



**Universidad
Europea** MADRID

**Intervención en un caso clínico de trastorno obsesivo-
compulsivo desde un enfoque integral**

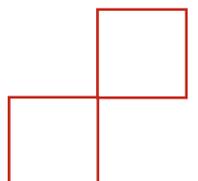
Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a Beatriz Martin Orante
Tutor/a Alberto Bellido Esteban

28 de Febrero de 2022

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Resumen

El presente estudio de caso clínico se basa en una estudiante de 20 años diagnosticada de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). La evaluación ha incluido: La Entrevista Semi-estructurada, el Cuestionario Autobiográfico, el Inventario Obsesivo Compulsivo de Maudsley (MOCQ) y la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS). La paciente presenta obsesiones con la necesidad de simetría, de acumulación y agresivas, así como compulsiones de comprobación, orden y conteo, junto a rituales de repetición. También manifiesta dificultad de control de los pensamientos rumiativos, pensamiento mágico y un alto grado de autoexigencia, junto con sintomatología ansiosa. La evitación de esto último refuerza la puesta en marcha de compulsiones, de las cuales obtiene relajación. El principal objetivo es disminuir los síntomas asociados al TOC, mediante un enfoque integral de base cognitivo-conductual con algunas técnicas de la corriente humanista. Entre las principales técnicas utilizadas se encuentran la psicoeducación, la relajación diafragmática, la reestructuración cognitiva y el diario emocional. Los resultados hasta la fecha son congruentes con la hipótesis establecida en cuestión de mejoría de la sintomatología de la paciente. Actualmente el tratamiento se encuentra en una fase intermedia y sigue su curso.

Palabras clave: Caso clínico, intervención, Trastorno obsesivo-compulsivo, enfoque integral.

Abstract

This clinical case study is based on a 20-year-old student diagnosed with obsessive-compulsive disorder. The evaluation has included: The Semi-structured Interview, the Autobiographical Questionnaire, the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCQ) and the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). The patient presents obsessions with the need for symmetry, accumulation and aggressiveness, as well as compulsions to check, order and count, along with repetition rituals. It also manifests difficulty in controlling ruminative thoughts, magical thinking and a high degree of self-demand, along with anxious symptoms. The avoidance of the latter reinforces the setting in motion of compulsions, from which he obtains relaxation. The main objective is to reduce the symptoms associated with OCD, through a comprehensive cognitive-behavioral based approach with some techniques of the humanist current. Among the main techniques used are psychoeducation, diaphragmatic relaxation, cognitive restructuring and emotional diary. The results to date are consistent with the established hypothesis in terms of improvement of the patient's symptoms. Treatment is currently in an intermediate phase and is continuing.

Keywords: Clinical case, intervention, Obsessive-compulsive disorder, integral approach.

ÍNDICE

1.	Introducción.....	6
	Conceptualización del Trastorno Obsesivo-Compulsivo.....	6
	Enfoques de abordaje del TOC.....	9
	Propuestas de tratamiento eficaces.....	10
2.	Identificación del paciente y motivo de consulta.....	11
	Datos personales.....	11
	Motivo de consulta.....	12
3.	Estrategias de Evaluación.....	12
4.	Formulación clínica del caso.	15
	Descripción de la sintomatología.....	15
	Análisis funcional del problema.....	16
	Resultados de las pruebas de evaluación.....	19
	Definición operativa conductual.....	21
5.	Tratamiento.....	21
	Descripción de las sesiones.....	26
6.	Valoración del tratamiento.....	31
	Adherencia al tratamiento.....	31
	Consecución de los objetivos.....	32
	Dificultades.....	34
7.	Discusión y conclusiones.....	35
	Conclusión.....	38
8.	Referencias bibliográficas.....	40
9.	ANEXOS.....	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Autorregistro Semanal</i>	14
Tabla 2. <i>Análisis Topográfico de las Conductas Problema</i>	18
Tabla 3. <i>Resultados para la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale Brown Pre-tratamiento</i>	20
Tabla 4. <i>Cronograma de las sesiones</i>	22

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Secuencia Funcional del Origen del TOC</i>	16
Figura 2. <i>Secuencia Funcional del Mantenimiento del TOC</i>	17

