



UAI

Universidad Abierta Interamericana

Tesis de Especialización en Terapia Cognitiva

Sistematización de caso clínico de Trastorno Obsesivo Compulsivo

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas.

Director del posgrado: Prof. Dr. Andrés López Pells.

Alumno: José Rafael Barros.

Tutor de tesis: Esp. Lic. Ezequile Guerra.

Septiembre de 2021

Índice

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
TRASTORNO DE ANSIEDAD	6
CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)	8
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGÚN DSM- IV	9
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGÚN CIE-10 (OMS, 1992).	10
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL TOC	12
ETIOPATOGENIA	13
FACTORES PSICOSOCIALES	13
FACTORES GENÉTICO – HEREDITARIOS	13
FACTORES BIOLÓGICOS	14
EPIDEMIOLOGÍA	14
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	15
COMORBILIDAD Y TRASTORNOS ASOCIADOS	16
MODELOS COGNITIVOS EXPLICATIVOS DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	17
CONCEPTUALIZACIÓN CASO “GABRIELA”	21
DESCRIPCIÓN DEL CASO GABRIELA	26
TRATAMIENTO	28
TÉCNICAS	32
CONCLUSIÓN:	38
BIBLIOGRAFÍA	40

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo realizar una descripción del recorrido realizado en el proceso de formación de la Especialización en Terapia Cognitiva. Se utilizó como estrategia metodológica la Sistematización de Caso. El caso seleccionado es un Trastorno Obsesivo Compulsivo. Se realizó una descripción del caso clínico conceptualizado, las estrategias terapéuticas y los ejes de trabajo.

Se definió al TOC y sus características clínicas, se especificaron los modelos cognitivos explicativos del trastorno. Se describió el tratamiento cognitivo-comportamental. Se realizó una descripción del proceso terapéutico en el tratamiento cognitivo, exponiendo las técnicas, estrategias utilizadas y los factores que inciden en el resultado del tratamiento. A partir de la formación teórica, el entrenamiento en las técnicas cognitivas y la supervisión mejoraron mi desempeño como terapeuta.

Introducción

La presentación de este trabajo versa sobre el recorrido realizado en la Especialización en Terapia Cognitiva. La metodología de trabajo que se utilizó es la Sistematización de Caso, cuyo propósito es reconstruir la práctica y la teoría en una visión integradora del fenómeno, a partir de un proceso crítico y reflexivo de las experiencias vividas en el proceso de formación (Lopez Pell & Kasanzew 2007).

Me propuse como objetivo realizar una reflexión crítica sobre la práctica clínica ejercitada durante el proceso de formación de la especialización, y de esta manera poder examinar las intervenciones realizadas en el caso clínico abordado. Para tal motivo realizaré una descripción de mi recorrido, desde el ingreso hasta la finalización del posgrado, utilizando como disparador un caso clínico trabajado durante la formación de la especialización.

La decisión de iniciar este camino de formación académica, radicó en la necesidad de mejorar mis habilidades como psicólogo en el ejercicio de la psicoterapia, y sistematizar un modo de abordaje y entendimiento del funcionamiento de la mente humana.

El Dr. Héctor Fernández Álvarez (2011) define a la psicoterapia como un “conjunto amplio y diversificado de procedimientos psicológicos destinados a brindar ayuda a las personas cuyo sufrimiento tiene origen en un padecimiento innecesario o discordante con las expectativas correspondientes a la evolución dentro de un marco cultural determinado”

Se toma como punto de partida esta definición de psicoterapia teniendo en cuenta los factores comunes de la psicoterapia graficados en 5 (cinco) dominios: el modelo genérico; la alianza terapéutica; el modelo transteórico de cambio (Prochaska 1994); las habilidades de ayuda y el modelo de supervisión basado en el desarrollo. Los aspectos que enriquecieron mi formación durante el pos grado fueron: el de alianza terapéutica entendida como el elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio a partir de un acuerdo entre paciente y terapeuta (Bordin (1979), como así también el modelo transteórico de cambio de conducta que permite visibilizar el proceso de cambio, durante el proceso de psicoterapia, por el que atraviesa la conducta en las diferentes etapas propuestas por el modelo (Prochaska 1994).

El proceso de formación teórico-práctico requiere de un espacio de supervisión que posibilite al futuro especialista mejorar las competencias profesionales y la consolidación de un esquema de trabajo Fernández-Álvarez H. (2011). Durante la formación del posgrado conté con este espacio y esto me permitió fortalecer habilidades de intervención terapéutica. Lo que se propició en el espacio de supervisión fue el desarrollo de estrategias del supervisado y una reflexión crítica de la práctica; el supervisor centro su atención en las necesidades y requerimientos del supervisado durante el tramo formativo.

Al transitar el ejercicio clínico de la psicología, pude percatarme de la necesidad de adquirir herramientas de trabajo basadas en la evidencia y eficacia científica, que son pilares centrales en el corpus teórico del modelo cognitivo.

Miller (1990) propone unos parámetros para la adquisición de competencias de una técnica, estos son:

- A. Dominar los fundamentos, las indicaciones y contraindicaciones, los procedimientos y las formas de ejecución y las posibles complicaciones de la habilidad
- B. Haber observado como otra persona ejecuta la habilidad practica.
- C. El alumno debe ejecutar y poner en práctica la habilidad bajo supervisión.
- D. El educando debe lograr la autonomía sin necesidad de supervisión.

Gracias a estos parámetros de referencia, en el transcurso de la carrera de especialización pude hacer uso de los métodos de evaluación propuestos por Miller (1990).

En la figura 1 (uno) y en la 2 (dos) se pueden observar los niveles y sus respectivas estrategias de evaluación

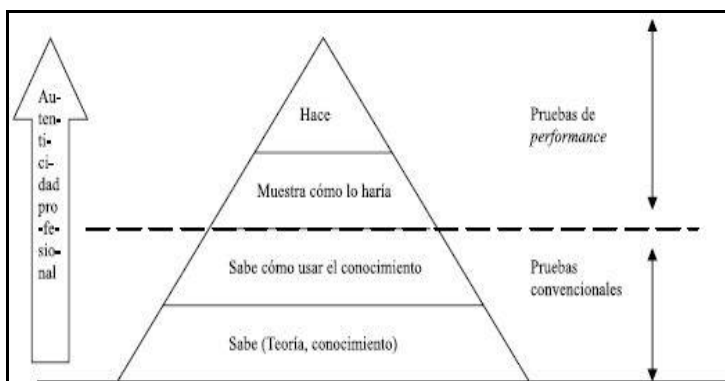


Figura 1: Tipos de evaluación acorde con los Niveles de competencia de Miller (1990)



Figura 2: Recomendaciones sobre formas de evaluación acorde con los Niveles de competencia de Miller (1990)

Al tomar contacto con las distintas técnicas psicoterapéuticas vistas durante la formación de posgrado, la técnica que requirió de reiteradas ejercitaciones para su correcta aplicación fue la flecha descendente Beck, J. (2000), tenía el conocimiento teórico de los pasos de ejecución, al momento de tener que llevarla a cabo tenía dificultades para diferenciar los supuestos de las reglas. Durante la supervisión pude comprender la diferenciación entre ambos y precisar su identificación en el discurso del paciente.

Luego de varios ensayos fui desarrollando mayor precisión al momento de conceptualizar los casos, esto me permitió mejorar en la construcción del diagnóstico y en las hipótesis de los problemas del consultante, como así también en el posterior tratamiento.

Trastorno de Ansiedad

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un posible daño o desgracia futura que va acompañada de un sentimiento desagradable (disforia) y/o síntomas somáticos que expresan tensión. La percepción del daño anticipado puede ser interno o externo, representa una señal de alerta que advierte sobre un peligro de carácter inminente y le posibilita a la persona que ponga en marcha medidas para hacer frente a la amenaza (Guía Práctica para el manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria 2008).

Es un estado emocional normal ante determinadas situaciones y se transforma en una reacción habitual en diferentes situaciones estresantes, cuando sobrepasa una determinada intensidad o supera la capacidad de adaptación de la persona es cuando deviene en patológica, generando malestar acusado con sintomatología que afectan al plano físico, psicológico y conductual (Guía Práctica para el manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria 2008).

Las causas de los trastornos de ansiedad no son del todo conocidas, pero se puede decir que se encuentran implicados factores bio-psico-sociales. Entre los factores de origen biológico se han registrado alteraciones en los sistemas gabaérgicos y serotoninérgicos, como así también disfunciones en el sistema límbico. Entre los factores ambientales se encontró la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor predisposición hacia la hipersensibilidad y una respuesta aprendida, en cuanto a los factores sociopsicológicos de riesgo para este cuadro se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias de vida amenazadoras y las preocupaciones excesivas por temas de la cotidianidad. Como factor predisponente se han identificado la influencia de los rasgos de personalidad (Guía Práctica para el manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria 2008).

Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.	Preocupación, aprensión.
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.	Sensación de agobio.
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
Respiratorios: disnea.	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria.

Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.	Irritabilidad, inquietud, desasosiego.
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor. Obsesiones o compulsiones.

(Guía Práctica para el manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria 2008)

Características del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

El origen de la palabra obsesión, que proviene del latín *obsidere*= asediar, investir, bloquear, fue utilizado en el año 1799 Wartburg, pero difundido muchos años más tarde por Luys (1833) y Farlet (1889). El psiquiatra francés Esquirol en 1938 se convirtió en pionero al realizar los primeros esbozos de las características de la obsesión (Vallejos Ruiloba 1998).

En Francia Esquirol en 1938 proporcionó los primeros datos de caso sobre esta problemática, y propuso el concepto de “monomanía” como una ideación delirante limitada a un solo tema donde queda incluido lo que actualmente se considera el TOC.

Morel en 1866 realiza una descripción de las obsesiones presentada bajo la denominación *délire émotif*. En 1877, Westphal ha contribuido en la descripción del trastorno al mencionar la presencia de ideas que irrumpen en la conciencia contra la voluntad de la persona, y el hecho de que las ideas son extrañas y anormales para el paciente (Vallejos Ruiloba 1998).

