

# TOC

## **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO**

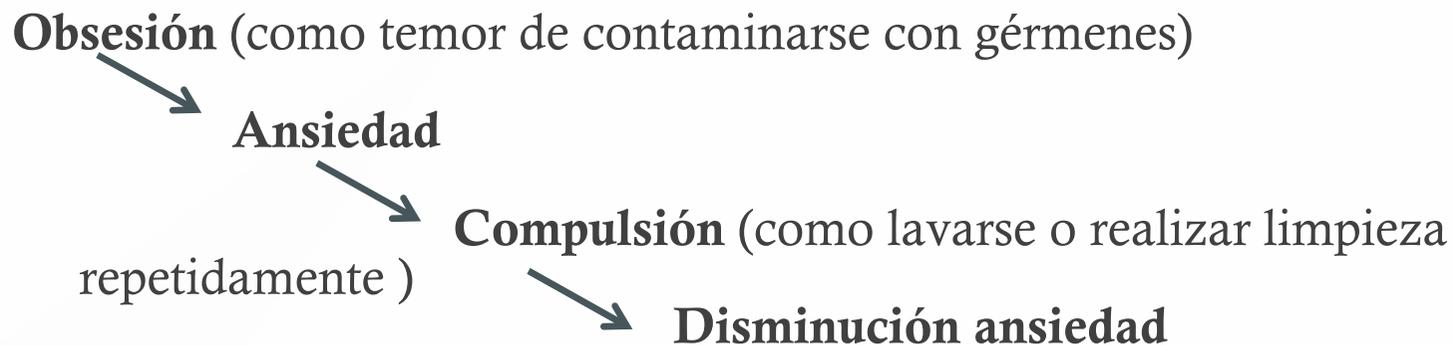
Sara Poyatos Joyanes

Lucrecia Garcia- Atance Villalonga

Pilar Leirado Uceda

# Definición del Trastorno

- Trastorno de **ansiedad** en el que la persona tiene:
  - Pensamientos e ideas (obsesiones)
  - Así como comportamientos (compulsiones) reiterados, irracionales y no deseados
  - Provocan un malestar significativo y son lo suficientemente extremas como para interferir marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social y familiar.



# Definición del Trastorno

- Normalmente: ↴

La persona reconoce en algún momento que estas obsesiones y compulsiones son excesivas o irracionales



No en niños



Produciéndose así un malestar clínicamente significativo que influye en casi todos los aspectos de su vida

# Definición del Trastorno

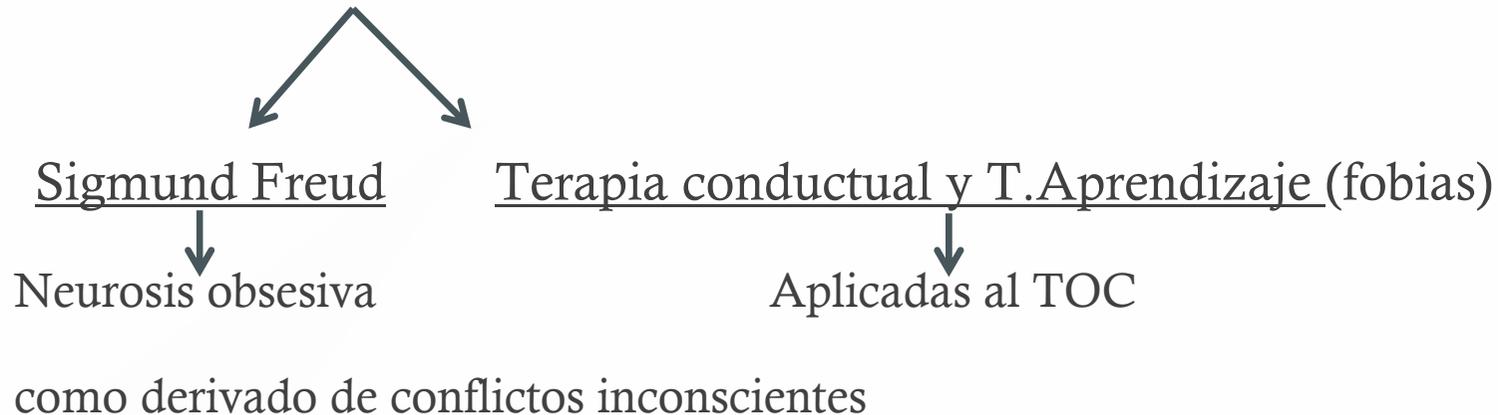
- Personas saludables: síntomas TOC

Sólo **trastorno** cuando actividades:

