial	3	7
Narcisista	4	9
Limite	4	9
Obsesivo compulsivo	7	8
Dependencia	1	8
Evitación	7	8

(Fuente: elaboración propia)

Ya habiendo realizado el cuestionario y evaluado los resultados, el diagnóstico de un trastorno de personalidad es descartó y se confirmó el Trastorno Obsesivo Compulsivo por poseer un espectro obsesivo, dado que el funcionamiento de la personalidad se encontraba en un rango de disfuncionalidad leve, si se logró detectar un perfil cognitivo de una estructura obsesiva y evitativas sin constituir un trastorno.

Tabla 2. Resultados de cuestionario de esquemas de Young YSQ-L2

PUNTUACIÓN	SUBESCALA	LIM. INFERIOR	MEDIA	LIM. SUPERIOR
40	Deprivación emocional	9	17	25
55	Abandono	24	38	52
73	Desconfianza / abuso	24	38	52
38	Aislamiento social	13	21	29
39	Defectuosidad / vergüenza	15	25	35
20	Indeseabilidad social	10	15	20

PUNTUACIÓN	SUBESCALA	LIM. INFERIOR	MEDIA	LIM. SUPERIOR
10	Fracaso	9	14	19
30	Dependencia / incompetencia	17	25	33
35	Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	19	29	39
16	Yo infradesarrollado / indiferenciado	12	20	28
16	Subyugación	13	19	25
28	Autosacrificio	27	41	55
42	Inhibición emocional	14	21	28
60	Estándares inflexibles / Hipercrítica	28	40	52
40	Grandiosidad	18	27	36
42	Insuficiente autocontrol o autodisciplina	23	34	45

(Fuente: elaboración propia)

Duran (2018), enuncia lo siguiente respecto a la realización de a la realización de este tipo de pruebas: *“En cuanto al análisis de los resultados, se puede observar, los diferentes esquemas presentes en la paciente, los cuales se corroboraron en diversos momentos, a lo largo del proceso, estos, permiten el mantenimiento de las manifestaciones sintomáticas presentes en el trastorno depresivo persistente, debido a que funcionan como vertebra en su perfil cognitivo. En cuanto a los resultados, es importante dar significado a cada uno de los esquemas presentes para mayor comprensión de los mismos”*. Respecto a estos esquemas esta autora también afirma lo siguiente:

Esquema de Abandono: El esquema de abandono hace referencia a que los demás son personas inestables emocionalmente e indignos de confianza para prodigar apoyo y vinculación. Implica la sensación de que las personas significativas no podrán continuar proporcionando apoyo emocional, vínculos o protección. Estas creencias expresan el temor y la preocupación de ser abandonados por personas significativas. El esquema de abandono ha sido considerado como un factor de vulnerabilidad en diferentes trastornos psicopatológicos. En este caso por la historia

personal y social que posee Isabella este esquema es aplicable dado que ella misma manifiesta no poder confiar en los demás y por eso decide no entablar relaciones sociales.

Esquema de insuficiencia de autocontrol / autodisciplina: El esquema de insuficiente autocontrol/autodisciplina hace referencia a la dificultad generalizada por ejercer control sobre las propias emociones. Toma la forma de un énfasis exagerado en evitar la incomodidad, evadiendo el dolor, el conflicto, la confrontación, la responsabilidad o el esfuerzo excesivo a expensas de la realización personal, el compromiso o la integridad. Este esquema se manifiesta en la sintomatología que se presenta a en Isabella.

Esquema de deprivación emocional: La privación emocional está en relación con la creencia de que el deseo de lograr un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los otros. Este esquema contempla tres dimensiones de la privación: privación de cuidados (ausencia de atención, afecto, calidez o compañía), privación de empatía (ausencia de comprensión, escucha, apertura o de intercambio mutuo por parte de los otros) y privación de protección (ausencia de fortaleza, dirección o guía)

Esquema de vulnerabilidad al daño y enfermedad: El esquema de vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, es una creencia que se dirige hacia la anticipación de catástrofes inminentes e incontrolables.

Esquema de estándar inflexible y estándares inflexibles de perfeccionismo y autoexigencia: Este esquema de estándares inflexibles refiere creencias relacionadas con el esfuerzo que la persona debe hacer para alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, generalmente dirigidos a evitar la crítica. Estos factores han estado asociados con el trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo.

Por último, cabe resaltar que esta evaluación se realizó por medio de entrevista clínica, evolución entre entrevista semiestructurada con lista de chequeos para el trastorno obsesivo compulsivo y la depresión además se aplicaron estas dos pruebas dos pruebas, descartando un trastorno de la personalidad y de identificar sus esquemas más relevantes.

Diagnóstico

Trastorno obsesivo-compulsivo: Según los criterios de diagnósticos definidos en DSM-IV 300.3 (F42.8), se diagnosticó después de realizadas estas pruebas, trastorno obsesivo compulsivo debido a que la paciente manifestaba rasgos del espectro obsesivo en las respuestas dadas, además de lo comentado en las sesiones, sobre sus compulsiones y creencias sobre sus rituales de rituales de limpieza, verificación y autocrítica.

Trastorno depresivo persistente: La paciente manifiesta los criterios de diagnósticos definidos en DSM-IV del trastorno distímico 300.4 (F34.1), entre los cuales resalto, el insomnio, sentimiento de desesperanza incluido en este, el sentimiento de abandono.

Formulación del caso

Precipitantes:

A gran escala, se observa que el hecho de que su madre se fuera del país, precipitando a la intensificación de los síntomas de ansiedad y percepción de abandono, los cuales repercuten en sus temores de desconfianza, incrementando los rituales de limpieza y comprobación, y en otros síntomas reaparecen como la tristeza, intranquilidad.

Como principales activadores está su trabajo que ella considera no poder manejar o salir de control, fallar en situaciones que cree, deberían ser perfectas, tener conversaciones con la madre y escucharla llorar.