Durante el transcurso de la segunda mitad del siglo XIX en Alemania, Westphal, en 1877, plantea una conceptualización de las obsesiones: “ideas parasitas, las cuales, permaneciendo intacta la inteligencia, y sin que exista un estado emotivo o pasional, surgen ante la conciencia, se imponen a ella contra su voluntad, se atraviesan e imponen al juego normal de las ideas, y son, siempre, reconocidas por el propio enfermo como anormales, extrañas a su yo” (Vallejos Ruiloba 1998).

En el texto “Introducción a la psicopatología y la psiquiatría” de Vallejo Ruiloba (1998) se plantea la tensión que existe acerca de que si el TOC debe ser incluido en el trastorno de las neurosis o las psicosis. Según este autor el nexo del TOC con las psicosis se argumenta por los siguientes factores: a) actualmente se usa “psicosis obsesivas” para los cuadros obsesivos graves; b) la

absurdidad y carencia de sentido de muchos pensamientos obsesivos; c) la capacidad invasiva y destructiva del trastorno; d) la génesis del trastorno, a veces súbita, incoercible e incomprensible. En cuanto a los argumentos que incluyen al TOC dentro de las neurosis, menciona: a) la presencia de la conciencia de enfermedad.b) la falta de intencionalidad exterior (autorreferencia); c) la ausencia de deterioro; y d) el paciente que padece TOC generalmente lucha contra sus ideas que son intrusivas.

Criterios diagnósticos del trastorno obsesivo compulsivo según DSM- IV

El DSM-IV (APA, 1998) es un sistema de clasificación y de criterios estadísticos de los trastornos mentales que incluye al TOC dentro de los trastornos de ansiedad, en el eje uno (que corresponde a “trastornos clínicos”). Considera que la característica esencial del TOC es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente, lo suficientemente graves como para provocar: deterioro en la actividad general del sujeto, malestar clínicamente significativo, o pérdidas importantes de tiempo.

Criterios para el diagnóstico del TOC (DSM-IV)

A. Se cumple para las obsesiones y compulsiones:

Las obsesiones se definen por:

- 1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
- 2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- 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, imágenes o impulsos obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por:

1) comportamientos (por ejemplo, lavados de manos, orden, comprobación) o actos mentales (por ejemplo, contar, rezar 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.

B. En algún momento durante el curso del trastorno, la persona reconoce que sus obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Esto no se aplica a niños.

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

D. Si está presente otro trastorno del eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no está restringido a él (por ejemplo, arrancarse el pelo si existe tricotilomanía; preocuparse por la comida en presencia de un trastorno alimentario; preocuparse por la apariencia física en un trastorno dismórfico corporal; rumiaciones de culpa en presencia de un trastorno depresivo mayor).

E. No es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, medicación, drogas de abuso), o de una enfermedad médica.

Especificar:

Con poca conciencia de enfermedad: si durante la mayor parte del tiempo del momento actual, el sujeto no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Adaptado del DSM-IV (APA, 1998: 433).

Criterios diagnósticos del trastorno obsesivo compulsivo según CIE-10 (OMS, 1992).

En la CIE-10 se clasifica el TOC dentro de los trastornos neuróticos. Considera como característica esencial del TOC la presencia de pensamientos obsesivos o actos impulsivos recurrentes. Plantea que los pensamientos obsesivos son ideas, impulsos o imágenes mentales que irrumpen

reiteradamente en la actividad mental del sujeto. Se diferencia del DSM-IV, al considerar los pensamientos obsesivos como desagradables (por su contenido violento, o carente de sentido). Considera que en los casos de larga evolución, la resistencia de los pacientes (que suele darse en la mayoría de los casos) puede quedar reducida a un nivel mínimo. A su vez, también propone que existe una íntima relación entre los síntomas obsesivos y la depresión. Los pacientes con TOC a menudo presentan síntomas depresivos, y los sujetos con un trastorno depresivo recurrente, a menudo presentan pensamientos obsesivos. De esta manera, en ambos casos, generalmente el incremento o la disminución de la gravedad de los síntomas depresivos, se acompaña por cambios paralelos en la gravedad de los síntomas obsesivos (CIE-10. Clasificación estadística internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud).

Criterios para el diagnóstico del TOC (CIE-10)

Presencia de síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos, durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas. Deben ser una fuente importante de angustia o de incapacidad. Los síntomas obsesivos deben tener las siguientes características:

- a) son reconocidos como impulsos o pensamientos propios
- b) se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el paciente ya no se resista.
- c) la idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el alivio de la ansiedad o tensión no se lo considera placentero en este sentido)
- d) los pensamientos, impulsos o imágenes deben ser molestos y reiterados.

· Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas:

Pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos a actuar. Su contenido puede ser muy variable, pero casi siempre se acompañan de malestar subjetivo. A veces se caracterizan por una condición indecisa, que se acompaña por incapacidad para tomar decisiones necesarias en la vida cotidiana.

· Con predominio de actos compulsivos:

La mayoría de los actos compulsivos se relacionan con la limpieza, con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se ha evitado una situación potencialmente peligrosa, o con el orden y la pulcritud. Los rituales compulsivos pueden ocupar muchas horas de cada día y suelen acompañarse de una marcada incapacidad de decisión y de un enlentecimiento

· *Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos:*

La mayoría de los pacientes con TOC presentan tanto pensamientos obsesivos como compulsiones.

Esta subcategoría debe ser usada cuando ambos son igualmente intensos.

· *Otros trastornos obsesivo compulsivos*

· *Trastorno obsesivo compulsivo sin especificación*

Adaptado del CIE-10 (OMS, 1992: 180).

Manifestaciones Clínicas del TOC

El TOC es clasificado como un trastorno de ansiedad, debido a que las obsesiones generan e incrementan la ansiedad o incomodidad, mientras que las compulsiones suelen disminuir o aliviar la ansiedad o incomodidad. (Wilhelm, 2000).

De acuerdo a lo planteado por Vallejo Ruiloba (1998), la clínica del TOC se desarrolla en el pensamiento y/o en la acción. Los síntomas pueden aparecer: a) en situaciones especiales de la vida cotidiana, o b) acompañando otras patologías psiquiátricas o neurológicas (depresión, esquizofrenia, epilepsia, encefalitis), siendo la sintomatología del TOC secundaria a otra patología. Los pensamientos *obsesivos* se caracterizan por ser cogniciones o imágenes intrusas, persistentes, parasitas, repetitivas y egodistónicas. La persona la vivencia como extraños estos pensamientos, pero las reconoce como propias ya que posee conciencia de enfermedad (en algunos casos esta es muy pobre). Suelen ser de contenido negativo, y la persona luchan contra estas, pero cuanto más intenta alejarla de sus mente, su recurrencia incrementa. Las obsesiones generan interferencias en las áreas de la vida del sujeto, siendo la más afectada la del hogar (Vallejo Ruiloba 1998).

Según la *forma* las obsesiones pueden manifestarse en forma de: 1) impulsos obsesivos (agresivos o sexuales), también conocidos como fobias de impulsión (p. ej., miedo a dañar a personas queridas); 2) representaciones o imágenes obsesivas, poco frecuentes, pero de carácter ansiogeno; 3) temores obsesivos (ligados a la contaminación o a la dismorfofobia); 4) ideas obsesivas en forma de escrúpulos de limpieza, necesidad de orden y simetría; 5) dudas, fenómeno prototípico de la ideación obsesiva (Vallejo Ruiloba 1998).

Las *compulsiones* son conductas manifiestas o rituales cognitivos que se repiten una y otra vez, no son placenteras ni funcionales para la persona. Tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho que es objetivamente improbable que suceda.

Los rituales que se realizan están al servicio de prevenir el daño hacia uno mismo o hacia los demás. El comportamiento puede ser identificado como carente de sentido, lo que lleva al paciente a presentar cierta resistencia en su ejecución, pero en casos de larga evolución, ésta puede resultar nula (Vallejo Ruiloba 1998).

Las compulsiones que presenta la persona pueden ser secundarias a las obsesiones, entre un 20-30% de los pacientes con TOC, presentan obsesiones puras sin compulsiones (Vallejo Ruiloba, 1998).

En relación al *estado afectivo* del TOC, Vallejo Ruiloba (1998) plantea que la angustia es secundaria en el TOC debido a que es producto de las obsesiones y compulsiones, y no se presenta como núcleo primario del trastorno. Los estados afectivos que se asocian más frecuentemente con el trastorno son la tristeza, la inseguridad, la duda, la culpa y la incompletud.

Etiopatogenia

En lo que respecta a las posibles causas del cuadro, se propone una hipótesis polifactorial del TOC. La etiología del TOC es producto de la confluencia de factores psicosociales, biológicos y genéticos. En algunos casos predomina el componente genético hereditario, y en otros se observa una raíz más psicogenética (Vallejo Ruiloba 1998).

Factores psicosociales

Siguiendo lo planteado por Vallejo Ruiloba (1998) la persona que adquiere el TOC se desarrolla en ambientes familiar donde se remarcan los valores de la limpieza, religión, moral, orden o culpa. Existen ciertas características en las actitudes de los progenitores hacia sus hijos que influyen en la génesis del trastorno, estas son: actitudes de demanda y crítica, sobreprotección, perfeccionismo, actitudes de rechazo y actitudes evitativas del riesgo. (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998).

Factores genético – hereditarios

Existen influencias de factores genéticos en el desarrollo del TOC. Se observó que los gemelos monocigotos se presenta un mayor nivel de concordancia para el TOC que los gemelos dicigotos. Los parientes de primer grado de los pacientes con TOC, tienen mayor probabilidad de contraer el trastorno que otros parientes (Leahy y Holland, 2000).

Factores biológicos

La base biológica del cuadro se fundamenta desde el factor bioquímico, las personas con TOC presentan una disfuncionalidad en el sistema de transmisión de la serotonina. Desde la óptica neuroanatómica, existen irregularidades en los ganglios basales (especialmente el núcleo caudado), en la zona frontal orbitointerna, y en la estructura límbica. (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998).