Consumen al menos 1h al día  Interfieren con la vida diaria

# Introducción histórica

- La primera descripción del cuadro que actualmente se define como TOC en la literatura fue → en 1838 → Por **Jean Etienne Dominique Esquirol**
- Aunque no es hasta comienzos del **siglo XX** cuando surgieron las teorías psicológicas de la neurosis obsesivo-compulsiva:



# Introducción histórica

- Pero el TOC es descrito con dicho nombre en 1995 por el DSM-IV y la CIE-10
- Y es en la década de los 90 cuando se comenzó a hablar del “**Espectro Obsesivo Compulsivo**”, que sería un grupo de síndromes relacionados.
- Hasta llegar a la aceptación de la definición actual del DSM-IV-TR:
  - La **etiología y nosotaxia** de los estados obsesivos fueron fuente de confusión en el siglo XIX, donde se discutió su origen intelectual, emocional o volitivo.

# Introducción histórica

- **Obsesión:** deriva etimológicamente, del latín **obsessio-onis** ("bloqueo"), derivado de **obsidere** (asediar, bloquear, o más propiamente, sentarse enfrente) y éste de **sedere** (estar sentado).
- **Compulsión** procede del latín **compulsio**, supino de **compettere** (acción y efecto de compeler, o sea forzar a una persona a actuar en contra de su voluntad, de sus impulsos naturales).

# Introducción histórica

- Pero fueron los estudios psicopatológicos iniciados en Alemania y en Francia durante el pasado siglo, los primeros pasos en cuanto a calificar los cuadros clínicos:
  - ↳ Mientras en **Alemania** las patologías obsesivas se nombraban como "representaciones forzadas" y "actos forzados" (**Zwang**).
  - ↳ La **psicopatología francesa** los calificaba como "**folies**" (locuras), aún advirtiendo que no debía tomarse el término como determinante de locura

# Introducción histórica

- El término alemán **Zwang** fue traducido:



En **Londres** por "**obsession**" y **Nueva York** por "**compulsion**"

- A partir de aquí la terminología doble se ha mantenido, aunque con distintos significados.

# Etiología

- Difícil determinar la etiología —→ No parece existir una causa única que explique su origen.
- Múltiples factores facilitadores pueden contribuir en su desarrollo.
- Es frecuente que aparezca precipitado por eventos estresantes o por un estado de ánimo depresivo.
- Forman parte de los factores facilitadores del TOC:

Contribución hereditaria, factores biológicos y experiencias tempranas

# Etiología

- **Contribución hereditaria:** Las personas con TOC presentan una vulnerabilidad genética.
- **Factores biológicos:**
  - **Teoría Neuroquímica:** sugiere una participación preferente del sistema serotoninérgico por la demostrada eficacia de los fármacos ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y dopaminérgico.
  - **Teoría Neuroanatómica:** sostiene que existen diferencias anatómicas cerebrales en: el núcleo caudal, el córtex orbitofrontal, en el córtex singular o en los ganglios basales.

# Etiología

- **Experiencias tempranas:**
  - Estilos educativos muy estrictos.
  - Haber tenido como modelos durante la infancia personas con características obsesivo-compulsivas.
  - Formación moral estricta.
  - Responsabilidad exagerada y perfeccionismo.
  - Sobreestimación de la importancia de los pensamientos.
  - Sobreestimación de la probabilidad y gravedad de las consecuencias: “Si he pensado esto lo más probable es que vaya a suceder”.
  - Baja tolerancia a la incertidumbre: “Haré todo lo posible por evitar que algo malo suceda si está en mis manos”.