Visión transversal de las cogniciones y conductas actuales

Una situación típica, es cuando la paciente discute con un compañero de trabajo para cambios de turno, para poder hacer alguna diligencia y que el compañero de Isabella no accede a dicho cambio; antes esa situación sus pensamientos son: *¿algo hice mal para que no me haga el favor de cambiar el turno?*, tendré que buscar a otra persona; emocionalmente siente rabia y ansiedad, la conducta de Isabella fue verificar si el compañero podía cambiar el turno mirando el cuadro de turno en tres ocasiones. Otra situación típica, es hablar con la madre y escucharla llorar; piensa “¿Por qué no puedo controlar las cosas?” “¿por qué se desahoga conmigo si sabe cómo me pongo?”, su emoción es de tristeza y frustración y su conducta es llorar con la madre; una tercera situación típica de Isabella es cuando discute con la tía por dinero; sus pensamientos automáticos son, “porque tengo que mantenerlo”, “soy la única que aporta en la casa” posteriormente siente rabia y ansiedad, la conducta de Isabella fue organizar y desorganizar su cuarto en 4 ocasiones.

Visión longitudinal de las cogniciones y los comportamientos.

Isabella creció con una madre exigente y autoritaria quien en muy poca ocasiones compartía tiempo con ella por la responsabilidad del trabajo, con un padre quien se separó de núcleo familiar a temprana edad, al ser cuidada por su abuela materna cuando la madre iba a trabajar Isabella paso por situaciones de maltrato físicos, también a temprana edad fue víctima de abuso sexual, todo lo anterior logra que Isabella desarrolle una creencia central de vulnerabilidad, creencia que se fue

fortaleciendo a lo largo de vida; ella establece reglas rígidas que le permiten sentirse segura, dichas reglas fueron, no debo mostrarme débil, debo tener el control, no puedo confiar en nadie, todo tiene que salir perfecto, debo evitar relacionarme.

Por lo que en el caso se puede identificar unos supuestos básicos si me muestro débil entonces me harán daño- si no me muestro débil entonces no me harán daño, si tengo el control entonces las cosas saldrán bien, si no tengo el control entonces las cosas no saldrán bien, si me relaciono con los demás me van a abandonar, si no me relación con los demás no me van a abandonar. Si confió en alguien entonces me van a dañar - Si no confío en alguien entonces no me van a dañar, teniendo actitudes como es horrible que me dañen, es terrible que me muestre débil, es horrible que me abandonen y como estrategias que Isabella estableció para su protección son, mostrarse fuerte, el control, la suspicacia, el perfeccionismo, la auto exigencia y la desconfianza.

Fortalezas

Interés en el seguimiento psiquiátrico y psicológico; Compromiso; Confianza en la terapeuta.

Hipótesis del trabajo

La paciente creció con una madre exigente y autoritaria, quién en muy pocas ocasiones compartía tiempo con ella por la responsabilidad del trabajo, con un padre que se separó del núcleo familiar a temprana edad, con una cuidadora, en este caso, la abuela, quien maltrata físicamente a Isabella, y a edad temprana fue víctima de abuso sexual. Debido a estas circunstancias de su niñez es entendible que logre desarrollara la creencia de ser débil, dado que los pacientes que crecen en

un núcleo familiar de origen inestable, abusador, frías, con tendencia al rechazo o aislada del mundo externo son incapaces de establecer apegos seguros y satisfactorios con otra personas, así mismo las experiencias traumáticas tienden a apresurarse a relaciones auto-destructivas o evitan completamente la relaciones toxicas (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Siendo esta última situación, el caso de Isabella.

El papel que juegan las experiencias traumáticas en la infancia, es que se relacionan con su trastorno obsesivo compulsivo y trastorno distímico, pues desde temprana edad tenía síntomas relacionados con dicho trastorno (como era las comprobaciones, rituales, tristeza, percepción de desesperanza, necesidad de tener el control entre otros). Estos síntomas, aunque no fueran notadas de importancia por el grupo familiar y hasta por ella, logra formar o estructurar esquemas mal adaptativos tempranos como lo es desconfianza/abuso, fortaleciendo creencias intermedias como lo son el control, auto exigencia, suspicacia y el perfeccionismo. Estas creencias son el centro del trastorno obsesivo compulsivo de Isabella; el sentirse vulnerable y desconfiando del mundo que le rodea, además que los mismos eventos traumáticos, el núcleo familiar donde creció, logra el desarrollo del trastorno Depresión persistente.

Tabla 3. Plan de tratamiento

PROBLEMA	OBJETIVOS	PLAN DE TRATAMIENTO
Depresión	Disminuir síntomas depresivos	Psicoeducación del diagnóstico. Reestructuración cognitiva Dialogo socrático Registro de programa de actividades. Asignación de tareas graduales Lista de actividades de dominio y agrado

PROBLEMA	OBJETIVOS	PLAN DE TRATAMIENTO
		Entrenamiento en observación y registro de cogniciones Registro de pensamientos automáticos Búsqueda de interpretaciones alternativas
Ansiedad	Reducir síntomas ansiosos	Psicoeducación Reestructuración cognitiva Entrenamiento en relajación por Jacobson Registro de pensamientos automáticos Búsqueda de interpretaciones alternativas
Pensamientos obsesivos	Identificar y detener pensamientos obsesivos	Psicoeducación Detención de pensamiento Exposición Prevención de respuesta Técnica del pastel Parada de pensamiento
Higiene del sueño	Lograr una adecuada higiene del sueño	Entrenamiento autógeno. Mindfulness Entrenamiento en control de estrés Relajación progresiva de Jacobson
Relaciones sociales	Fortalecer las habilidades sociales	Entrenamiento en habilidades sociales, Mejoramiento de la confianza
Compulsiones	Identificar y detener compulsiones	Psicoeducación Entrenarse en identificación Auto monitoreo Jerarquía de situaciones ansiosas Disminución de compulsiones
Desconfianza	Aumentar confianza	Comprobación Ventaja y desventaja
Percepción de debilidad	Modificar la percepción de debilidad	Terapia centrada en esquemas
Percepción de abandono	Reestructurar el esquema de abandono	Terapia centrada en esquemas
Autoexigencia	Flexibilizar sus estándares de funcionamiento	Reestructuración cognitiva Cuestionamiento de pensamiento

(Fuente: elaboración propia)