Epidemiología

La distribución de los trastornos obsesivos entre la población que asiste a los servicios de salud mental se sitúa en el 1%, la prevalencia en la población en general varía del 1.9% al 3.2%. La distribución por sexo es similar, según estudios estadísticos se tiende a considerar que el cuadro obsesivo se presenta más bien en clases sociales medias a medias-altas. Existe una corriente teórica que considera que el TOC se da en sujetos con buena formación intelectual. Se observa un predominio del cuadro en sujetos solteros y entre los casados, desajustes de pareja. (Vallejo Ruiloba, 2007).

La edad de manifestación de la sintomatología es difícil de poder precisar por interferirse con los rasgos de personalidad, se podría ubicar un rango de edad entre los 20 (veinte) y los 40 (cuarenta) años de manera tal que las dos terceras partes de los casos muestran clínica activa antes de los 20 años y sólo un 15% sobrepasados los 35 años (Vallejos Ruiloba 2007).

El 90% de los sujetos que sufren TOC presentan tanto obsesiones como compulsiones comportamentales. Solo un 2% presenta obsesiones y rituales cognitivos (Franklin y Foa, 1998).

Los rituales de chequeo y limpieza suelen ser los más comunes (50% de los pacientes con TOC). De los sujetos que padecen TOC, se ve un 48% con rituales múltiples y un 60% con obsesiones múltiples. (Leahy y Holland, 2000).

Diagnóstico diferencial

No resulta complejo diagnosticar el TOC, los rasgos de personalidad obsesiva, el carácter intrusivo y parásito de las ideas que son reconocidas como propias, a pesar de aceptarse su absurdidad. La reiteración permanente de los temores, los actos y los pensamientos, el fracaso de las conductas de evitación, la omnipresencia de la duda sobre otros sentimientos y la conciencia de enfermedad son elementos necesarios para llegar a un diagnóstico correcto (Vallejo Ruiloba 1998).

La obsesión presenta áreas de solapamiento con otros cuadros, por eso resulta pertinente diferenciarlos:

- A. Ideas fijas: son preocupaciones reales que afectan a la persona. Son constantes como las ideas obsesivas, pero el sujeto no las percibe como extrañas.
- B. Ideas sobrevaloradas: no son extrañas al “yo” y se comprenden en función de la situación vital de la persona. Se caracterizan por tener una gran carga afectiva.
- C. Impulsiones: son propias de los trastornos neurológicos. Poseen las características de ser endógenas, automáticas e incoercibles, carecen de la complejidad ideativa y de la elaboración del pensamiento obsesivo. Pueden aparecer en una obnubilación transitoria de la conciencia y el hecho principal que los caracteriza es la acción motora y no el sentimiento de compulsión (Vallejos Ruiloba 2011).

El pensamiento obsesivo que caracteriza al TOC se debe diferenciar de las rumiaciones que son frecuentes en los trastornos depresivos, y de las preocupaciones excesivas que derivan de los problemas de la vida real, que son propias del trastorno de ansiedad generalizada. En los trastornos depresivos, las rumiaciones son congruentes con el estado de ánimo y se encuentran egosintónicas al yo. En el trastorno de ansiedad generalizada, se presentan preocupaciones que son realistas y sobre situaciones de la vida cotidiana. En cambio en el TOC las obsesiones son egodistónicas, son consideradas como irreales, y suelen ser resistidas por la persona que las padece. (Leahy y Holland, 2000).

En el caso que el contenido de los pensamientos obsesivos se relaciona exclusivamente con una temática que esté relacionado con otro trastorno mental (por ejemplo: trastorno dismórfico corporal, fobia específica, tricotilomanía, o hipocondría) se deberá diagnosticar ese trastorno

mental, en lugar del TOC. Se diagnostica también TOC cuando se presentan obsesiones o compulsiones adicionales (Leahy y Holland, 2000).

Cuando los pensamientos obsesivos no son reconocidos por la persona como improbables, exagerados o irreales, y si se caracterizan por ser bizarros y la obsesión adquiere dimensiones delirantes, se debe considerar el diagnóstico de trastorno delirante, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos. (Leahy y Holland, 2000).

Según el DSM-IV (APA, 1998) el TOC se diferencia del trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, o del trastorno de ansiedad relacionado con sustancias. Deben diagnosticarse estos dos últimos trastornos, cuando las obsesiones y compulsiones son consecuencia directa de una enfermedad subyacente, o cuando estos síntomas están etiológicamente relacionados con sustancias (drogas, fármacos o tóxicos), respectivamente. Se diferencia el TOC del trastorno de tics, del trastorno de movimientos estereotipados y del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. Finalmente, hace referencia a las supersticiones y comportamientos repetidos de comprobación. Considera que son frecuentes en la vida cotidiana. En estos casos, debe diagnosticarse el TOC, si significan una pérdida de tiempo, o dan lugar a un deterioro de la actividad global, o un malestar clínicamente significativo.

Comorbilidad y trastornos asociados

El TOC se encuentra relacionado con una variedad de trastornos del eje uno del DSM-IV, estos son: trastornos de ansiedad – fobia específica y trastorno de pánico especialmente (Leahy y Holland, 2000) -; trastornos depresivos – la depresión es la patología concurrente más frecuente en el TOC, 28-38% de pacientes con TOC la padecen (Leahy y Holland, 2000) -; abuso de alcohol, trastornos de la alimentación, síndrome de Tourette - 5-7% de pacientes con TOC también padecen de este trastorno (Leahy y Holland, 2000) -, trastorno dismórfico corporal, hipocondría y esquizofrenia.

Los trastornos de personalidad con mayor prevalencia con el TOC son el trastorno evitativo, dependiente, histriónico y esquizotípico de la personalidad (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998). sujetos con TOC.

Modelos cognitivos explicativos del trastorno obsesivo compulsivo

El modelo cognitivo plantea que las valoraciones subjetivas de miedo son producto de creencias erróneas y de pensamientos irracionales, las conductas compulsivas tienen la función de reducir la amenaza a la que el paciente le teme. El estilo cognitivo de las personas que sufren de TOC se caracteriza por: 1) Necesidad de conocer señales anticipatorias de control; 2) garantía total de que el control no se perderá; 3) nula intolerancia a la incertidumbre; 3) temor al descontrol emocional; 4) atribuciones supersticiosas. Las hipótesis cognitivas sugieren que las personas interpretan de manera catastrófica los eventos de la vida cotidiana, y adoptan actitudes de responsabilidad con el fin de neutralizar dichas ideas mediante conductas (lavado de manos, orden) o rituales mágicos de pensamiento (decir frases o palabras) (Vallejo Ruiloba 2011).

Los síntomas característicos del TOC se debe a dos factores: (1) las valoraciones irreales que la persona hace sobre la posible amenaza o catástrofes (b) evaluaciones desajustadas acerca de su capacidad para enfrentar dichas amenazas. Frente a esto se produce una respuesta de miedo y las compulsiones están al servicio de reducir el malestar que genera el miedo.

(Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Según Bellack, Hersen y Salkovskis (1998) las personas con TOC evidencian disfunciones en la organización e integración de la experiencia. Estas son:

- a) dificultad para lograr una discriminación entre estímulos relevante de los irrelevante
- b) limitaciones en la toma de decisiones.
- c) déficit en el almacenamiento de la información en la memoria a largo plazo,

Los pacientes han aprendido que algunos pensamientos son peligrosos e inaceptables, los cuales intenta evitar o suprimir cuando aparecen. La recurrencia de los pensamientos incrementa la ansiedad, esto provoca emociones negativas y una sensación de falta de control. De esta forma, se constituye un círculo vicioso, donde la atención se centra en los pensamientos intrusivos que terminan convirtiéndose en estímulos discriminativos generadores de ansiedad. El contenido de las obsesiones está determinado (Barlow 1995).

Salkovskis (1998) plantea una marcada responsabilidad en relación al control de las intrusiones de daño y de sus posibles consecuencias, destaca una interpretación inadecuada de los pensamientos intrusivos. La aparición de pensamientos intrusivos en presencia de creencias disfuncionales cumple un papel central en la activación de la sintomatología del TOC.

Las valoraciones cognitivas distorsionadas de riesgo y responsabilidad por posibles daños constituyen el eje central para comprender el desarrollo de los síntomas del TOC, la interpretación de los pensamientos intrusivos, como posible responsabilidad personal en relación al daño para sí mismo u otros, es crucial para aumentar el malestar y la ansiedad, incrementando a su vez los pensamientos intrusos y las conductas neutralizadoras (Salkovskis 1998).

Las personas experimentan pensamientos intrusos, imágenes e impulsos no deseados que guardan similitud a los pensamientos de los sujetos que experimentan TOC. La diferencia que existe entre un pensamiento intruso y una obsesión radica en la forma en que se interprete, cualquier pensamiento negativo puede devenir en una obsesión, siendo suficiente para ello que la valoración de dicho pensamiento genere en el individuo un alto grado de responsabilidad personal (Navarro 2015).

Se observan dos procesos en la conformación de la obsesión: una es la percepción exagerada de la responsabilidad personal, y la otra es el uso de neutralizaciones. La idea asociada a la posibilidad de causar daño a terceros, debido a no haber sido capaz de evitar y anticipar dicha posibilidad, podría ser la creencia más característica del TOC, frente a otros trastornos de ansiedad. Cuando una persona intenta llevar a la práctica esta idea sufre emociones negativas como culpa, malestar o angustia. Como consecuencia surgen las compulsiones con el fin de aliviar el malestar (Navarro 2015).

El modelo de Rachman (2003) parte de la premisa de que los pensamientos intrusos son universales, pero se transforman en obsesiones cuando se interpretan erróneamente como acontecimiento personal significativo y potencialmente amenazante. Las obsesiones se mantendrán en el tiempo mientras se mantengan las interpretaciones erróneas, y tenderán a mermar cuando se reestructuren esos errores. El significado que se le atribuye a la idea intrusiva puede provocar consecuencias negativas graves, pueden provocar la pérdida de control, un daño potencial a otras personas, un acto violento o imprevisible. De este modo, los pensamientos generan angustia y temor, resultando que el individuo intenta eliminarlos mediante la evitación cognitiva.