# Etiología

- **Características personales:** □ □ Parecen existir 10 factores de personalidad que son frecuentes en la infancia de las personas con TOC:
  - Ansiedad por separación.
  - Resistencia al cambio y aversión al riesgo.
  - Sumisión
  - Susceptibilidad
  - Perfeccionismo
  - Hipermoralidad
  - Ambivalencia y excesiva devoción al trabajo.

# Epidemiología

- **La forma y el contenido de las obsesiones** es sorprendentemente similar en Europa, USA, Canadá e India.
- **Edad de comienzo y curso:** La mayoría inician el trastorno antes de los 20, de hecho, el 65% de los caso se inicia antes de los 25 años y el 80% antes de los 30.
  - El inicio suele ser gradual, iniciándose en al infancia, manifestándose más en la adolescencia y definiéndose a partir de los 20.
  - El curso de los síntomas, lo más usual es que sean fluctuantes y con episodios de remisiones incompletas.

# Epidemiología

- **La proporción hombre-mujer** es 2 de cada 3 → mayor prevalencia en mujeres.
- **Frecuencia** □ Hasta hace poco tiempo el TOC se consideraba un trastorno poco frecuente, pero:
  - Estudios epidemiológicos demuestran que es el cuarto trastorno mental más común: se halló una incidencia del 2% tanto en la población general como en la psiquiátrica. □
  - Investigaciones indican que la prevalencia del TOC es similar en muchas culturas del mundo.

# Comorbilidad

El TOC se da principalmente con trastornos del Eje I del DSM-IV-TR:

- **Con trastornos del ánimo:** Es muy alta, de las más comunes: entre el 30 y 50%
- **Con trastornos de ansiedad:** Fobia social (18%), trastorno de pánico (12%), fobia específica (22%).
- **Trastorno por tics:** 20% de pacientes con TOC tienen en algún momento múltiples tics.
- **Trastorno de la personalidad:** 36% y 75%
- **Trastornos de alimentación:** 11% y 17%

# Criterios diagnóstico DSM-IV- TR

Criterios para el diagnóstico de F42.8 Trastorno  
obsesivo-compulsivo (300.3)

# Crterios DSM-IV-TR

## Crterios para el diagn3stico de F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

• Las **obsesiones** se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. Pensamientos, impulsos o im3genes recurrentes y persistentes que se experimentan en alg3n momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

2. Los pensamientos, impulsos o im3genes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

# Crterios DSM-IV-TR

3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

# Criteria DSM-IV-TR

- Las **compulsiones** se definen por 1 y 2:
  1. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
  2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

# Criteria DSM-IV-TR

- B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.
  
- C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

# Crterios DSM-IV-TR

- D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

# Criterios DSM-IV-TR

- E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.
- Especificar si:
    - Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

# Criterios diagnóstico CIE-10

CIE-10

**F42 Trastorno obsesivo-compulsivo**

# Pautas de diagnóstico

- Deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas, síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos
- A) Son reconocidos como pensamientos o impulsos propios.
- B) resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos.

# Pautas para Diagnóstico

C) La idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras.

D) Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos

Incluye:

- Neurosis obsesivo-compulsiva.
- Neurosis obsesiva.
- Neurosis anancástica.

# Pautas para Diagnóstico

- Además se diferencian por:
  - F42.0- predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos.
  - F42.1-predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).
  - F42.2-mezcla de pensamientos y actos obsesivos.
  - F42.8-Otros trastornos obsesivo-compulsivos
  - F42.9-Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación

# Diferencias criterios diagnóstico entre DSM- IV- TR y CIE- 10

- 1 - CIE- 10 distingue obsesiones de compulsiones en función de si se trata de pensamientos, ideas o imágenes (obsesiones) o actos (compulsiones).
- DSM- IV- TR establece esta diferencia dependiendo de si el pensamiento, idea o imagen produce ansiedad o malestar (compulsiones de tipo cognitivo).