El plan de tratamiento consistió inicialmente en intentar disminuir los niveles de depresión que presentaba Isabella, para ello se le realizó Psicoeducación sobre sus diagnóstico de bases que son el TOC y la depresión y sobre el modelo cognitivo, siendo este último desconocido para ella; se le explica el papel que cumple los pensamientos automáticos en los estados de ánimos y comportamiento, se instruye a cuestionar los pensamientos automáticos y a verificar el efecto de ellos en nuestras emociones y acciones, se exploró sobre el origen de sus creencias intermedias, posteriormente sobre los elementos de mantenimiento y refuerzo y se le enseñó a cuestionarlas. Se mostró cómo estos mismos elementos estaban presentes tanto en la Depresión como en el trastorno obsesivo compulsivo, resaltando en que el cambio de ellas causaría una mejora en diferentes aspectos de su vida. Paralelo a esto se trabaja con Isabella temas como habilidades sociales que pueden ser de apoyo para el fortalecimiento de la confianza en el medio que la rodea y saber cuestionar y seleccionar de manera asertiva, se trabajó con ella, temas que apoyaron a la disminución de conductas compulsivas y en la detención de pensamientos obsesivos a favor de la disminución de síntomas ansiosos. También se utilizó el método de Exposición y prevención de la respuesta (EPR) para reducir estos síntomas, mediante la confrontación de pensamientos e ideas que generan la ansiedad para disminuirla.

Por otra parte, unas de las mejores estrategias según Trujillo (2017) para trabajar con la depresión son:

- La reestructuración cognitiva, para disminuir los síntomas depresivos.
- Técnica programación de actividades, para contrarrestar la escasa motivación del paciente, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas.

- La técnica de “de-responsabilización” para que el paciente evalúe las situaciones con objetividad y contrarreste las cogniciones de culpa.
- Técnica de búsqueda de soluciones alternativas para que el paciente encuentre otras interpretaciones o soluciones a sus problemas.
- Respiración profunda o diafragmática, para que la paciente controle sus emociones
- Técnica toma de decisiones (análisis de ventajas y desventaja).

Curso del tratamiento

La Terapia cognitivo-conductual es una forma específica de terapia psicológica que utiliza técnicas cognitivas y conductuales. Se aplica en sesiones semanales y tiene una duración de entre 12 y 18 semanas por término medio. Ha demostrado ser al menos tan eficaz como el tratamiento farmacológico en depresiones leves a moderadas. Puede combinarse con el tratamiento (Alarcón et al., 2009).

Para tratar las afecciones mentales de Isabella, se utilizó el modelo antes mencionado, dado que en casos similares analizaron los efectos de la aplicación del modelo en un caso de depresión, el cual evidenció una reducción de la sintomatología depresiva y por ende, la mejoría del estado de ánimo (Trujillo, 2017).

Por su parte, como la paciente también presenta comorbilidad con el TOC, según Behar (2017, p. 51) los objetivos de la psicoterapia cognitivo-conductual individual y grupal son

interrumpir y controlar el impulso obsesivo compulsivo, reestructurando los pensamientos irracionales y las emociones negativas relacionadas con las compras. Se ha observado una reducción significativa de la frecuencia del tiempo invertido en ellas, mantenido a los seis meses. Se han aplicado técnicas del control de estímulos, exposición programada, solución de problemas específicos, creación de un nuevo estilo de vida, prevención de recaídas, reestructuración cognitiva.

Por otra parte, respecto la relación terapéutica, Isabella manifiesta un interés en el seguimiento por psicología debido a su experiencia con anterioridad de los seguimientos por psicología. La paciente de forma selectiva logra exteriorizar percepciones, logra cumplir las tareas establecidas en la sesión.

Obstáculos: por el esquema de desconfianza/abuso de Isabella, esta se le dificultó exteriorizar muchos aspectos de su vida y por otra parte, por el horario laboral se le dificultó cumplir las sesiones el día establecido.

Intervenciones/procedimientos

Según la guía de práctica clínica del Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud (CINETES, 2013) en pacientes adultos con depresión con síntomas persistentes después de tres meses de seguimiento, se debe iniciar una intervención psicoterapéutica de tipo TCC. Todas las intervenciones terapéuticas para pacientes con depresión deben ser provistas por profesionales competentes o entrenados (psiquiatras, médicos, psicólogos clínicos, enfermeras entrenadas en salud mental) en el modelo terapéutico usado (basado en un manual).

Respecto al TOC, los procedimientos efectuados bajo el modelo Cognitivo-Conductual se hacen con los siguientes objetivos, según Quilla (2019):

- “a) Incremento de la autoestima*
- b) Control de la ansiedad a través de la relajación progresiva.*
- c) Disminuir la valoración negativa de los pensamientos obsesivos.*
- d) Reducir y, a ser posible, eliminar la frecuencia y/o la duración de las conductas de evitación.*
 - 1. Disminuir la valoración de la importancia de las obsesiones (la sobrestimación de su poder e importancia) y, como consecuencia, disminuir el malestar asociado a éstas y su frecuencia.)*
 - 2. Modificar ideas disfuncionales relacionadas sobrevaloración del peligro o amenaza, necesidad de controlar los pensamientos.)*
 - 3. Disminuir otros comportamientos des adaptativos que interfieren con el desarrollo de un estilo de vida más adaptativo y de actividades personales gratificantes.*
- e) Incrementar la conciencia de la persona sobre los elementos que están funcionalmente relacionados con el problema, de cara a prevenir recaídas, facilitando que pueda aplicar estrategias más eficaces para afrontar los problemas y estresores cotidianos.*
- f) Incorporar a la persona a su medio con normalidad, incrementando el número de actividades cotidianas que desempeñe de forma autónoma”.*

Por lo anterior, en el primer punto del tratamiento de Isabella. Una intervención fue la explicación de la depresión a partir del modelo cognitivo conductual. Se le mostró que la depresión

es un conjunto de síntomas que incluye cinco clases de síntomas: afectivo/emocionales, cognitivos, conductuales fisiológicos y que el estresor ambiental apoya al fortalecimiento de la depresión.

Se le manifestó que estos síntomas no tienen el mismo peso. Esto con la finalidad de que lograra entender el impacto que tienen los Pensamientos Automáticos en el TOC y la depresión.