1. Introducción

Conceptualización del Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Hasta mediados de los años ochenta con publicaciones y estudios poblacionales más exhaustivos, entre ellos *Ecological catchment area survey* (Myers et al., 1984), el Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se consideraba raro y con estimaciones alrededor del 0,05% (Caballo, 2008). En los años consecutivos, especialmente en la década del 2000 se han producido avances importantes mostrando que la prevalencia de este trastorno es mayor. Actualmente el TOC presenta una prevalencia del 2% en la población, con una amplia comorbilidad con trastornos de diversa índole y muestra diferencias neurobiológicas con los trastornos de ansiedad (Lozano-Vargas, 2017), categoría clínica a la que previamente pertenecía en la clasificación del DSM-IV (APA, 2003).

El TOC en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM-5 (5ª edición, American Psychiatric Association, 2014) se encuentra dentro de la categoría *Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados*. En relación a la clasificación diagnóstica y los criterios del DSM-5 encontramos que para llevar a cabo un diagnóstico de TOC deben de cumplirse las siguientes condiciones: La presencia de obsesiones, compulsiones o ambas, las cuales requieren tiempo y/o causan malestar y deterioro en áreas importantes, una sintomatología no debida a efectos fisiológicos de sustancias o afecciones médicas y que no se explica por la presencia de otro trastorno mental. Por último, se requiere especificar el nivel de introspección del paciente y si posee antecedentes de trastorno de tics.

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un desorden que promueve en quienes lo sufren pensamientos, temores y/o preocupaciones irracionales. La respuesta habitual ante su aparición es la necesidad de reducir la ansiedad o el malestar que derivan mediante una actividad ritual que habitualmente conduce a una sensación de relajación y/o alivio. Según el DSM-5, (APA, 2014) el TOC se compone de la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones se caracterizan por ser pensamientos, impulsos o imágenes frecuentes y perturbadoras que aparecen de forma intrusiva en la mente del sujeto, mientras que las compulsiones son los rituales utilizados para evitar y/o disipar su aparición. El patrón obsesivo derivado se debe a la interpretación subjetiva de la persona en cuanto a que

puede haber sido o podría ser causante de daño (ajeno o propio) y responsable de su prevención. Relacionado con esto último y como forma de evitación de la situación o acontecimiento futuro temido, surge la compulsión. Ambos síntomas, obsesiones y compulsiones, se suelen relacionar funcionalmente siendo calificados por el paciente como irracionales o excesivos en algún punto del avance del trastorno (Foa et al., 1995). Es más frecuente que el comportamiento estereotipado en forma de compulsión sea realizado como consecuente de una obsesión, pero también se encuentran casos en ausencia de pensamientos obsesivos, y viceversa, obsesiones sin compulsiones, las cuales suelen ser más resistentes al tratamiento (Ceballos y Alonso, 2015) debido a la ausencia del componente conductual.

En el TOC las obsesiones se viven como propias, como parte del pensamiento del sujeto. Mantienen un contenido variable en cuanto a temáticas comunes como son la limpieza, la simetría, el orden, la religión o la posibilidad de daño. El componente compulsivo del TOC se puede manifestar mediante conductas observables (por ejemplo, limpiar o verificar) o no observables como acciones mentales (por ejemplo, contar) que la persona repite de forma reiterada tras la aparición de la obsesión de acuerdo con ciertas reglas o normas y/o bajo una estereotipia. El no llevar a cabo la acción o ritual puede conllevar incomodidad, ansiedad y/o sentimientos de vacío e incluso culpa (Jenike, 2004). A su vez, habitualmente se producen conductas de evitación de situaciones temidas como medida de afrontamiento de la ansiedad y sentimientos de vergüenza relacionados con la necesidad de producir la compulsión (Turner y Beidel, 1992), sobre todo en aquellos casos en los que esta última es observable.