# Diferencias criterios diagnóstico entre DSM- IV- TR y CIE- 10

- 2 – CIE- 10 Especifican una duración mínima de los síntomas de por lo menos 2 semanas
- DSM- IV- TR No especifica duración mínima. Sólo dice que deben durar más de 1 hora al día.

## Diferencias criterios diagnóstico entre DSM- IV- TR y CIE- 10

- 3 – CIE- 10 Debe haber al menos una obsesión o compulsión que se resista sin éxito, aunque otras no lo hagan.
- DSM- IV- TR no especifica el número de obsesiones ni compulsiones.

## Diferencias criterios diagnóstico entre DSM- IV- TR y CIE- 10

4 – CIE-10 Se especifica si predominan las obsesiones,  
las compulsiones o si ambas son igualmente intensas

- DSM- IV- TR Se centra más en en nivel de  
conciencia del trastorno.

## Diferencias criterios diagnóstico entre DSM- IV- TR y CIE- 10

- El grado de concordancia entre los dos es moderado.
- En el estudio de Andrews, Slade y Peters (1999), sólo el 64% de los casos con un diagnóstico positivo según un sistema tuvo diagnóstico positivo con el otro.

# Diagnóstico Diferencial

- **Episodio depresivo mayor:** por la constante cavilación sobre acontecimientos potencialmente desagradables.
- **Hipocondría:** Miedo a padecer o estar padeciendo una enfermedad importante y este miedo deriva de la incorrecta interpretación de síntomas físicos
- **Fobia específica:** No hay comportamiento ritual alguno
- **Trastorno de tics:** Tampoco rituales, sólo movimientos estereotipados.

# Diagnóstico Diferencial

- **Trastorno de movimientos:** Comportamiento motor repetitivo, no funcional e impulsivo.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad:** No se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones; el individuo, ya al principio de la edad adulta, está permanentemente preocupado por el orden, el perfeccionismo y el control
- **Las supersticiones y los comportamientos repetidos de comprobación:** Sólo debe considerarse como TOC si dan lugar a un acusado deterioro de la actividad global del individuo o a un malestar clínicamente significativo.

# Criterios de Evaluación Clínica

# Objetivos

- Tipo de obsesiones-compulsiones presentes
- Tipos de respuestas de evitación
- Historia del problema
- Apoyo afectivo-social
- Determinación de los parámetros de las respuestas
- Análisis Funcional
- Plantear los objetivos terapéuticos

# Análisis Topográfico

Determinación de los parámetros de las respuestas

FRECUENCIA	INTENSIDAD	DURACIÓN

# Análisis Funcional

<b>FACTORES</b>		
PREDISPONENTE		
DESENCADENANTE		
MANTENEDOR		

	<b>ANTES</b>	<b>DURANTE</b>	<b>DESPUÉS</b>
COGNITIVO			
FISIOLÓGICO			
MOTOR			

# Caso Clínico

Roberto

# Exposición del caso

“Roberto, varón de 22 años es un estudiante de física y trabaja los fines de semana en una cafetería. Vive con sus padres y sus dos hermanos de 25 y 15 años. Describe un ambiente familiar estable y cálido, aunque reconoce que es una persona muy tímida y reservada. De todos los miembros de su familia, su hermano pequeño es con el que afirma tener una relación más estrecha.”

- Motivo de consulta:

- Tiene una obsesión permanente sobre la posibilidad de perder a su hermano menor o de que le ocurra algo malo.

# Exposición del caso

- Refiere que la obsesión de perder a su hermano o de que algo malo le pasara ha estado presente desde su infancia. En el momento actual, su hermano tiene 15 años y, aunque ahora el problema no es tan intenso como en el pasado, sigue con continuas y repetidas preocupaciones que le angustian y paralizan.
- Reconoce que en casa siempre has estado muy preocupados por todo (especialmente su madre) y que desde muy pequeño le cargaron con la responsabilidad de cuidar a su hermano, pues ambos padres trabajaban. Sus padres siempre les repitieron a su hermano y a él que tenían que ser muy previsoros y cuidadosos con todo.