Con sus esquemas de privación afectiva y defectuosidad, se llevó a cabo la terapia centrada en esquemas, la cual está compuesta por elementos cognitivos, experienciales y conductuales. En el aspecto cognitivo se utilizaron técnicas como comprobar la validez del esquema, reencuadrar las pruebas que apoyan un esquema, evaluar las ventajas y desventajas de los estilos de afrontamiento del paciente, proponer diálogos entre la “parte inadecuada del esquema. y la parte sana”. Durante la fase experiencial, se trabajó toda la reestructuración de recuerdos tempranos con diálogos para reparentalizar, diálogos de recuerdos traumáticos. A nivel conductual, se trabajó paralelamente los patrones de conducta auto derrotista (estilos de afrontamiento o conductas de rendición, evitación o sobre compensación) y la relación terapéutica. Allí, se utilizaron herramientas de definir conductas específicas como posibles objetivos de cambio, priorizar las conductas para la ruptura de patrones, vincular la conducta objetiva con sus orígenes en la infancia, revisar las ventajas y desventajas de mantener la conducta; para la relación terapéutica se llevó a cabo por medio de la reparentalización limitada y la confrontación empática (Trujillo, 2017).

En el segundo lugar del tratamiento una intervención se centró en instruirla a observar, registrar y cuestionar los pensamientos automáticos presentes en el TOC y la depresión, para ello se utilizó la técnica del Registro de los Pensamientos Automáticos, Esto se le explico para que

Isabella, consiguiera ver la relación existente entre pensamientos, emociones y conductas; y para que probara que el tener pensamientos más objetivo y funcionales tenía un efecto en la mejoría de sus emociones y conducta.

Una intervención que se presentó en el tercer puesto del tratamiento fue el entrenamiento en autoobservación y cuestionamiento de las creencias intermedias y nucleares. Se le mostró que los pensamientos automáticos que nos afectan son derivados por creencias que están profundamente en nuestras mentes y que son aprendidas en nuestra infancia temprana. Se le enseñó a identificar estas creencias y el origen de ellas en su propia historia, con el fin que estas puedan ser cuestionada de manera racional cada vez que se presente en los síntomas del toc y trastorno depresivo y apoyen al mejoramiento de los síntomas de Isabella.

Dando aplicación de este modelo cognitivo-conductual, es considerada efectiva en el tratamiento del TOC y Trastorno Depresivo Persistente, ya que considera que estas intervenciones en este modelo, se utilizan para para disminuir la ansiedad, los problemas de conducta y favorecer el establecimiento del vínculo. De igual forma, según Jiménez (2004) considera que numerosos estudios han demostrado que la EPR reduce de forma eficaz los rituales compulsivos y los pensamientos obsesivos en la mayoría de pacientes de todos los grupos de edad. Los resultados se mantienen en los seguimientos de dos a seis años. La mejoría después de la EPR se generaliza a las creencias obsesivo-compulsivas, al estado de ánimo y al ajuste social y laboral.

Descripción por sesiones.

La terapia Cognitivo-conductual dispone en sus métodos la realización de sesiones para tratar las afecciones e intentar disminuir o eliminar los síntomas de las enfermedades, alguna de las sesiones en las que se trabajó con Isabella fueron las siguientes:

Segunda sesión: Objetivos: Continuar con la evaluación psicológica general de la paciente; seguir con los objetivos y plan de tratamiento a seguir, socializar el modelo cognitivo. Paciente ubicado en sus tres esferas, llega a consulta sola, aspecto personal descuidado, contacto visual fijo, actitud de extrañeza, euprosexica, lenguaje claro y coherente, presenta contenido de pensamientos con ideas obsesivas. Se realiza breve control de ánimo de manera general en estos últimos 8 días, en una escala de 0 al 100 (siendo 0 ausencia de síntomas o 100 síntomas significativos de depresión o ansiedad) la paciente refiere estar en un 60% de ansiedad y depresión, a continuación, se realiza la identificación de problemas cognitivos, conductuales, emocionales, fisiológicos y estresores ambientales con el objetivo de realizar devolución a la paciente sobre el impacto que tiene estos síntomas en su emociones y conducta. La paciente muestra interés en la participación de los objetivos terapéuticos; en la primera sesión se establecen: la disminución de obsesiones y compulsiones, la modificación de síntomas depresivos, el fortalecimiento de la confianza, mejorar relaciones interpersonales, buscar estrategias para una adecuada higiene del sueño, reestructurar la creencia de abandono, mejorar sus habilidades sociales, la paciente le ve interés el lograr mejorar sus expresiones fáciles lo suficientemente expresivas para transmitir sus emociones. Se anota y se anexa como observaciones en la historia clínica.

A continuación, se indaga con la paciente la adherencia al tratamiento farmacológico, con el fin de monitorear la adecuada adherencia acorde a la recomendación médica. La paciente refiere

una situación que ella considera conflictiva, dicha situación se utiliza para retomar y ejemplificar el modelo cognitivo, se ejemplifica dicha situación estresante en el registro de pensamientos automáticos: en una hoja que consta de cuatro ítems (situación, pensamiento, emoción y respuesta o resultado), se explica la relación entre ellas y se pide a la paciente que lo explica a la manera en que esta lo comprendió, la paciente comprende que sus pensamientos influyen considerablemente en sus emociones y su forma de actuar; se le solicita a la paciente que esta misma explicación con el registro de pensamiento automáticos lo utilicemos como tarea para registrar situaciones específicas durante la semana.

Posteriormente se deja de tarea la realización de dos test YSQ-L2 y IPDE. Se explica a Isabella la importancia de cada uno de los test y de constan, ella comprende y acepta las tareas.

Tercera sesión: objetivo de la sesión: continuar con la evaluación, reducir niveles de ansiedad y depresión, Psicoeducación de pensamientos obsesivos. Paciente ubicado en sus tres esferas, llega a consulta sola, aspecto personal descuidado, contacto visual fijo, actitud de extrañeza, euprosexica, lenguaje claro y coherente, presenta contenido de pensamientos con ideas obsesivas; se plantea con la paciente estrategia (como lo es un orden en la agenda) para trabajar durante tiempo de la sesión, se aclara a la paciente que esta estrategia se utilizara en la sesiones posteriores con el objetivo de llevar un orden en cada sesión, sin embargo se aclara que esta puede ser modificada bajo decisiones e intereses unánimes, la paciente refiere comprender y aceptar dicha propuesta. Se construye la agenda con los siguientes puntos a trabajar: control de ánimo en la semana, revisar tareas asignadas en la sesión pasada, situación estresara frente salida al centro comercial, a partir de dicha situación se realizará las preguntas acerca de sus pensamientos automáticos y refuerza Psicoeducación sobre los pensamientos obsesivos y porque son diferentes

a los pensamientos automáticos; explicar las emociones normales y estresores; al finalizar se pondrán las tareas para la casa y se hará retroalimentación de la sesión.