La aparición del trastorno suele presentarse en la adolescencia o en la edad adulta temprana habiendo variaciones en función del género debido a que en hombres la edad media de inicio es anterior, en torno a los 17 años (Ceballos y Alonso, 2015). A su vez, hay diferencias en los patrones de dimensión de los síntomas en cuanto a que en las mujeres hay más propensión a desarrollar síntomas relacionados con la limpieza y en los varones se suelen dar más sintomatología relacionada con la simetría y pensamientos prohibidos, según el DSM-5. Con relación a ambos géneros encontramos que la vivencia de momentos estresantes y cambios vitales de importancia en la vida de los sujetos con TOC puede acentuar los síntomas que padecen. En cuanto al desarrollo del TOC, los individuos suelen experimentar altas y bajas

crónicas a veces determinadas e influidas por el estrés, viéndose los síntomas exacerbados en este tipo de períodos (Nezu y Lombardo, 2006).

El pronóstico en pacientes con TOC varía en función de diversos factores. Como factores de riesgo encontramos según el DSM-5 los temperamentales (síntomas de interiorización y emotividad negativa), ambientales (maltrato infantil) y genéticos/fisiológicos (presencia de familiares de primer grado). Encontramos peores pronósticos en aquellos casos en los que se da una baja resistencia a las compulsiones, un inicio tardío de tratamiento, así como una respuesta escasa por parte del paciente. También la necesidad de hospitalizaciones, un inicio de la problemática en la infancia, el desarrollo de ideas delirantes, y la comorbilidad con un trastorno depresivo mayor o de personalidad (Vellosillo y Vicario, 2015), contribuyen a pronosticar un peor avance. En contraste con esto último, que el paciente manifieste un buen ajuste social y laboral actuarían como factores de protección e indicarían un mejor pronóstico de cara a la mejoría sintomatológica.

La comorbilidad del TOC con otros trastornos y patologías es elevada tanto a nivel de sintomatología como de síndrome (Pena-Garijo y Rodríguez, 2012). Con frecuencia las personas con TOC poseen otras psicopatologías. Se ha demostrado que alrededor de un 57% de los pacientes diagnosticados de TOC presenta al menos un diagnóstico relacionado con los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión mayor) (Rasmussen, 2001) pudiendo especificar que el inicio del TOC suele ser más tardío que el de los trastornos de ansiedad comórbidos. A su vez, el TOC también presenta una alta comorbilidad con el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva encontrándonos con un porcentaje aproximado del 23 al 32%. Los demás trastornos que se producen con frecuencia en personas con TOC son el trastorno de tics, el trastorno dismórfico corporal, la tricotilomanía y el trastorno de excoriación. A su vez, con respecto a los individuos con esquizofrenia encontramos una prevalencia del TOC del 12%. Por último, también encontramos altas tasas de TOC en pacientes con trastorno bipolar y trastorno de conducta alimentaria (DSM-5, 2014).

Las consecuencias funcionales del TOC se traducen en una menor calidad de vida con altos niveles de desajuste en el área social y laboral. El deterioro está asociado con la gravedad sintomatológica que a su vez se ve determinada por el tiempo empleado por el paciente en las obsesiones y compulsiones. Los

síntomas actúan en ocasiones como obstáculos restringiendo el correcto funcionamiento de la persona en las distintas esferas vitales. Con relación al tratamiento y teniendo en cuenta el deterioro vital mencionado, es de resaltar que figuran unas tasas de abandono que oscilan en torno a un 13% (Öst, et al., 2016). Esto suele darse en el momento en el que el paciente aprecia cierta mejoría y a expensas de que se produzcan recaídas.

Gran cantidad de personas con TOC mantienen creencias disfuncionales dirigidas hacia un sentido exagerado de la responsabilidad, perfeccionismo, baja tolerancia a la incertidumbre, excesiva importancia a los pensamientos y necesidad de su control, y tendencia a sobrestimar las amenazas (DSM-5, 2014). Entre las respuestas afectivas que experimentan estas personas encontramos la ansiedad (como es lo que ocurre en el caso de la paciente que aquí se aborda), sentimientos de disgusto, o incluso un angustioso sentido de la perfección ante cosas consideradas subjetivamente como incorrectas. También debido a esto pueden verse alteradas las relaciones sociales, viéndose reducido el número de relaciones significativas debido al incumplimiento de ciertos requisitos personales.