# Exposición del caso

- Dos hechos significativos:
  - Cuando su hermano nació, sus padres comentaron que tenía un grupo sanguíneo poco frecuente, y en caso de que le sucediera algo sería muy difícil conseguir donantes.
  - Cuando tenía dos años, su hermano estuvo hospitalizado un mes porque se tragó un plástico jugando en casa (Roberto estaba en casa).

# Exposición del caso

- Antecedentes personales: No significativos.
- Antecedentes familiares: Madre en tratamiento psicológico durante años por constantes preocupaciones y frecuentes cambios de humor. Roberto no ha sabido explicar muy bien el motivo del tratamiento de su madre, pero cree que puede estar relacionado con ansiedad y depresión. De todos modos, tanto su madre como él se consideran “muy especiales” para contar sus intimidades.

# Evaluación Clínica

- La evaluación se ha llevado a cabo en dos sesiones clínicas:
  - **En la primera:** Primer contacto y recopilación de información.
  - **En la segunda:** Realización de cuestionarios.
- **Objetivos de la Evaluación**
  1. **Tipos de obsesiones presentes**

Obsesión principal: Que a su hermano le suceda algo negativo. Se siente responsable de la salud física del mismo, por lo que piensa que si no cumple sus rituales o compulsiones, su hermano será el que sufra las consecuencias de su descuido.

# Evaluación Clínica

## 2. Tipos de respuestas de evitación:

### Compulsiones asociadas:

- No mirar nunca el reloj a la hora en punto
- No decir nunca adiós
- Comprobar muchas veces si ha cerrado el coche
- Si lleva la cartera
- Comprobar muchas veces si está apagado el horno
- No dejaba que su hermano volviera solo del colegio, y si estaba en casa con él, tenía que preguntarle cada hora exacta cómo estaba.

# Evaluación Clínica

## **3. Determinación de los parámetros de las respuestas (frecuencia, intensidad y duración). Análisis Topográfico**

- Frecuencia: Las compulsiones tienen lugar diariamente desde que se levanta por la mañana hasta que se va a dormir, de forma continua a lo largo del día, sin distinción de lugar, hora o compañía.
- Duración: Breve, los rituales con cortos, pero continuos.
- Intensidad: Es fuerte, afecta a la rutina diaria de la persona, ya que lleva a cabo sus compulsiones indiferentemente de la situación y de forma muy continuada.

# Evaluación Clínica

- Los rituales se acrecentan en aquellas situaciones en las que el hermano no está cerca o se encuentra en un ambiente desconocido para él (amigos o sitios que no conoce, llegar más tarde de lo previsto, cambiar de planes sin previo aviso, etc.)
- Esto se puede resumir en la siguiente tabla:

<b>Frecuencia</b>	<b>Intensidad</b>	<b>Duración</b>
Diaria y continua	Fuerte	Breve y continuo

# Evaluación Clínica

## **4. Análisis funcional, especificando las variables iniciadoras y mantenedoras.**

En este apartado se analizan y se presentan de forma sistemática las diferentes conductas, pensamientos y respuestas fisiológicas por las que está compuesto el trastorno de Roberto, así como los factores que las desencadenan y mantienen.

# Evaluación Clínica

	Antes	Durante	Después
Cognitivo	Cuando piensa en las cosas malas que le pueden pasar a su hermano	“Si me preocupo y realizo esta conducta, no le pasará nada malo a mi hermano”	A Corto plazo: Sensación de control. A largo plazo: Cronificación
Fisiológico	Sintomatología ansiosa: Sudoración, tensión y ritmo cardíaco elevado.	Sintomatología ansiosa: Sudoración de las manos, pulso acelerado	A corto plazo: Relajación fisiológica. A largo plazo: Estrés
Motor o Conductual	Mirar repetidas veces el reloj, conducta nerviosa	Compulsión en sí: Comprobación del horno, por ejemplo.	A corto plazo: se reduce la frecuencia motora. A largo plazo : Cronificado, estereotipado y de carácter ritual.