La comprobación compulsiva se produce y mantiene cuando las personas perciben mayor responsabilidad para prevenir el daño, pero se sienten inseguros en cuanto a su capacidad para reducir o eliminar ese daño, para estar seguros de que una consecuencia negativa no se produzca, desencadenando comprobaciones recurrentes. La comprobación no proporciona el nivel deseado de certeza de que la probabilidad de un daño futuro a sí mismo o a los demás ha sido eliminada, ya que la certeza para eventos futuros es difícil de alcanzar. De esta forma la comprobación se mantiene indefinidamente (Navarro 2015).

Figura 3. Modelo de explicativo de Salkovskis. Adaptada de Belloch, Sandin y Ramos (1995), Herranz Rodríguez (1999)

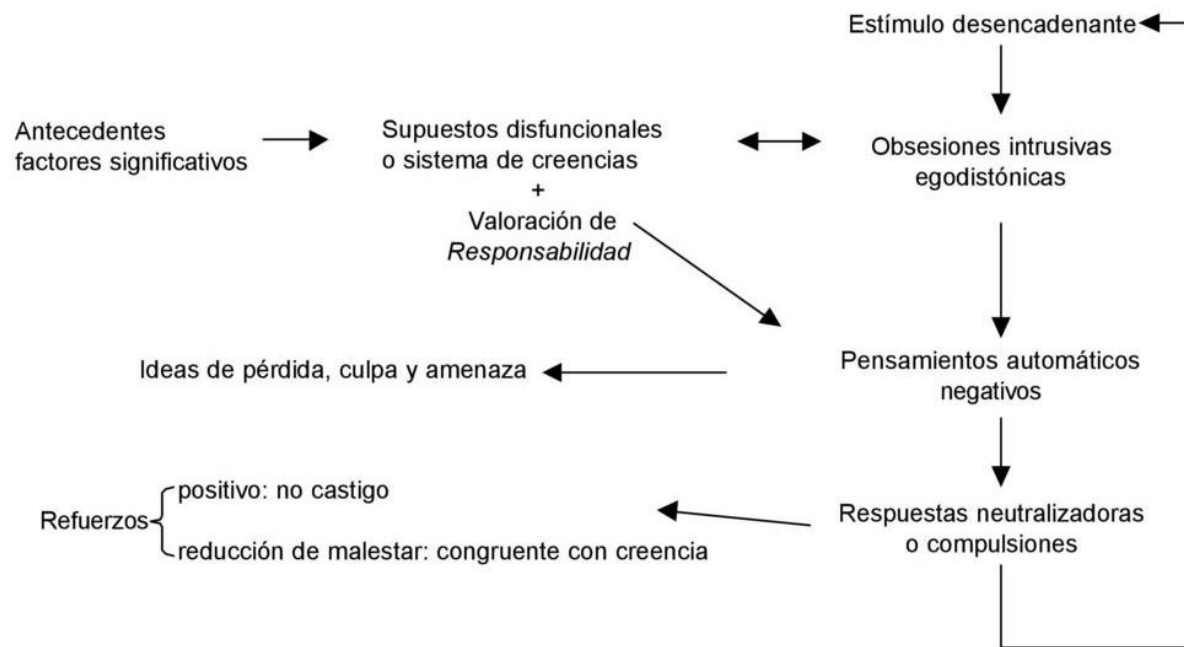
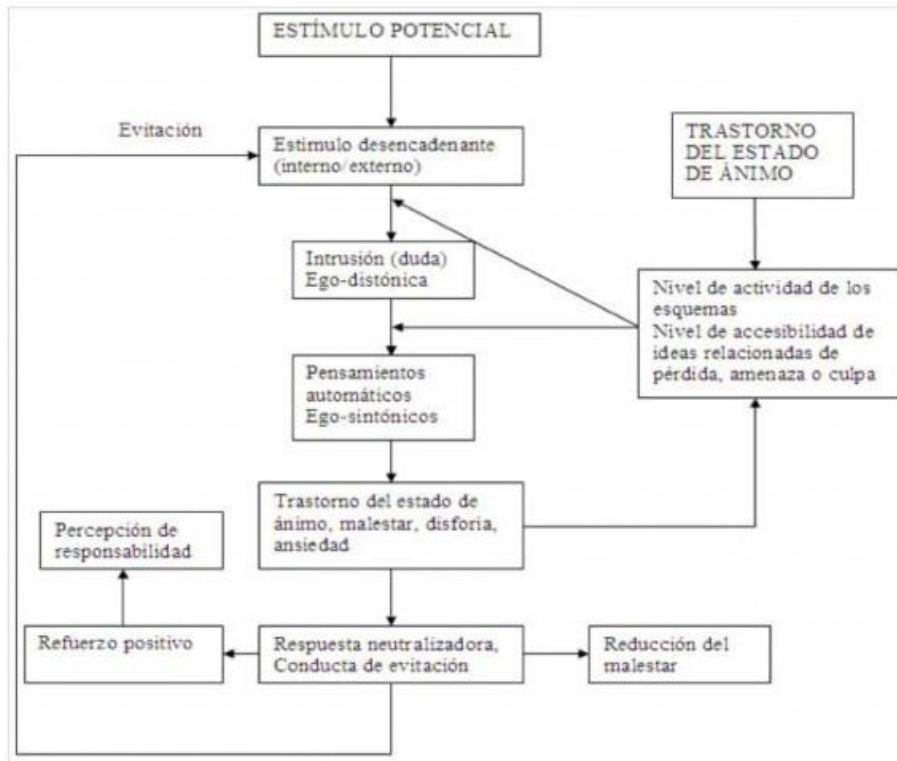


Figura 2.
Factores cognitivos y conductuales implicados en el mantenimiento y modulación del trastorno
obsesivo-compulsivo (Salkovskis, 1985).



Conceptualización caso "Gabriela"

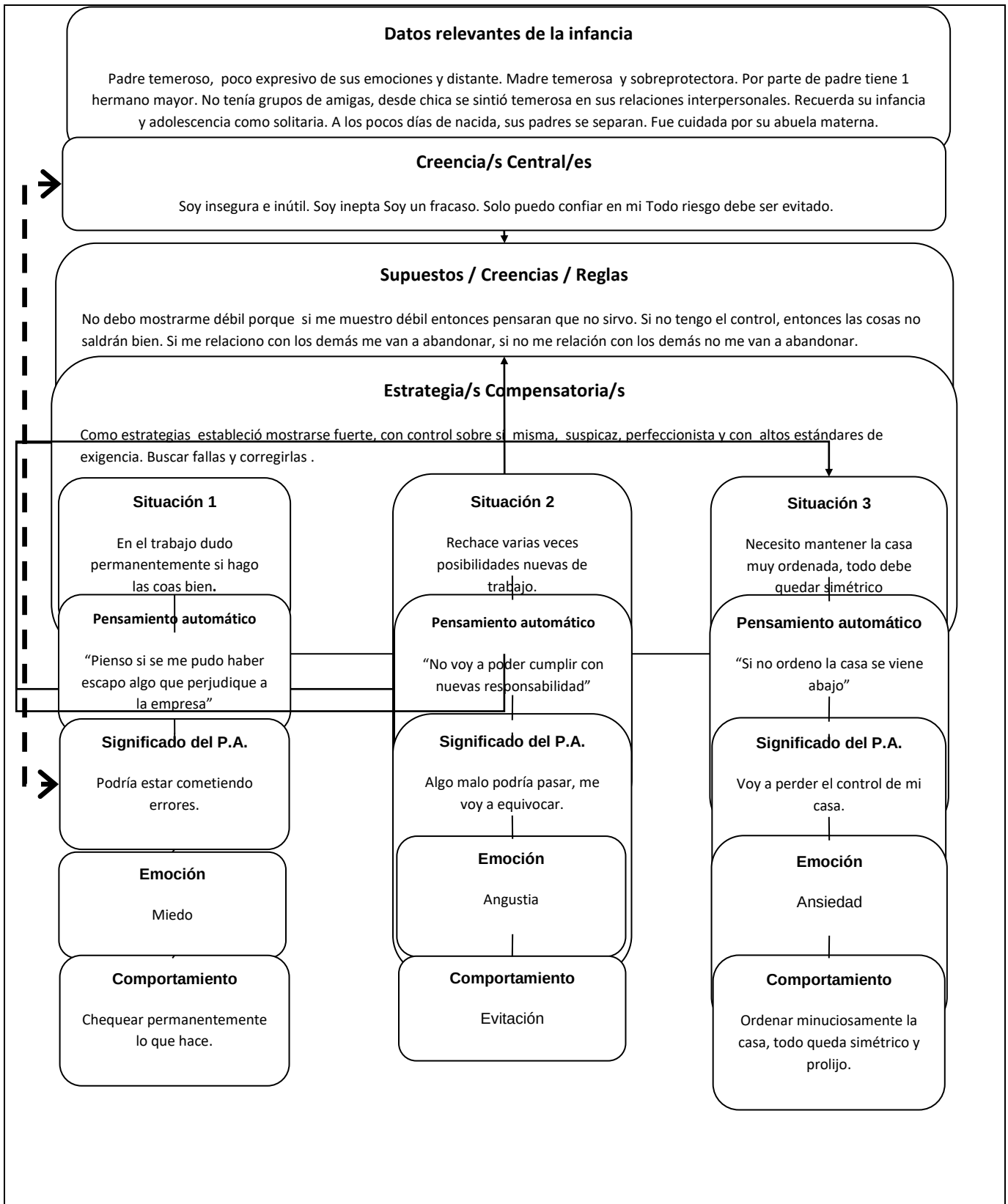


Diagrama de formulación inicial de caso y plan de tratamiento de Persons (2008).

Nombre y otros datos identificatorios:

Gabriela tiene 30 años y vive en el barrio de Belgrano de CABA. De profesión Lic.en Administración de Empresas, padre médico y madre abogada.

A) Lista de problemas

1. Dudar y tener dificultades para tolerar la incertidumbre.
2. Necesidad de tener las cosas ordenadas y simétricas
3. Estrés intenso cuando los objetos no están ordenados o posicionados de cierta manera
4. En el trabajo duda si hace las cosas bien.
5. Problemas con la novia que se queja de su comportamiento
6. Dificultades para integrarme a mi grupo de amigos porque me aísla.