Se inicia revisando el estado de ánimo de la paciente en una escala de 0 al 100 (siendo 0 ausencia de síntomas o 100 síntomas significativos de depresión y ansiedad) la paciente refiere estar en un 50% de ansiedad y depresión, donde se logra evidenciar y señalar una disminución de síntomas ansiosos y depresivos. Se solicita a la paciente tareas pendiente en la sesión pasada, las cuales otorga; siguiente a esto se revisa el registro de pensamientos y se le pregunta a la paciente de forma objetiva cual fue la situación que generara un aumento de sus síntomas o inconformidad, la paciente refiere la salida al centro comercial pues las relacionan con los síntomas que le dan al no poder tener las situaciones a su alcance o su control, se explica a la paciente el impacto del contexto con el significado que ella le está otorgando, para esto se procede a mostrar a la paciente de manera objetiva como el modificar nuestros pensamientos automáticos a pensamientos más racionales y objetivos ayuda a modificar nuestras emociones y por consiguiente nuestra forma de actuar ante dicha situación, se continua con la Psicoeducación de la diferencia de los pensamientos obsesivos y los pensamientos automáticos, se explica cómo afecta estos a nuestra estabilidad anímica, la paciente refiere intentar poner en práctica lo tratado en la sesión; se le solicita a la paciente retroalimentación de la sesión donde la paciente es capaz de dar conclusiones sobre la sesión agrega su aumento de comodidad al asistir, para finalizar se deja tareas a la paciente registro de programación de actividades, registro de pensamiento automáticos.

Cuarta sesión: objetivo de la sesión: lograr que la paciente cuestiona la validez de los pensamientos automáticos, identificar distorsiones cognitivas y como se relaciona con sus pensamientos obsesivos y socialización de pruebas aplicada la sesión pasada, Paciente ubicada en sus tres esferas, llega a consulta sola, aspecto personal adecuado, contacto visual, actitud

participativa, euprosexica, lenguaje claro y coherente, se realiza breve control de ánimo de la paciente en una escala de 0 al 100 (siendo 0 ausencia de síntomas o 100 síntomas significativos de depresión o ansiedad) la paciente refiere estar en un 40% de , lo cual se evidencia por su adecuado arreglo personal, y lo que la paciente señala al momento de argumentar porque ubica su estado de ánimo en 40% de ansiedad y depresión, se procede simultáneamente con la paciente al establecimiento del plan de la sesión: revisión de tareas asignadas, revisión de situaciones conflictivas la comunicación con la madre que reporta en el registro de pensamientos automáticos a partir de dicha situación se realiza interrogatorio acerca de los pensamiento automáticos, enseñarle a evaluar la validez de estos pensamientos por medio de las preguntas socráticas e reconocer las distorsiones cognitivas y como estas se diferencia con los pensamientos obsesivos, al finalizar la sesión se establece las tareas para la casa y se indaga como se sintió en la sesión.

Se continúa revisando el registro de pensamientos y se le pregunta a la paciente de forma objetiva cual fue la situación que genera un aumento de sus síntomas o inconformidad durante la semana, los cual la paciente refiere la conversación que tuvo con la madre, pues la conversación se tornó incomodidad para la paciente debido a que la madre comienza a llorar generando en la paciente aumentos de síntomas depresivos como ansiosos, con esta situación estresante para la paciente se hace el uso de las preguntas socráticas explicado por Judith Beck para poner a prueba la validez de dichos pensamientos, de tal modo que la paciente pueda realizar una nueva construcción o modificación pensamiento más apropiados a dicha situación.

Se trabaja con el registro de pensamientos automático y se agrega una casilla (respuesta adaptativa) se le explica la importancia de esta casilla y se le da el valor que genera. La paciente refiere comprende la forma como puede trabajar o reestructurar al momento de tener pensamientos automáticos que generen aumento de síntomas.

Continuo a esta situación se utiliza para explicarle a la paciente sobre sus distorsiones cognitivas, se explica que son las distorsiones cognitivas y el papel que juegan en su trastorno, se le enseña a identificar las distorsiones cognitivas y evaluar su validez. Se hace uso del empirismo colaborativo para realizar este ejercicio con el fin que la paciente como el terapeuta descubran las distorsiones que surgen de sus pensamientos.

Se evidencian en la paciente las siguientes distorsiones: sobre generalización, deberías, personalización, pensamiento dicotómico, se le explica a la paciente como estas distorsiones perpetúan su trastorno y cómo influyen en sus estados de ánimos, a cada una de estas se le acomoda una respuesta opcional a través de las preguntas que se generó con respecto de pensamiento automáticos y se da escribe en la casilla (respuesta adaptativa) de que se agregó anteriormente.

Se continúa con la revisión de tareas asignadas en la sesión pasada en este caso revisión registro de programación de actividades lo cual expresa la paciente que se le dificulto hacer debido al tiempo, sin embargo, las que hizo logro argumentar que fue de ayuda para ella. posteriormente se trabaja con la socialización de los test que se asignaron en la sesión pasada YSQ-L2 y IPD se explica el objetivo de los test, por qué se trabajó con estos y su finalidad, conjunto a lo trabajado

Se deja tarea para la próxima sesión registro de pensamientos automáticos con la casilla agregada, programación de actividades y actividades de dominio y agregado. Se solicita a la paciente retroalimentación de la sesión, la cual la paciente expresa de forma clara y puntual su comprensión de la sesión.

Quinta sesión: objetivo de la sesión: fortalecer habilidad social, continuar trabajando con detención de pensamientos obsesivos, disminución de ansiedad y depresión e inicio de detención de conductas compulsivas.