# Evaluación Clínica

- Como ejemplo de factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores, tenemos:

<b>Predisponentes</b>	<b>Desencadenantes</b>	<b>Mantenedores</b>
La obsesión: “Dentro de poco va a ser y media y puede pasarle algo a mi hermano”.	“Mi hermano llega tarde”	La madre se preocupa también y el hermano cuando llega le sigue permitiendo que le controle.

# Evaluación Clínica

## 5. Historia del problema

Toda la información ya recopilada del paciente, mas las nuevas obsesiones y compulsiones que nos va contando a medida que profundizamos en el caso.

- Roberto afirma, durante la evaluación, tener un estado de ánimo decaído a causa del estrés que siente diariamente por la responsabilidad que sus padres depositan en él y que él mismo siente sobre su hermano.

# Evaluación Clínica

- Es consciente de que los hábitos que tiene no son racionales y le impiden llevar una vida normal a cualquier nivel, lo cual aumenta su malestar general; además, comenta que se siente dolido por los reproches cada vez más frecuentes de su hermano, que no valora todo lo que hace por él.

## **6. Apoyo afectivo social**

Roberto sí que posee apoyo afectivo social por parte de su familia, en el especial por parte de su hermano pequeño, quien ha sido el que le ha aconsejado explícitamente acudir a consulta.

# Evaluación Clínica

## 7. Cuestionarios

Para obtener un perfil de nuestro paciente y poder comprobar que la persona padece un TOC:

- **Cuestionario de ansiedad ISRA**: Porque nos sirve como herramienta de evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana.
- **Cuestionario de análisis clínico CAQ**: Porque nos informa sobre diversas psicopatologías (lo cual nos ayuda a establecer un diagnóstico diferencial) entre las que destacamos: hipocondrías, culpabilidad y resentimiento, depresión ansiosa, psicastenia, agitación y desajuste psicológico.

# Evaluación Clínica

## 7. Cuestionarios

- **Cuestionario de personalidad 16 PF-5**: Porque nos permite obtener un perfil de los rasgos de personalidad del paciente que nos guiará de cara a la evaluación, diagnóstico y tratamiento.

# Evaluación Clínica

## Cuestionario de ansiedad ISRA

- Ficha Técnica:

- **Nombre:** ISRA, Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad.
- **Administración:** Colectiva
- **Tiempo:** Variable, 50 minutos aproximadamente.
- **Aplicación:** A partir de 16 años.

# Evaluación Clínica

## Cuestionario de ansiedad ISRA

### • Resultados:

#### Sistema de respuestas

- **Cognitivo:** Puntuación directa=173; Centil = 99; **Ansiedad extrema.**
- **Fisiológico:** Puntuación directa= 74'5; Centil= 90; **Ansiedad severa.**
- **Motor:** Puntuación directa=75; Centil=85; **Ansiedad severa.**
- **Total:** Puntuación directa=323'5; Centil=95; **Ansiedad severa.**

# Evaluación Clínica

## Cuestionario de ansiedad ISRA

### •Resultados

#### Rasgos específicos

- **F-I (Ansiedad en procesos de evaluación):** Puntuación directa=118; Centil=90. **Ansiedad severa.**
- **F-II (Ansiedad en relaciones interpersonales):** Puntuación directa=53; Centil=95. **Ansiedad severa.**
- **F-III (Ansiedad fóbica):** Puntuación directa=49; Centil=75. **Ansiedad severa.**
- **F-IV (Ansiedad generalizada):** Puntuación directa=15; Centil=65. **Ansiedad severa.**

# Evaluación Clínica

## Cuestionario de análisis clínico CAQ

- Ficha Técnica

- **Nombre:** Cuestionario de análisis clínico (CAQ)
- **Autor:** Samuel E. King
- **Administración:** Individual o colectiva
- **Duración:** 30-45 minutos
- **Aplicación:** Adolescentes y adultos

# Evaluación Clínica

## Cuestionario de análisis clínico CAQ

### •Resultados

Roberto posee puntuaciones significativas en:

- **D1 (Hipocondrías):** DE= 9 Preocupación por la salud y arreglos corporales.
- **D3 (Agitación):** DE=2 Evita situaciones con riesgo.
- **D6 (Culpabilidad y resentimiento):** DE=9 Se acusa de los errores, sentimientos de culpabilidad.
- **As (Psicastenia):** DE=8 Le molestan ideas inoportunas o hábitos compulsivos.