B) Diagnóstico

Eje I: (F42.8) Trastorno Obsesivo Compulsivo (300.3)

Eje II: aplazado.

Eje III: aplazado.

Eje IV: aplazado

Eje V: (EEAG 70) puntos.

C) Hipótesis de trabajo

Al menos tres situaciones problemáticas típicas, con sus pensamientos automáticos, emociones, conductas y significado que les da (Beck).

1. En el trabajo dudo permanentemente si hago las cosas bien. **PA:** pienso si se me pudo haber escapado algo que perjudique a la empresa. **Emoción:** miedo. **Conducta:** Chequear permanentemente lo que hace. **Significado:** Podría estar cometiendo errores.
2. Rechace varias veces posibilidades nuevas de trabajo. **PA:** No voy a poder cumplir con nuevas responsabilidades. **Emoción:** Angustia. **Conducta:** Evitación. **Significado:** algo malo podría pasar, me voy a equivocar.
3. Necesito mantener la casa muy ordenada, todo debe quedar simétrico. **PA:** Si no ordeno la casa se viene abajo. **Emoción:** ansiedad. **Conducta:** Ordenar minuciosamente la casa, todo queda simétrico y prolijo. **Significado:** Voy a perder el control de mi casa.

C1) Creencias Intermedias (supuestos y estrategias):

- 1) Tendría que hacer las cosas bien para sentirme segura.
- 2) Quisiera manejar mis pensamientos para tener control sobre mí misma.
- 3) Desearía invitar a mis amigos a casa porque no van a desordenar.

C2) Creencias nucleares con respecto a:

- a) sí mismo: soy insegura.
- b) los otros: me ven incompetente.
- c) la vida: es una experiencia difícil y peligrosa.
- d) el futuro: es incierto.

C3) Orígenes de estas creencias:

La hipótesis que se propone es que la posible génesis del cuadro podría estar asociado a la propia experiencia; progenitores temerosos, con conductas de sobreprotección, familia aislada a nivel social que conlleva un aprendizaje por modelos deficitario y una falta de oportunidades de interacción social. Experiencias negativas en situaciones sociales (factores estresantes), primero en el colegio soportando rechazo y marginación y luego más tarde, en la adolescencia.

Estos son los factores que originaron el problema, pero, ¿cómo se mantiene?: al anticipar o exponerse a situaciones que el paciente interpreta de manera catastrófica, como por ejemplo: dudas permanentes en el trabajo si hace las cosas bien, necesidad de orden en el domicilio.

Se activan una serie de supuestos disfuncionales que la lleva a asumir actitudes de responsabilidad para neutralizar tales ideas. Percibe las situaciones disfuncionales de referencia como amenazantes y que debe recurrir a las compulsiones para reducir el malestar que estas le generan, lo cual le produce una intensa respuesta de ansiedad en sus tres niveles; a nivel físico: ruboración facial, sudoración, tensión muscular, disnea, taquicardia, a nivel cognitivo: focalización de la atención en sus propios síntomas de ansiedad e ideación catastrófica, y a nivel conductual; evitación total o parcial de tales situaciones. Con la evitación se reduce la ansiedad a corto plazo, pero no es posible poner a prueba los supuestos disfuncionales, y con el escape de tales situaciones con altos niveles de ansiedad, disminuye a corto plazo la ansiedad, pero aumenta a medio y largo plazo. A través de estas experiencias aversivas se van reforzando a lo largo del tiempo los supuestos subyacentes y se

va agravando su respuesta de ansiedad. Las consecuencias son, entre otras, baja autoestima, humor disfórico, menos contactos sociales, deterioro del rendimiento social y laboral y menores posibilidades de establecer relaciones de amistad.

Estos síntomas logran formar o estructurar esquemas mal adaptativos tempranos fortaleciendo creencias intermedias como lo son el control, auto exigencia y el perfeccionismo. Estas creencias son el centro del trastorno obsesivo compulsivo.

C4) Precipitantes (y si es un trastorno crónico, qué precipitó la consulta)

Temor a cometer errores.

C5) Situaciones activadoras

Cuando tiene que llevar a cabo las tareas laborales cotidianas y cuando realiza la limpieza de su hogar.

C6) Resumen de la Hipótesis de Trabajo

Desarrollar un estilo de pensamiento y afrontamiento que le permita al paciente abandonar un tipo de creencia detallista, egocéntrica y dubitativa, como así también eliminar las compulsiones y desarrollar conductas ajustadas al contexto.

Esto posibilitará que sus interacciones sociales le generen más confianza, aceptación de sí misma y mejoría en su calidad de vida.

D) Fortalezas y ventajas del paciente:

Como fortaleza reconoce su queja subjetiva y solicita tratamiento psicoterapéutico. Presenta motivación para el cambio en sus cogniciones y conductas, así como también se construyó una buena alianza terapéutica que posibilita que las intervenciones tengan buenos resultados.

Como desventajas se encuentra la baja tolerancia a la frustración y la visión de sí misma como carente de recursos.

E) Plan de Tratamiento

E1. Objetivos y cómo se los medirá

- A. Modificar la valoración del riesgo, la responsabilidad excesiva y la tendencia de sobrestimar la probabilidad de daño que tiene la paciente.
- B. Se incentivará a la paciente a que valore las probabilidades reales de daño y su responsabilidad real en la producción de este.
- C. Modificar las anticipaciones e interpretaciones negativas que contribuyen a mantener la ansiedad.
- D. Aprender a concentrarse en la tarea en vez de atender a las sensaciones internas y pensamientos negativos.

- E. Reducir las conductas de evitación y escape y potenciar interacciones sociales más ajustadas.
- F. Aumentar la autoestima.
- G. Conocer el funcionamiento de su estructura cognitiva.

E1.2 Se los medirá:

Registros de conductas y pensamientos automáticos al comienzo de la terapia, durante y al final de la misma. Formulario de Creencias Centrales al comenzar la terapia, durante y al finalizar la misma. Escala de Ansiedad de Hamilton al comienzo, a mitad del tratamiento y al final del mismo.

E2. Formato y frecuencia:

Se aplicara el modelo Cognitivo Comportamental. Frecuencia de una (1) hora y una vez por semana.

E3. Intervenciones que se utilizarán

Se aplicara el diagrama de cómo se perpetúan los síntomas y los pensamientos durante las primeras sesiones y se volverá a explicar el modelo las veces que se requiera.

Se utilizará la reestructuración cognitiva para flexibilizar creencias disfuncionales a través de autorregistros de pensamientos automáticos, supuestos y creencias intermedias, factores de mantenimiento, y creencias centrales, con el fin de identificar las distorsiones cognitivas y los sesgos cognitivos que presenta el paciente. Técnica de búsqueda de soluciones alternativas. Exponerse en imaginaria y en vivo y no llevar a cabo el ritual (exposición y prevención de respuesta). Entrenamiento en solución de problemas. También se utilizara la flecha descendente. Refutación. Reforzamiento de las conductas alternativas. Refuerzo positivo. Se aplicara el método de evaluación funcional. Técnica toma de decisiones (análisis de ventajas y desventaja). Respiración diafragmada. Tareas en el hogar. Validación emocional.

E4. Otros tratamientos que hacen falta

Al momento de la evaluación el paciente no necesita interconsulta con otro dispositivo de abordaje.

E5. Obstáculos que se anticipan en el curso de la terapia

Que no se logren cambios cognitivos y conductuales a corto plazo y que la paciente pierda la esperanza de lograr un cambio y abandone el tratamiento.

Descripción del caso Gabriela

La paciente, a la que llamaremos “Gabriela”, llega a consulta derivada por su médico. Es una mujer de 30 años de edad, profesional, trabaja en una empresa multinacional, vive con su novio en el barrio de Belgrano y sin hijos.

Motivo de consulta: “tengo problemas con mi novio, que se queja de mi carácter, y en el trabajo dudo si hago las cosas bien, esto me da mucha angustia e inseguridad, entonces chequeo lo que hago, de mi sector soy la ultima en irme y cuando llego a mi casa necesito abrir y cerrar dos veces la puerta porque algo malo puede pasar en el trabajo que pueda perjudicar a la empresa. Si llego a cometer un error en mi trabajo se darán cuenta que soy una inepta y me despedirán. Tengo unos osos de peluche, algunos de cuando era chica, los ordeno y limpio casi todos los días. Mi novio Martin dice que ocupan mucho lugar, yo sigo comprando pero se los oculto. Soy muy puntillosa con el orden, por ejemplo con mi vestimenta me visto siempre en orden ascendente y coloco la ropa en la cama ordenada milimétricamente antes de vestirme. Consulto ahora porque no estoy teniendo una buena relación con mi novio, discutimos mucho cuando me pongo muy rígida con mis rituales de orden, limpieza y control. En el trabajo me ofrecieron un ascenso y lo rechace porque tengo miedo, no voy a poder cumplir con tanta responsabilidad, temo equivocarme. Me genera angustia todo esto, vivo con la sensación de que algo malo pase”.

Llega a la primera consulta sola, aspecto personal cuidado, realiza contacto visual fijo,, euprosexica, lenguaje claro y coherente, presenta contenido de pensamientos con ideas obsesivas.

Historial del problema actual: la paciente reporta que su cuadro se intensificó desde el 2015 al momento de cursar el último cuatrimestre de su carrera, cuando la madre se fue a vivir a Canadá y se quedó viviendo sola en la ciudad, refiere que: “sentía que si no realizaba mis rituales algo podría salir de control”, manifiesta que si algo no era como lo esperaba, su estrés se disparaba y tenía que hacer su ritual de limpieza con autocríticas negativas como: “no lo hago bien, soy inútil, por eso mama me abandona”, agrega que en este cuatrimestre tuvo muchas dificultades como estudiante, relata tener días “de mucha ansiedad y días más tranquilos”.