En cuanto al diagnóstico diferencial con respecto a la ansiedad, en el caso tratado aparecen síntomas ansiógenos fisiológicos (sudoración, nerviosismo) relacionados con los pensamientos recurrentes, y conductas de evitación acerca de las obsesiones del TOC. Este hecho se ve diferenciado del trastorno de ansiedad debido a que sus preocupaciones no versan sobre las áreas vitales si no que en ocasiones su contenido es irracional. En cuanto al diagnóstico diferencial con respecto al trastorno de la personalidad encontramos en la paciente la ausencia de pensamientos intrusivos o conductas repetitivas debidos a una mala adaptación generalizada, perfeccionismo excesivo y control.

Enfoques de abordaje del TOC

Desde el conductismo, la explicación del TOC con el modelo bifactorial de Mowrer defiende que un estímulo inicialmente neutro adquiere propiedades ansiógenas mediante condicionamientos formados por situaciones estresantes según la adaptación de Dollard y Miller en 1950. Las obsesiones en este caso pasarían a ser estímulos condicionados que, al no poderse evitar, promueve el desarrollo de conductas

reductoras de ansiedad dando lugar a las compulsiones. Con el tiempo, el sujeto aprende que las obsesiones, rumiaciones y pensamientos negativos, así como la ansiedad que genera su aparición, pueden ser aliviados o reducidos con las compulsiones de forma transitoria.

Los procedimientos que incluyen el abordaje cognitivo modifican la conducta y las emociones desadaptativas mediante la modificación de la evaluación y la automatización de pensamientos disfuncionales (Beck, 2001).

Propuestas de tratamiento eficaces

Los enfoques usualmente utilizados para el tratamiento del TOC han sido diversos. Actualmente se ha demostrado la eficacia de tratamiento farmacológico mediante la utilización de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), resultando ser de primera línea debido a que es un tratamiento poco invasivo, y ha mostrado mayor eficacia frente a otros tipos de antidepresivos (Irfan, et al., 2011). En cuanto a la terapia cognitivo conductual, ha mostrado mayor efectividad incorporando la exposición con prevención de respuesta (EPR) (Franklin et al., 2000). La EPR se ha situado como más eficaz que el entrenamiento en relajación progresiva, técnicas generales de manejo de la ansiedad o el placebo (Ceballos y Alonso, 2015). También se ha demostrado que mejora la perspectiva de autoeficacia en los pacientes permitiendo el manejo de miedos en ausencia de conductas de evitación (Foa et al., 2005) y una reducción de la sintomatología alrededor de un 60% (Franklin, 2000). Debido a la identificación de un alto componente cognitivo en el mantenimiento del TOC, que usualmente se da en sujetos que presentan alto perfeccionismo y responsabilidad, se torna recomendable la incorporación de técnicas cognitivas al tratamiento junto con el uso de la EPR (Ceballos y Alonso, 2015).

Actualmente se están abriendo líneas de investigación relacionadas con el tratamiento para el TOC que incorporan la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la regulación emocional mediante la perspectiva del concepto de Inteligencia Emocional (IE). La primera se basa en introducir flexibilidad psicológica mediante conductas positivas en la vida de los pacientes (León-Quismondo, et al., 2014) como alternativa a la EPR debido a que presenta una alta tasa de rechazo (entre el 5% y el 22%) por su alto

componente de exposición. La segunda, aborda la Inteligencia Emocional de las personas con TOC desde la dificultad de estos pacientes en la identificación y expresión emocional y de pensamientos (López, et al., 2011). Esta última perspectiva, entiende la regulación emocional como la capacidad de respuesta a las demandas sociales y del ambiente desde una gama emocional social y personalmente tolerable al igual que flexible para permitir reacciones espontáneas (López, et al., 2011). Como componentes de esta última con los que trabajar, se encuentra la inteligencia intrapersonal (capacidad de crear un modelo realista de uno mismo usándolo para ser eficaz con respecto a la respuesta ante los demás) y la inteligencia interpersonal (habilidad para entender a los demás), que unidas forman la Inteligencia Emocional. Desde este enfoque que abarca el análisis emocional y el fomento de habilidades de discriminación e identificación de emociones y desencadenantes, se ha elaborado parte del planteamiento del caso que aquí se describe, como complemento a la base cognitivo-conductual del tratamiento.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Datos personales

En este presente estudio conforme a la legislación vigente de la Ley orgánica de Protección de Datos (LOPD) y en cumplimiento del código deontológico profesional, con la finalidad de salvaguardar los datos personales e identidad de la paciente, se utilizará un nombre ficticio refiriéndonos a ella como Laia, así como datos de procedencia alterados.