# Evaluación Clínica

## Cuestionario de personalidad 16 PF-5

- Ficha Técnica:

- **Nombre original:** 16 PF Fifth Edition, Administrator's Manual
- **Autores:** R.B. Cattell, A.K.S. Cattell y H.E.P. Cattell, 1993
- **Administración:** Individual y colectiva
- **Duración:** variable, entre 40 y 45 minutos
- **Aplicación:** Adolescentes y adultos

# Evaluación Clínica

## Cuestionario de personalidad 16 PF-5

### •Resultados

- **A- (Afabilidad):** DE= 2 Frío, distante e impersonal.
- **D+ (Dominancia):** DE= 7 Dominante, asertivo, alerta y competitivo.
- **F- (Animación):** DE=2 Serio, reprimido y cuidadoso.
- **G+ (Atención a las normas):** DE= 8 Atento a las normas, cumplidor y formal.
- **H- (Atrevimiento):** DE= 1 Tímido, temeroso y cohibido.
- **N+ (Privacidad):** DE= 9 Privado, calculador, discreto y no se abre.

# Evaluación Clínica

## Cuestionario de personalidad 16 PF-5

### •Resultados

- **O+ (Aprensión):** DE= 8 Aprensivo, inseguro y preocupado.
- **Q1- (Apertura al cambio):** DE= 2 Tradicional y agregado a lo familiar.
- **Q3+ (Perfeccionismo):** DE= 9 Perfeccionista, organizador y disciplinado.
- **Q4+ (Tensión):** DE= 7 Tenso, enérgico, impaciente e intranquilo.
- **Ext- (Extraversión):** DE= 1 Introverso, socialmente inhibido.
- **Ans+ (Ansiedad):** DE= 9 Perturbable, con mucha ansiedad.
- **Dur+ (Dureza):** DE= 3 Duro, firme, inflexivo, frío y objetivo.

# Evaluación Clínica

- Informe general:

Según los cuestionarios ISRA, CAQ y 16 PF-5, podemos decir que Roberto de 22 años de edad, muestra un perfil con graves problemas de adaptación debido a un elevado nivel de ansiedad, inhibición social y autocontrol. Esto son características que nos llevan a confirmar el diagnóstico de TOC.

# Concordancia con criterios diagnóstico DSM-IV- TR

- Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

**Ejemplo:** Pensamiento catastrofista sobre posibles desgracias que le puedan suceder a su hermano.

- Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

**Ejemplo:** Agobio excesivo al hermano que no le permite llevar una vida normal.

# Concordancia con criterios diagnóstico DSM-IV- TR

- La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

**Ejemplo:** No decir nunca adiós

- La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

**Ejemplo:** Roberto afirmó durante la consulta ser consciente de su obsesión

# Concordancia con criterios diagnóstico DSM-IV- TR

- Comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

**Ejemplos:** Comprobar repetidamente el horno, no mirar la hora en punto, ect.

- El objetivo de estos comportamientos es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos.

**Ejemplo:** Roberto afirma que la relación de la compulsión le relaja momentáneamente.

# Concordancia con criterios diagnóstico DSM-IV- TR

- En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales

**Ejemplo:** Roberto acepta que su obsesión es irracional.

- Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

**Ejemplo:** Roberto lo realiza en repetidas ocasiones durante el día.

# Concordancia con criterios diagnóstico DSM-IV- TR

- El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

**Ejemplo:** efectivamente no tiene origen fisiológico

# Tratamiento

- Cognitivo conductual
  - a). **Plantear los objetivos terapéuticos**
    1. Explicarle en qué consiste el trastorno TOC (lo que le pasa, qué lo origina y qué lo mantiene).
    2. Tratamiento de relajación (Respiración diafragmática)
    3. Reestructuración cognitiva y reatribución (EPR exposición en prevención de respuesta; en imaginación)
    4. Exposición en vivo (EPR): Exponerle a las situaciones temidas para evitar que haga las compulsiones o respuestas de ansiedad.
    5. Exponerle a los pensamientos temidos (obsesiones).  
Objetivización.