Al momento actual de consulta Febrero de 2020, Gabriela presentaba los siguientes síntomas: a) emocionales: estrés, cansancio, frustración, duda, miedo, ansiedad; b) cognitivos: obsesiones sobre desempeño laboral, obsesiones sobre su funcionamiento social y de autoagresión; c) conductuales: rituales de limpieza, verificación, control y autocrítica; d) estresores ambientales: desafíos laborales (pensamiento intrusivo de pérdida del control en su trabajo), relacionarse con

su grupo social y con su novio. En la infancia comenzó con las compulsiones de comprobación dado que refería que “tenía que comprobar que las puertas estuviesen cerradas 4 (cuatro) veces para calmarme” o lavarse las manos entre 2 y 3 veces luego de realizar cualquier tipo de actividad por insignificante que fuera, dado que sufrió de obsesiones de contaminación.

A sus 18 años empieza a tener preocupación por su problema de ansiedad, comienza a realizar tratamiento psicológico pero lo deja a los cuatro (4) meses. A los 20 años de edad inicia nuevamente tratamiento y a mes, cambia nuevamente de terapeuta con seguimiento de 2 veces al mes deja de asistir a terapia. A los 30 años (edad actual) retoma terapia y asiste a consulta hasta el día de la fecha.

Historia personal y social: es hija única de padre y madre, sin embargo, por parte de padre tiene un hermano mayor. A pocos días de nacida, sus padres se separaron. Al referirse a su padre, manifiesta que lo ve esporádicamente y lo describe como una persona distante y poco afectivo. A su madre, la describe como una persona autoritaria, severa e inflexible, también que pasaban muy poco tiempo juntas debido al horario laboral de la madre. De forma general describe su infancia como una etapa en la que fue muy temerosa, fue cuidada por su abuela materna y no tiene buenos recuerdos de ella ya que según los dichos de Gabriela no tenía buenos tratos para con ella. Manifiesta que a partir de estas experiencias no tan gratas de su infancia desde dichas experiencias comenzó a tener la idea de que las personas solo le hacían daño.

A nivel social era una persona, tímida, aislada y reservada. Del relato se desprende que ha tenido comportamientos compulsivos durante la infancia “tenía que comprobar que las puertas estuviesen cerradas 3 veces para calmarme”, presento ideas de contaminación y como acto compulsivo se lavaba las manos aproximadamente 2 o 3 veces al día.

Al referirse a su adolescencia la describe como una etapa de miedo al contexto en general, pocos amigos y rechazo a su imagen corporal y de acentuación de sus obsesiones y compulsiones. Debía verificar seis (6) veces al día la puerta de entrada a la casa porque tenía ideas de que alguien entraría a la misma. En el área académica tuvo buenos resultados, destacándose por encima de sus compañeros

A los 18 años comienza a estudiar Licenciatura en Administración de Empresas en una universidad privada, recibió el apoyo de ambos progenitores. Los primeros tres años transcurrieron sin mucho sobresalto, sus obsesiones y compulsiones se mantuvieron estables. Se pone de novio con un compañero de la facultad de nombre Martin. Se pudo integrar socialmente con sus compañeros

de curso. En el último cuatrimestre de la carrera se intensificaron las obsesiones y compulsiones debido a que su madre se va a vivir fuera del país, intensificándose los rituales de limpieza y comprobación. Comienza terapia pero al poco tiempo la deja.

Finaliza su carrera universitaria e ingresa a trabajar en una importante empresa, durante los primeros meses se desenvolvió sin mayores dificultades. Hubo una situación laboral que la desajustó, discutió con un compañero de trabajo por un cambio de turno, necesitaba hacer unos trámites pero su compañero no accedió a dicho cambio; antes esta situación se dispararon los siguientes pensamientos ¿algo hice mal para que no me haga el favor de cambiar el turno?

Se va a vivir con su novio a inicios del 2019, durante los primeros meses no tuvieron sobresaltos, a partir de fines de ese año se intensificaron las obsesiones y las compulsiones en Gabriela tensando el vínculo entre ambos.

La paciente establece un tipo de funcionamiento en las diferentes áreas de su vida en las que desarrolla reglas rígidas que le permiten sentirse segura, como por ejemplo: no debo mostrarme débil, debo tener el control, todo tiene que salir perfecto, debo evitar equivocarme. Se puede identificar en el caso 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 saldrán mal, es terrible que me muestre débil; como estrategias estableció para su protección mostrarse fuerte, el control, el perfeccionismo y la auto exigencia.

Tratamiento

En el inicio del tratamiento, las primeras intervenciones fueron orientadas a formar una alianza terapéutica (Bordin, 1979). En las dos primeras sesiones se realizó la identificación de los problemas cognitivos, conductuales, emocionales, fisiológicos y los estresores ambientales con el objetivo de realizar una devolución a la paciente sobre el impacto que tiene esto en su vida.

Gabriela poco a poco me va contando sobre su infancia y sobre las características de su funcionamiento familiar y la relación con sus padres y su novio. Se indaga sobre las diferentes áreas de su vida con la finalidad de construir una hipótesis de trabajo, y una vez recogida la información pertinente para la realización del diagnóstico, se le explica a la paciente que su queja subjetiva es compatible con un padecimiento mental denominado TOC según el DSM-IV. Frente al diagnóstico aparecen emociones como angustia, tristeza y enojo con ella misma por lo que le

toca vivir. Se aborda la situación en base a la validación emocional y se ayuda a la paciente para que pueda ir procesando y aceptando el diagnóstico. Se trabajan posteriormente con Gabriela las situaciones que desencadenan las crisis de desajuste emocional (obsesiones y compulsiones) y conductual.

Una vez instruido el proceso de psicoterapia siguieron los desajustes emocionales los dos primeros encuentros, la primera intervención fue orientada a la disminución de la sintomatología ansiopatógena propia de su cuadro de base, utilicé los ejercicios interoceptivos de acuerdo a lo planteado por Fernández Álvarez (2011), y posteriormente psicoeducación para incidir sobre los pensamientos automáticos distorsionados. Dado al estado emocional en el que se encontraba, decidí utilizar una técnica conductual con el fin de estabilizar a la paciente y así poder utilizar posteriormente técnicas cognitivas.

El plan de tratamiento consistió inicialmente en intentar disminuir la sintomatología disfuncional del TOC, para ello se realizó psicoeducación sobre su diagnóstico de bases y sobre el modelo cognitivo. Se le explica el papel que cumplen los pensamientos automáticos en el comportamiento, se aplica la técnica de la refutación cuando le hace demandas a su novio sobre la base de los “deberías ser más limpio y ordenado “. Se insta a cuestionar los pensamientos automáticos y a corroborar el efecto de estos en sus emociones y acciones, se la alienta a que forme juicios en base a un pensamiento más racional y se indaga sobre el origen de sus creencias intermedias, y luego sobre los componentes de mantenimiento y refuerzo y se le indico los pasos para cuestionarlas. Se trabajó sobre la detección de pensamientos obsesivos con el objetivo de la disminución de síntomas ansiosos y compulsivos. Se implemento el método de exposición y prevención de la respuesta (Milténberger 2012), para reducir estos síntomas mediante la confrontación de pensamientos que activan el componente ansioso con el objeto de disminuirlos, los resultados fueron positivos. Un ejemplo de esto fue: dado que tenía rituales de verificación, como chequear que la puerta estuviera cerrada con llave, en el consultorio imaginamos que la puerta del mismo estaba sin llave, pudo tolerar el malestar que la idea obsesiva le disparo “si no cierro la puerta con llave tres veces algo malo va a pasar”. Al finalizar la sesión Gabriela refiere “pude hacerlo, me aguante la ansiedad y nada terrible ocurrió”, el miedo manifestado por la paciente fue menos intenso que en situaciones anteriores de su vida cotidiana. Se le reforzó positivamente la conducta con un reforzador social. Cada logro, por más que sea parcial, alienta al

paciente a seguir trabajando. El sentido de agencia mejora la autoestima y da esperanza para seguir trabajando en el proceso de cambio.

Se aplicó la técnica de búsqueda de soluciones alternativas para que la paciente encuentre otras interpretaciones o soluciones a sus problemas. Se definió la situación problema “tengo miedo de fracasar en el trabajo y no se lo quiero contar a mi novio para que no lo tome a mal”, se ensayan con la paciente soluciones alternativas al problema referido y se decidió que la paciente le diga a su novio que tenía miedo a fracasar por su exigencia, la misma refiere “me tranquilizo decírselo, él me ayudó y me contuvo”.

Se le enseñó a Gabriela a que maneje la respiración profunda o diafragmática, para que controle sus emociones cuando se enfrenta a situaciones que le disparaban ansiedad, en una ocasión la paciente recurrió a esta técnica cuando sorpresivamente su jefe la llamó a una reunión, la interpretación que hizo fue la llamaban para echarla del trabajo porque seguro que en algo se equivocó. Utilizó esta técnica y pudo tranquilizarse y mantener la reunión con su jefe con niveles de ansiedad tolerables.

Se propuso como parte de la intervención a) disminuir la valoración negativa de los pensamientos obsesivos; d) eliminar la frecuencia y/o la duración de las conductas de evitación; c) modificar ideas disfuncionales relacionadas con la sobrevaloración del peligro o amenaza; e) aumentar la conciencia de la persona sobre los elementos que están funcionalmente relacionados con el problema, con el fin de prevenir recaídas, promoviendo que pueda aplicar estrategias más eficaces para afrontar los problemas y estresores cotidianos.

Se le explicó a la paciente que los pensamientos automáticos que la afectan se derivan de creencias que están arraigadas en su mente y que son construidas durante la infancia temprana. Se le enseñó a que pudiera identificar estas creencias y entender el origen de ellas en su propia historia de vida, con el fin que estas puedan ser cuestionadas de manera más racional cada vez que se presente la sintomatología del TOC.