Los objetivos de las sesiones se desvían para poder realizar intervención en crisis de la paciente debido a que esta se encuentra pasando por un duelo, pues el padrastro de Isabella fallece 4 días antes de la sesión.

Se trabaja con la escucha activa para que la paciente se sienta comprendida y sobretodo, escuchada en estos momentos que son de suma importancia para ella, se espera pacientemente que la paciente exprese sus sentimientos encontrados. Se trabaja con la paciente las emociones y el dolor de la perdida, se explica a la paciente que las emociones expresada son normales y significativas en una perdida y que no son “malas” como piensa, se da validez a su dolor y se explica que se puede comunicar con la terapeuta o se puede abrir un espacio en el momento que ella crea conveniente para poder seguir trabajando con sus emociones. Isabella decide aceptar el espacio que se le propone para poder asistir nuevamente a cita, argumenta “*me sentí escuchada y te lo agradezco, pero dejemos hasta aquí por hoy*”. Se le refuerza antes de culminar la sesión a petición de Isabella sobre sus emociones expresadas son normales y significativas antes dichas situaciones.

Sexta sesión: objetivo de la sesión: Psicoeducar a la paciente en fases del duelo, ayudar a Isabella hacer real la perdida, ayudar a identificar y expresar sentimientos que se presentan en ella.

Se comienza explicando a Isabella sobre las fases de duelo, se le expresa que esta no tiene un orden temporal fijo y que se tiene en cuenta variables personales de cómo se asumen noticias no esperadas, posterior a esto se le pide a la paciente que hable acerca de la pérdida, que fue lo que sucedió, como fue el funeral, Isabella refiere “*es difícil, él tenía problema en su corazón, lo iban a operar y no alcanzo a llegar a el quirófano, me siento impotente, no logré estar con él*”. Cuando logra expresar con más detalles lo sucedido, se trabaja con ella la identificación de los sentimientos que en esta situación algunos se dificultan reconocerlo o incluso poder sentirlos, sin invalidar las

emociones de Isabella se motiva a que la paciente hable acerca de estas, que logre expresar cada una de las emociones que está viviendo con el fin de que pueda tener claro cuáles son esos sentimientos que la están albergando, Isabella llega a la conclusión que el sentimiento que prima en ese momento es el sentimiento de culpa e impotencia, se trabaja con ella acerca de la normalidad de dichos sentimientos en momentos de un proceso de duelo.

Isabella agrega en la sesión que ha decidido aumentar los medicamentos formulados por psiquiatría sin adecuada recomendación médica (el especialista), asociado a esto también estos medicamentos son consumidos con bebidas alcohólicas, se apoyan en los conocimientos de Isabella en el tema médico para que esta mantenga la medicación formulada por el especialista y que no sean ingeridas con bebidas alcohólicas. Se deja como tarea el seguimiento de las pautas recomendadas en la medicación por el médico especialista, la disminución de bebidas alcohólicas, la realización de cartas dirigidas al fallecido.

Resultados

Respecto a la aplicación del modelo cognitivo-conductual se consiguió que la paciente, lo descrito por en la dirección de que el tipo de estrategia terapéutica utilizada arroja evidencia de que podemos considerar los sesgos cognitivos como variables mediadoras del cambio terapéutico en el tratamiento del TOC, al permitir disminuir la credibilidad de las intrusiones y la consiguiente intensidad emocional de las respuestas a ellas. En otra dirección, los resultados podrían interpretarse en términos conductuales por habituación a los estímulos aversivos (Behobi et al., 2013, p. 351).

Con la terapia y las estrategias desarrolladas, se logró con Isabella, que tenga un 40% de confianza en su terapeuta, con la adecuada psicoeducación sobre la importancia de sus adherencias al tratamiento farmacológico logra tener un adecuado manejo de sus medicamentos y de manera paulatina, logra disminución de sus síntomas depresivos y ansiosos, también es capaz de cuestionar sus pensamientos obsesivos, respecto a sus ideas ansiosos y sus creencias maladaptadas, se ha conseguido que disminuya su ansiedad para poder controlarlas. Por salud, Isabella considera el ingreso a gimnasio por apoyar a su calidad de vida, también asiste cumplidamente a las sesiones programadas y si se presenta inconveniente para asistir, es capaz de comunicarse con la terapeuta. Se trabajó en habilidades de la terapia dialéctico conductual para trabajar en sus emociones, disminuir síntomas depresivos, saber satisfacer sus necesidades, desde la modificación de esquemas mal adaptativos y modos de la paciente (Trujillo, 2017).

Análisis de caso

El actual análisis se dé llevo a cabo a partir de la evaluación y diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo y trastorno depresivo persistente y la explicación de dicha comorbilidad desde la perspectiva teórica de las indagaciones actuales.

La paciente llega a consulta con un diagnóstico previo por parte de psiquiatría de trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de depresión persistente, donde se le formulo Escitalopram de 20 mg, Clonazepan 5 gotas, Alprazolam, dado las dimensiones de su síntomas iniciales a nivel emocional como: estrés, cansancio, desinterés, tristeza, desconfianza, a nivel de síntomas cognitivos: percepción de soledad, percepción de desesperanza, percepción de abandono, obsesiones sobre desempeño socia, obsesiones sobre autoagresión, síntomas conductuales de tipo: rituales de limpieza y verificación, aislamiento, autocrítica. Y a nivel fisiológicos tales como: dificultad para conciliar el sueño se refuerza el diagnóstico de la paciente, de tal manera que su intervención psicológica estuvo orientada a un plan de tratamiento para dichos diagnósticos.

Lo mencionado anterior mente se corrobora en el que hacer clínico con la paciente expuesta en el presenta trabajo. En la historia social y personal de Isabella se identifican los trastornos con los que se está trabajando. Todas las experiencias tóxicas vividas de Isabella lograr que estos diagnósticos se fortalecieran a lo largo de su vida y desarrollara percepciones erróneas acerca de si de los demás y su alrededor. Macfall y Wollershein (1979) desarrollan el modelo de Carr, matizan que las apariciones subjetivas no realistas de peligro o amenaza en los obsesivos-

compulsivos (valoración primaria) proviene de una variedad de creencias erróneas y patrones de pensamientos irracionales.