# Tratamiento

## b). Fases del tratamiento

### **FASE 1: Planteamiento del problema y técnicas de relajación.**

- Cada sesión durará un total de 50 minutos.

#### • Primera Sesión

En esta sesión, vamos a describir a Roberto en qué consiste el TOC, aplicándolo a sus propias compulsiones, qué las desencadena y qué las mantiene. Esto se le explica basándonos en sus propios autoregistros, así como en ejemplos de su vida cotidiana. Esto nos llevaría alrededor de media hora, según la colaboración del paciente.

# Tratamiento

- **Primera sesión:**

A continuación, se le explicarían los objetivos terapéuticos, y se le propone el tratamiento a seguir.

- **Segunda sesión:**

Aprendizaje de la técnica de relajación de respiración diafragmática. En esta sesión se le explica para qué sirve, en qué situaciones va a poder utilizarla y cómo se lleva a cabo.

# Tratamiento

- **Segunda sesión:**

Se pone en práctica una primera relajación a modo de explicación, y se repite las veces que sean necesarias durante la sesión hasta que lo haga bien y nos aseguremos que lo haya entendido, evitando el peligro de hiperventilación que le puede dar si no se hace correctamente.

Al finalizar la sesión, se le pide al paciente que la practique una o dos veces al día hasta la próxima sesión.

En adición, intentaremos hablar con **la familia** para pedir su colaboración durante el tratamiento, basado principalmente en el no refuerzo emocional ni conductual de las compulsiones de Roberto.

# Tratamiento

## **FASE 2: EPR (Exposición de prevención de respuesta) y Reestructuración Cognitiva**

### **•Tercera sesión:**

Comenzamos comprobando si realmente ha ensayado la relajación y si ha tenido algún problema realizándola.

A continuación llevaremos a cabo la exposición en imaginación: Le explicamos a Roberto que va a tener que imaginar diferentes situaciones que le produzcan ansiedad a distintos niveles, que irán de menor a mayor, ante las cuales tendrá que controlar esos niveles de ansiedad mediante la técnica de respiración aprendida.

# Tratamiento

## **FASE 2: EPR (Exposición de prevención de respuesta) y Reestructuración Cognitiva**

- **De la cuarta a la décima sesión:**

Se continua trabajando la EPR en imaginación.

- **Undécima sesión:**

En esta sesión vamos incorporar la exposición en vivo, que consiste en pedir al paciente que lleve a cabo la reducción paulatina de sus compulsiones cuando se encuentre ante las situaciones estresantes, aplicando la técnica de relajación aprendida y ya previamente practicada mediante la imaginación.

# Tratamiento

- Para la **comprobación** de que ha llevado a cabo la exposición en vivo, le pedimos un **autoregistro** que contenga:
- situaciones que han surgido en el transcurso (especificando el nivel de ansiedad)
- Afrontamiento de las situaciones.
- Posibles problemas.

# Tratamiento

- **De la undécima a la vigésima:**

Se sigue trabajando sobre la exposición en vivo, ajustándola según la evolución y necesidades del paciente, y con la información que obtengamos a través de los autoregistros y de las sesiones, integraremos la exposición en vivo con:

- . **Reestructuración cognitiva y objetivización** de sus obsesiones.

Es decir, trabajaremos las obsesiones racionalizándolas, objetivando. Con el fin de cambiar las cogniciones para poder cambiar las emociones. Adaptando las conductas de manera positiva en las situaciones que previamente generaban conflicto.

# Tratamiento

- **FASE 3: SEGUIMIENTO.**

Una vez que se haya finalizado con éxito el tratamiento, Roberto podrá manejar de forma exitosa sus obsesiones. Le pedimos que acuda a consulta distanciando gradualmente las visitas en el tiempo (1 vez al mes, 1 vez cada 3 meses...) hasta que llegue al año y no sea necesario continuar el seguimiento si no surge ningún problema.

FIN