Se le enseñó la técnica del registro del pensamiento (Fernández Álvarez 2011) y se le pide que ejemplifique una situación que le cause tensión: 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 explicita de la manera que lo entendió, la paciente comprende que sus pensamientos influyen en sus emociones y su forma de comportarse; se le solicita a la paciente que utilice este mismo esquema como forma de registro de pensamientos automáticos y como

tarea para registrar situaciones específicas durante la semana. En la sesión siguiente se le solicita a la paciente la tarea (registro del pensamiento) indicada la sesión anterior, se revisan conjuntamente y se establecen reflexiones sobre su aplicación. Se le pregunta a la paciente cual fue la situación que le generó un incremento de sus síntomas, la paciente refiere la salida al cine ya que no pudo tener las situaciones sociales bajo su control, por ejemplo la demora en la fila de acceso a la sala donde proyectaban la película. Se le explico 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 sus pensamientos automáticos a pensamientos más racionales y objetivos ayuda a modificar las emociones y por consiguiente la forma de actuar ante dicha situación. Se le explica la diferencia entre los pensamientos obsesivos y los pensamientos automáticos; se le solicita a la paciente que realice una retroalimentación de la sesión, manifiesta sentirse a gusto con el espacio de terapia y para finalizar se le deja la tarea de registro de pensamiento automáticos.

A medida que avanza el tratamiento se trabaja conjuntamente con la paciente con el objetivo de que cuestione la validez de sus pensamientos automáticos, identificar distorsiones cognitivas (Fernández Álvarez 2011) y como se relaciona con sus pensamientos obsesivos. Se revisan las tareas asignadas, se realiza una exploración de los pensamientos automáticos y se le enseña a evaluar la validez de estos pensamientos por medio de las preguntas socráticas y a reconocer las distorsiones cognitivas.

Se continúa revisando, en las diferentes sesiones, el registro de pensamientos y se le pregunto a la paciente de forma objetiva cual fue la situación que generó un aumento de sus síntomas en los últimos diez días, lo cual la paciente refiere una conversación que tuvo con su novio, se tornó incomodidad para la paciente debido a que el novio le cuestiono su orden estricto dentro del hogar y las discusiones que esto trae. Esta situación le genera Gabriela un aumento de los síntomas ansiosos porque teme que su novio corte la relación, frente a esta situación estresante se hace uso de las preguntas socráticas para poner a prueba la validez de dichos pensamientos, de tal modo que la paciente pueda realizar una nueva construcción de pensamientos más justados a dicha situación. Se le explica que son las distorsiones cognitivas y el papel que juegan en su cuadro de base, se le enseña a identificar las distorsiones cognitivas y evaluar su validez. Se identifican en la paciente las siguientes distorsiones: sobregeneralización, los deberías,

personalización, pensamiento dicotómico. Se le explica a la paciente como estas distorsiones perpetúan su trastorno y cómo influyen en sus emociones

Se solicita a la paciente retroalimentación de las sesiones, la cual refiere entender el proceso de trabajo de la sesión y sentirse cómoda con la forma de trabajo.

Se continúa trabajando con la detección de pensamientos obsesivos, conductas compulsivas y disminución de ansiedad.

Se fueron dando diferentes cambios en Gabriela, se observó mayor flexibilidad y conceptualización en sus pensamientos. Hay aceptación de ciertas emociones que antes la perturbaban, y más confianza en las relaciones interpersonales. La duda se mantiene como compañera de ruta, pero no le impide tomar decisiones que le producen bienestar. A medida que avanza el tratamiento queda más tiempo en las sesiones para hablar de otros temas fuera del TOC.

Al día de la fecha la paciente sigue en consulta observándose una mejoría significativa en su cuadro de base, a lo largo de dos años de tratamiento logro estabilidad vincular de pareja, recomponer y ampliar su red social e iniciar un posgrado.

En el tratamiento del TOC no hay un cierre preciso del tratamiento, como terapeutas tenemos que estar preparados para la re-consulta y recaída.

Técnicas

Flecha Descendente

Esta técnica permite realizar una conceptualización cognitiva. Se sugiere utilizarla durante el rastreo cognitivo. Se utiliza para indagar sobre la cadena de inferencias que las personas realizan para llegar a una conclusión, con el objetivo de arribar a una creencia subyacente. Se inicia desde el punto más superficial de la cognición (pensamiento automático), se sigue la cadena de inferencias (creencias intermedias), con el fin de identificar la creencia nuclear (Burns, 1980; Beck, 2000).

Refutación:

Según lo propuesto por Camerini (2008) esta técnica permite implementar un razonamiento basado en la demostración que las demandas efectuadas por los pacientes no pueden ser de cumplimiento seguro. El autor propone tres tipos de refutaciones:

1. La refutación pragmática, implica reconocer que demandar no modifica los hechos. Que demandar no va a hacer que sucedan los hechos y que nuestra convicción de que algo es lo deseable no es condición suficiente para que ocurra.
2. En la refutación lógica no existe una fundamentación que permita esperar que esto necesariamente vaya a suceder. No hay un argumento del cual se deduzca que algo va a ser como esperamos que sea.
3. La refutación empírica requiere conocer que lo que uno demanda no siempre va a suceder. La realidad demuestra que las cosas no siempre son como las demandamos, por lo tanto debemos estar preparados para poder afrontar la posibilidad de que no suceda y poder vivir con ello.

Refuerzo positivo

Esta técnica se basa en el manejo de las consecuencias, implica asociar un acontecimiento contingente a la conducta que se desea modificar. El refuerzo puede ser positivo y negativo. Un reforzador positivo es un estímulo, evento o conducta cuya presentación contingente a la conducta da lugar al aumento o mantenimiento de la misma, cuando no se presenta de manera contingente, el mantenimiento o aumento de esta es menor. Existen diversos reforzadores y pueden ser: a) primarios, secundarios y generalizados; b) naturales y artificiales; c) materiales, sociales, de actividad, retroalimentación positiva (Bados Lopez & Garcia Grau, 2011).

Para aplicar un reforzador se deben tenerse en cuenta las siguientes condiciones

- 1- Debe especificarse claramente la o las conductas que se desea incrementar.
- 2- Seleccionar correctamente el reforzador, esto puede corroborarse observando los efectos que este tiene sobre la conducta de la persona.
- 3- Se sugiere utilizar reforzadores naturales, antes que los artificiales.
- 4- Informar a la persona de la contingencia.
- 5- En caso de que la conducta no existiera pueden emplearse otras técnicas operantes, como por ejemplo: el modelado.

- 6- Inmediatamente que ocurriera la conducta deseada uno debe entregar el reforzador.
- 7- Al entregarse el reforzador, debe explicitarse al paciente cual es la conducta por la que se le está dando.
- 8- Para establecer una conducta debe utilizarse un reforzador continuo, en cambio para mantenerla debe usarse un reforzador intermitente.
- 9- En el inicio el reforzador debe presentarse en pequeñas cantidades y con frecuencia.
- 10- Se pueden utilizar gráficos con la finalidad de que la persona puede visualizar sus progresos.
- 11- Se recomienda trabajar en el ambiente natural y con las personas allegadas de la persona para evitar el problema de la generalización.
- 12- El retiro del reforzador artificial debe hacerse cuando la conducta meta está bien establecida. La retirada debe hacerse de manera gradual, manteniéndose los reforzadores naturales o sociales (Bados & García Grau, 2011).

Métodos de evaluación funcional: método de observación directa.

Es la observación directa que realiza una persona de sus conductas problema cada vez que ocurre en su entorno natural. Se realiza un registro anotando los antecedentes y las consecuencias de dichos comportamientos. Este tipo de registro también es conocido como registro ABC, favoreciendo el conocer y elaborar una hipótesis acerca de los antecedentes que pondera en la conducta y los reforzadores que la mantienen (Touchette et al., 1985).

Reestructuración cognitiva

Pretende desafiar los pensamientos disfuncionales de la persona, a partir de la realización de preguntas por parte del terapeuta, con la finalidad de que la persona analice la racionalidad de sus pensamientos, promoviendo la construcción de pensamientos más realistas o racionales, y rechazar aquellos pensamientos distorsionados. La persona registra los acontecimientos que desencadenan malestar por un periodo de tiempo determinado, esto ayuda a identificar

situaciones que le disparan ansiedad, los pensamientos que la acompañan y las respuestas emocionales y comportamentales asociadas (Burns, 1980; Hollon & Jacobson, 1985).

Reforzamiento diferencial de las conductas alternativas (RDA).

Es un procedimiento por el cual se refuerzan las conductas deseadas para incrementar su comportamiento y se deja de reforzar los comportamientos no deseados para disminuir su frecuencia. Se refuerza el comportamiento deseable cada vez que se presenta y el comportamiento no deseado que interfiera con el comportamiento deseable no se refuerza. Esto permitirá reducir la aparición a futuro de la conducta problema (Miltnerberger, 2012).

Validación emocional

Cuando la persona manifiesta su queja subjetiva, el terapeuta le comunica que tiene sentido lo expresado y que es entendible dentro de su situación vital actual. Como estrategia requiere que el terapeuta descubra la validez inherente a la repuesta del paciente, sea amplificándola o reforzándola (Linehan, 1993).

Tareas en el hogar

Le permite al paciente generar modificaciones, tanto cognitivas como conductuales, en el contexto de su hogar. El terapeuta al realizar una descripción de las tareas al paciente, favorecerá la adquisición de conocimientos e información que le facilite la revisión de sus pensamientos y creencias, y logre modificarlos mediante estrategias cognitivas y conductuales con el fin de lograr nuevos comportamientos. Las tareas en el hogar permiten generalizar lo aprendido en la sesión, la asignación de las mismas se realizan de acuerdo a las características particulares del paciente (saber leer, escribir, la capacidad de motivación, el nivel de distrés y de funcionamiento cognitivo), (Beck 2000).