La evaluación se realizó por medio de entrevista clínica, evolución entre entrevista semiestructurada con lista de chequeos para el trastorno obsesivo compulsivo y la depresión además se aplicaron dos pruebas con el fin de descartar un trastorno de la personalidad y de identificar sus esquemas más relevantes.

El diagnóstico de un trastorno de personalidad es descartó ya que el funcionamiento de la personalidad se encontraba en un rango de disfuncionalidad leve, aunque si se logró detectar un perfil cognitivo de una estructura obsesiva y evitativas sin constituir un trastorno.

El presente análisis de caso, sitúa en manifiesto el ejercicio clínico que ha permitido el verificar y coincidir con los diferentes autores los cuales han planteado con respecto a la etiología del trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno depresivo persistente, las estrategias de afrontamientos de los estilos de personalidad y el proceso terapéutico antes situaciones que aquejan al paciente acorde a lo expuesto, estas técnicas han permitido el mejoramiento de la paciente, dado que enseñándole la razones de lo mal adaptativo de sus conductas, y así poco a poco se consigue menguar sus síntomas depresivos y ansiosos, además se encuentra en la capacidad de hacerle frente a sus tendencias obsesivas por lo que su calidad de vida, también ha mejorado.

Conclusiones y recomendaciones

En el transcurso de seguimiento terapéutico se logró recopilar información dada por la paciente y logrando así tener claridad ante su diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo y trastorno depresivo persistente.

A través de la revisión de la literatura, investigaciones y realización de teoría y estudios de caso, se ha podido observar que el TOC y Trastorno depresivo persistente son patologías complejas que se pueden presentar de forma simultánea.

Se alcanzó a comprender la comorbilidad de estas dos patologías y se concluye la importancia de comprender la dificultad en el ámbito clínico el diagnóstico y en sus resultados su tratamiento y pronóstico. Por lo que se estudió las características psicopatológicas de ambos para poder llevar un seguimiento adecuado a la paciente.

Se investiga modelos teóricos y terapéuticos desde el enfoque cognitivo conductual como fue el aporte de cada uno de los teóricos que dan una clara guía integral de las características, definiciones, seguimientos, y la aplicación del enfoque cognitivo conductual en las patologías.

Se ejecutó una indagación profunda de modelos de intervención terapéuticas sobre modelo cognitivo conductual que accedieron un extenso abordaje de ambos trastornos y se llega a la conclusión que la Terapia Cognitiva conductual, fue eficaces a la hora de abordar las problemáticas específicas de la paciente en tratamiento.

En cuanto a las estrategias, la eficiencia y eficacia de las herramientas terapéuticas cómo: el cuestionamiento socrático, descubrimiento guiado, reestructuración de pensamiento, los experimentos conductuales, el entrenamiento en solución de problemas, las técnicas de relajación, el entrenamiento en variadas habilidades, detención de pensamientos, fueron productivas para el caso clínico, ayudando a lograr la estabilidad sintomática.

Todo ello permitió cumplir el objetivo general del presente trabajo que fue especificar, examinar y definir el caso de Isabella que cuenta con un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo y trastorno depresivo persistente, desde el modelo del Instituto de Terapia Cognitiva, con la finalidad de contribuir a la visión y la explicación de estas entidades diagnósticas y su intervención.

Este estudio de caso clínico ayuda la comprensión por parte del público general, profesionales, estudiantes, profesores y eruditos, sobre estas dos patologías; sobre todo a los especialistas de la salud mental, comunidad académica les es ventajoso, ya que esta investigación la pueden utilizar como una guía para la evaluación de otros casos de características similares, aprovechándola como guía terapéutica sobre el trastorno obsesivo compulsivo y trastorno depresivo persistente. Se ofrece al campo académico y profesional, además, una efectiva y correcta aplicación del Modelo cognitivo-conductual en un caso de comorbilidad, dado que se exponen las técnicas de calificación mediante las pruebas pertinentes que se deben realizar para analizar y dictar un diagnóstico pertinente sobre estas afecciones, además en esta investigación desarrollada se consiguió la disminución de los síntomas y manifestaciones de estos dos trastornos, gracias a lo

avanzado y realizado en el curso del tratamiento que permitió establecer incluso un vínculo de confianza en la sesiones para mejor efectividad y por lo tanto mejoría en su calidad de vida, dado que estos pacientes por sus creencias y pensamientos derivadas de las enfermedades mentales afectan sus relaciones con sus círculos sociales y su autoestima por derivar sentimientos de culpa.

Estos aportes son muy provechosos, dado que gracias a los estudios desarrollados en el campo de la salud mental y más concretamente en el de la psicología se les puede brindar ayuda a nuestros pacientes para encontrar una salida al padecimiento que sobrellevan.

Referencias

- Alarcón R., Gea A., Martínez J., Pedreño J. y Pujalte, M. (2009). Guía práctica de los trastornos depresivos. España: Servicio Murciano de Salud.
- Alonso, M., Sagalás, J. y Labad, J. (2006). *Epidemiología del trastorno obsesivo-compulsivo*. En J. Vallejo Ruiloba & G. E. Berrios. *Estados obsesivos*. (págs. 17-44). Barcelona: Masson, s. A.
- American Psychiatric Association-APA. (2013). *DSM5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Amador, O. (2014). Trastornos de personalidad asociados a trastorno obsesivo Compulsivo. (Tesis de Maestría). Universidad de San Buenaventura Seccional Medellín. Medellín: Colombia.
- Recuperado de http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/bitstream/10819/2270/1/Trastornos_Personalidad_Obsesivo_Amador_2014.pdf
- Antón, V., García, P. y García, J. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45-52.

Arrieta, M. y Barboza, V. (2014). Trastorno Obsesivo Compulsivo en la Población Infanto-Juvenil. Pasantía en Unidad de Psiquiatría del Hospital México. *Revista Cúpula*, 47-58.

Bados Lopez, A (2005). *Trastorno obsesivo-compulsivo*. España: Universitat de Barcelona.

Barlow, D. y Durand, V. (2001). *Psicología anormal. Un enfoque integral*. España: Itemex

Beck, A., Rush, A., Shaw, B y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: editorial Desclée De Brower S.A.