Entrenamiento en resolución de problemas

Es una técnica que le posibilita al paciente hacerle frente a los problemas de la vida cotidiana, cuenta de pasos o etapas:

1. Definición de lo que es un problema y lo que es una solución. Se debe buscar información sobre el problema, describir los hechos que lo componen, aprender a diferenciar los problemas relevantes de los irrelevantes, aprender a seleccionar los factores que hacen que un problema sea un problema y establecer objetivos. Se deben considerar dos tipos de respuestas: centradas en el problema o en la emoción.
2. Orientación general: el objetivo de este paso es a) identificar y reconocer los problemas de la vida; b) asumir que los problemas forman parte de la vida; c) desarrollar autoeficacia percibida. Aceptar que tenemos control personal en lo que hacemos y que todo lo que hacemos tiene determinadas consecuencias; e) Inhibir hábitos de respuesta automática. Quitar distorsiones y no responder de forma automática sin analizar la situación.
3. Generación de alternativas: es este paso se piensan tantas soluciones como sea posible para maximizar la probabilidad de que entre ellas se encuentre la mejor solución (12 por lo menos).
4. Toma de decisiones: aquí se evalúan las opciones y selecciona la mejor para llevarla a cabo, hay que evaluar las consecuencias a corto y largo plazo.
5. Puesta en marcha y verificación: establecer un plan de acción y llevarlo a cabo. Además, se debe tener en cuenta que algún paso puede no llevarse a cabo tal y como se había establecido. Se recomienda realizar una autoevaluación y registrar los criterios de valoración de la toma de decisiones (Levy y Baringoltz 2008).

Respiración diafragmada

Consiste en enseñarle al paciente a distender los músculos al mismo tiempo al mismo tiempo que se realiza la respiración abdominal y se orienta la atención a cada uno de los grupos musculares que se van aflojando, de este modo la relajación activa el funcionamiento parasimpático del sistema nervioso autónomo contrarrestando los efectos de tensión. La relajación inhibe a la ansiedad lentamente, posibilitando que el cuerpo disminuya su grado de activación (Levy y Baringoltz 2008).

Técnica de exposición en vivo y en la imaginación.

Las técnicas de exposición consisten en afrontar, de forma sistemática y deliberada, situaciones (p.ej. hablar en público, recibir críticas, comer alimentos prohibidos) o estímulos internos (p.ej., sensación de desmayarse, miedo a tener una enfermedad, preocupaciones, obsesiones) que generan ansiedad u otras emociones negativas (asco, ira) y/o provocan el impulso de realizar una acción determinada (p.ej., lavarse las manos compulsivamente, vomitar, beber). La persona debe mantenerse en la situación o bien afrontar el estímulo interno hasta que la emoción o el impulso se reduzcan significativamente y/o hasta que compruebe que las consecuencias anticipadas no ocurren. En el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo es frecuente hablar de exposición con prevención de respuesta, ya que el paciente debe exponerse a una situación que genera ansiedad (p.ej., tocar el pomo de la puerta de un lavabo) y, además, controlar el impulso a realizar una acción (p.ej., lavarse las manos) concreta (Bados 2011).

Existen varios tipos de exposición, pero solo se describirán la exposición en vivo y en la imaginación por su alta eficacia en el abordaje el TOC:

- A. Exposición en vivo (EV): implica exponerse sistemática y deliberadamente a situaciones temidas reales en la vida diaria; por ejemplo, sitios altos, transportes públicos, hablar con figuras de autoridad, extraerse sangre, etc.
- B. Exposición en imaginación: implica imaginar que se están afrontando las situaciones problemáticas y/o que se experimentan los estímulos internos que generan ansiedad o disparan ciertos impulsos. Esto supone, recordar el entorno físico, las respuestas somáticas, las emociones, los pensamientos y las consecuencias temidas. La exposición en imaginación puede consistir, por ejemplo, en recordar con detalle una experiencia traumática, revivir una pesadilla o reproducir preocupaciones o pensamientos obsesivos (Bados 2011)

Conclusión:

A partir de la realización de la Especialización en Terapia Cognitiva y del trabajo final de carrera que tuvo como objetivo una sistematización de caso, me posibilitó llevar a cabo un análisis reflexivo de mi práctica clínica profesional, como así también mejorar mis intervenciones como psicoterapeuta a partir de la consolidación del modelo cognitivo aprendido durante la cursada del posgrado.

La comprensión de la “conceptualización de caso” y la implementación de la técnica de flecha descendente, me posibilitaron desarrollar un método de abordaje del caso por caso, pude identificar las creencias nucleares, los supuestos subyacentes y desarrollar una hipótesis de trabajo. Este proceso implicó avanzar, en la conceptualización de caso, sobre el ejercicio del ensayo y error, siendo necesario el contacto permanente con los conceptos adquiridos en la formación, esto me posibilitó ir desagregando cada enunciado propuesto en la conceptualización, como así también fueron de gran apoyo las supervisiones que tuve a lo largo de la especialización ya que reforzaron los contenidos teóricos vistos en clase.

Pude identificar mi estilo terapéutico, fortaleciendo aquellos atributos que favorecieron mi desempeño, y mediante un análisis crítico y reflexivo modificar aquellos que lo limitaban. Logré desarrollar más confianza a la hora de definir los objetivos de trabajo y no correrme del eje del proceso terapéutico, y también pude detectar una fortaleza en mi labor profesional como es la construcción y mantenimiento de la alianza terapéutica. Durante mi práctica como profesional estoy atento a ir monitoreando la alianza de trabajo, ya que es un predictor de éxito en el desarrollo del tratamiento y me permite estar alerta para predecir algún posible impasse, quiebre o ruptura de la misma. Otro de los aspectos que destaco de la formación es comprendí las características de la alianza terapéutica.

Aprendí a usar con mayor agudeza las técnicas de interrogatorio socrático y refutación, pude mejorar con mayor precisión el diagnóstico de los pacientes. Capitalice el no perder de vista el

motivo de consulta y desarrollar flexibilidad terapéutica para ir construyendo con el paciente objetivos que pudieran ir surgiendo durante el transcurso del tratamiento.

En el desarrollo de este trabajo seleccione un caso cuyo diagnóstico fue Trastorno Obsesivo Compulsivo, me llevo un tiempo la conceptualización, pero a partir de la instancia de supervisión durante el pos grado, pude avanzar. Para esto recurrí a la bibliografía de la cursada, más precisamente a la “Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad”.

Si bien ejerzo la práctica clínica desde el 2004, la formación me permitió desarrollar mayor apego a los manuales de tratamiento y protocolizar una forma de intervención profesional, con el transcurrir de la cursada fui adquiriendo mayor precisión en las intervenciones prácticas realizadas. La formación me posibilitó una mejor interpretación de los casos clínicos que tengo actualmente en consulta, pude realizar diseños de tratamiento de acuerdo a los requerimientos terapéuticos de cada paciente en relación a su queja subjetiva, como así también precisar y evaluar los objetivos terapéuticos.

Durante el trayecto formativo fui adquiriendo competencias para desempeñarme como psicoterapeuta y esto se manifestó en los avances logrados por los pacientes. Este desarrollo profesional me permitió realizar un trabajo introspectivo de mi práctica profesional, percatándome de aquellas que no fueron tan acertadas, como aquellas que sí lo fueron.

El paso por la Especialización en Terapia Cognitiva me fortaleció como profesional de la psicología y me dio las competencias pragmáticas para actuar como psicoterapeuta. La formación abarcó los tres componentes que están presentes en todo modelo psicológico: una teoría de cómo funciona la mente, un modelo psicopatológico que explica la conceptualización de los procesos mentales disfuncionales y un programa de cambios que posibilita identificar cuáles son las condiciones que facilitan o limitan la posibilidad de cambio en la persona (Fernández Álvarez, 2011).

Bibliografía

Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1998). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. 428-434. Barcelona: Masson, 4ta. edición.

Bados, A. & Garcia Grau (2011). *Técnicas Operantes*. Departamento de Personalidad, Evaluación Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Editorial Gedisa S.

Bellack, A. S. Hersen, M. Salkovskis, P. M. (1998). *Comprehensive Clinical Psychology*. Vol. 6: 329-336, 368-391. Oxford: Pergamon

Belloch, A. Sandín, B. Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. Vol. 2: 187-223. Madrid: McGraw-Hill.

Bordin, E. S. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>

Burns, D. (1980). *Sentirse bien*. Nueva York Signet.

Camerini, J. (2008). *La terapia Cognitiva Integrada y Actualizada*. Buenos Aires: CATREC

CIE-10. Clasificación estadística internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10 ediciones. Extraído de http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F60.html.

Fernández-Álvarez H. (2011). *El campo de la psicoterapia*. En H. Fernández-Álvarez (Comp) Paisajes de la psicoterapia: modelos, aplicaciones y procedimientos (pp. 1343). Buenos Aires: Polemos

Franklin M. E. Foa, E. B. (1998). Cognitive-Behavioral Treatments for Obsessive Compulsive Disorder. 339-357. In P. E. Nathan. J. M. Gorman. *A Guide to Treatments that Work*. New York: Oxford University Press.

Guía Práctica para el manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias. Agencia Lain Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press.

López Pell, A. F. y Palumbo, A. C. (2013) *Técnicas cognitivas: Flecha descendente*. Material de entrenamiento de la Carrera de Especialización en Terapia Cognitiva. Universidad Abierta Interamericana.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). The Guilford Press

Miltenberger, R. G. (2012). *Modificación de conducta Principios y procedimientos* (5ª ed.). Pirámide.

Navarro Cueva, R. (2015). *Técnicas conductuales y cognitivas en el tratamiento de los trastornos obsesivos compulsivos*. *Revista de aprendizaje y comportamiento*. 9 (1-2). 83 -101.

Prochaska, J.O., Di Clemente, C. C. & Norcross, J. (1994) *Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos*. *Revista de Toxicomanías*, 1, 3-14

Salkovskis, P. M. Richards, C. Forrester, E. (2000). *Psychological Treatment of Refractory Obsessive Compulsive Disorder and Related Problems*. 201-221. In W. K. Goodman. M. V. Rudorfer. J. D. Maser. *Obsessive-Compulsive Disorder. Contemporary Issues in Treatment. Personality and Clinical Psychology series*. Mahwah, New Jersey: Lea.

Touchette, P. E., MacDonald, R. F., & Langer, S. N. (1985). *A scatter plot for identifying stimulus control of problem behavior*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18(4), 343–351.
<https://doi.org/10.1901/jaba.1985.18-34>.

Vallejo Ruiloba, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 437-452. Barcelona: Masson, 4ta. edición.

Vallejo Ruiloba, J. (2007). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 437-452. Barcelona: Masson, 7ta. edición.

Wilhelm, S. (2000). Cognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 14 (3). 245-259