Behobi Baudou, Walter A., García, Fernando, & Fernández-Álvarez, Héctor. (2013). *Psicoterapia cognitiva individual del TOC*. *Revista Salud mental*, 36(4), 347-354.

Brewin, C. (1996). Theoretical Foundations of Cognitive-Behavior Therapy for Anxiety and Depression. *Annual Review of Psychology*, 47 (1), 33-57.

Buela-Casal, G., & Sierra, J. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 525-532. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33720310.pdf>

Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, Vol 1. España: Siglo XXI España Editores, S. A.

Cabanyes, J. y Monge, M. (2017). La salud mental y sus cuidados. En: *J. Abanyes & M. Á. Monge. La salud mental y sus cuidados*. España: Ediciones Universidad de Navarra, S.A.

- Campbell, D. y Stanlcy, J. (2001). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Carrasco, A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 2017, pp. 181-189.
- Chappa, H. (2003). *Distimia y otras depresiones crónicas, tratamiento psicofarmacológico y cognitivosocial*. Argentina: Panamericana.
- CINETS (2013). Guía de práctica clínica. Colombia: Ministerio de la Protección Social.
- Clark, D. y Beck, A. (2012). Terapia cognitiva del trastorno obsesivo-compulsivo. En: D. A. Clark, & A. T. Beck. *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad* (p. 739-811). España: Editorial Desclée De Brouwer, S.A.
- Colina, L. y Rodríguez, A. (2008). *Terapia Cognitiva para los Trastornos de Personalidad*. Venezuela: Editorial CEC, S.A.
- Cruzblanca, H., Lupercio, P., Collas, J., Castro, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Mental*, 39(1), 47-58

- Dávila, W. (2014). Terapia cognitivo-conductual en el trastorno obsesivo-compulsivo. *Norte de Salud Mental*, 12(49), 58-64. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830460.pdf>
- De la Vega, D. (2013). Análisis no lineal de registros magnetoencefalográficos de pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo mediante la complejidad de Lempel-Ziv. (Tesis Doctoral). Universidad de Alcalá: España. Recuperado de https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/20364/TESIS_VEGA_S%C3%81NCHEZ.pdf?sequence=1;Cap
- Díaz, G. y Cahui, C., (2017) Discapacidad en el trastorno obsesivo compulsivo. *Revisa CASUS* 2(3), 200-2008.
- Duran, A. (2018). *El modelo cognitivo conductual aplicado a un caso único con trastorno depresivo persistente (Distimia)*. Colombia: Universidad del Norte.
- Flavell, J. (1979). Metacognition and Cognitive Monitoring. A New Area of cognitive Developmental Inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 705-712.
- Freeston, M. y Ladouceur, R. (2007). Análisis y tratamiento de las obsesiones. En: V. E. Caballo. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (págs. 137-168). España: Siglo XXI Editores, S. A. .

- Gabbard, G. (2001). Enfoques de orientación psicoanalítica para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*, (9), 208-221.
- Huertas, R. (2014). Las obsesiones antes de Freud: historia y clínica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21(4)1397-1415. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n4/0104-5970-hcsm-S0104-59702014005000014.pdf>
- Jiménez M., Gallardo G., Villaseñor T. y González A. (2013). Distimia en el contexto clínico. *Revista Colombia de Psiquiatría*, 42(2), 212-218.
- Jiménez S. (2004). Trastorno obsesivo-compulsivo de la alimentación: estudio comparativo de casos. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Klein, D. y Santiago, J., (2003). Dysthymia and chronic depression: introduction, classification, risk factors, and course. *J Clin Psychol*. Aug;59(8), 807-16.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, S. y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 229-240. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v18n4-5/229-240/es>
- Maganto, C. y Ávila, A. (1999). El diagnóstico psicodinámico. Aspectos conceptuales. *Revista clínica y salud*, 10, (3), 287-330.

- Mingote Adán, J., Gálvez Herrer, M., Pino Cuadrado, P., & Gutiérrez García, M. (2009). *El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo*. Revista Medicina y Seguridad del Trabajo, 55(214), 41-63.
- Mohammed, J. (09 de junio de 2013). Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Modelos teóricos explicativos. *Centro d e Psicología Clínica y Logopedia-AVERROES*. Recuperado de <http://averroespsicologos.blogspot.com/2013/06/trastorno-obsesivo-compulsivomodelos.html>
- Moreno, P., Martín, J., García, J., Viñas, R. (2008). *Dominar las obsesiones*. España: Editorial Desclée De Brouwer, S.A
- Navarro, Á., Rueda, G., Camacho, P., Franco, J., Escobar, M, y Díaz, L. (2011). Prevalencia de trastorno obsesivo compulsivo en adolescentes colombianos y su asociación con la doble condición de trabajo y estudio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(2), 279-288.
Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502011000200009&script=sci_abstract&tlng=pt
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2004). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. New York: El Manual Moderno, S.A. Recuperado de <https://cideps.com/wp-content/uploads/2014/05/Cognitivo-Conductuales-ledi1.pdf>

- Ortiz, J. (2002). Trastorno Obsesivo compulsivo. *Revista Acta Neurologica Colombiana*, 18 (1), 51-64.
- Perez, M. y García M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Revista Psicothema* ,13 (3), 493-510.
- Quilla, D. (2019). Caso clínico de trastorno obsesivo compulsivo con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas. Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Reyes, J. y Martínez, A., (2012). Trastorno obsesivo compulsivo durante el embarazo y posparto. *Revista Psiquis*, 21 (3), 84-89.
- Rodríguez, P. G., y Ramos, P. R. (2010). *Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia*. Centro de Salud Manzanares el Real.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica . *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(261-269).
- Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.

Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicopatología Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Editores.

Sequeira, A. (2009). Neurobiología de la depresión. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 10(6), 462-478. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2009/rmn096j.pdf>

TOCMurcia.com. (S.F.). Tipos de TOC. Recueprado de <http://tocmurcia.com/tipos-de-toc/>.

Trujillo, A. (2017). *Estudio de Caso Clínico en una Paciente con Trastorno Límite de Personalidad, Comórbido con Trastorno Depresivo Mayor*. Barranquilla: Universidad del Norte.

Zarragoitía, A. (2011). *Depresión. Generalidades y particularidades*. La Habana: Ciencias Médicas.