Laia es una mujer joven de 20 años natural de Valencia que estudia en Madrid el tercer curso del Grado de Ingeniería. Actualmente se encuentra soltera y sin hijos, viviendo en un piso compartido con siete compañeros con los cuales refiere mantener una buena relación. Su familia está compuesta por sus padres separados y una hermana por parte de madre de 12 años de edad. Sus padres se separaron cuando ella tenía 3 años y residen en Valencia. El nivel sociocultural de su familia es medio, al igual que el nivel económico ya que ambos progenitores son funcionarios. Refiere mantener buena relación con ellos

y les visita en los períodos vacacionales dividiendo su estancia entre los domicilios paterno y materno. En su familia no se conocen antecedentes de trastornos mentales.

En el área social, Laia refiere presentar un número reducido de amistades con las cuales se siente conforme a pesar de haber perdido contactos desde su mudanza a Madrid. El área académica le provoca estrés cuando se encuentra en períodos de exámenes y situaciones en las que pueda ser evaluada.

Motivo de consulta

Laia acude a consulta refiriendo presentar ansiedad, nerviosismo y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Ya ha asistido y recibido previamente tratamiento psicológico por los mismos motivos hace dos años en Valencia, en el cual figura un diagnóstico de TOC según los criterios del DSM-5 en ausencia de prescripción de fármacos. Con anterioridad decidió dejar el tratamiento con motivo de su cambio de residencia a Madrid y por presentar mejoría. La demanda principal de la paciente se basa en frenar las compulsiones que le condicionan su día a día en forma de sobrecompensación por las noches. La historia problema la ubica en su adolescencia temprana a raíz del surgimiento de lo que ella llama “manías”, que consistían en tenerlo todo ordenado de una determinada manera y en comprobar que lo que hacía estaba bien hecho, que a su vez coincidieron en el tiempo con el nacimiento de su hermana. También hay eventos vitales en su historia que podrían actuar como circunstancias asociadas al problema como son conflictos con sus iguales en las diferentes etapas de su vida y múltiples cambios de ciudad.

3. Estrategias de Evaluación

En primer lugar, en la primera sesión, se utilizó la *Entrevista Semiestructurada* (Fernández-Ballesteros, 1992) de la que se obtuvo información relacionada con el cuadro diagnóstico, la sintomatología, y el resto de áreas personales (social, familiar y académica) de la paciente mediante preguntas abiertas. A su vez se

recabó información sobre la historia, duración e intensidad de los síntomas al igual que sobre los posibles factores desencadenantes, recursos personales y estilos de afrontamiento.

Posteriormente se le entregó el *Cuestionario Autobiográfico* (ver Anexo 1) con la finalidad de que lo rellenara en casa y lo trajera a consulta. En él figura información relativa a su situación presente y pasada relacionada con el problema. Los datos concretos que se piden se refieren a miedos y pensamientos negativos de la paciente, su situación sentimental y en el hogar, aspectos relacionados con el trabajo/estudios, su historia de salud (enfermedades, intervenciones y dolencias), datos de sus familiares, y aspectos sexuales y de relación de pareja presente o pasada.

En la segunda sesión se le aplicaron de forma ambulatoria el *Inventario Obsesivo Compulsivo de Maudsley* (MOCQ; Hodgson y Rachman, 1977) y la *Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown* (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS*; Goodman et al. 1989).

El MOCQ es un cuestionario de 30 ítems que distingue los rasgos de personalidad obsesivos de las personas que padecen TOC (ver anexo 8). Se evalúan los comportamientos y rituales obsesivo-compulsivos mediante las subescalas: verificación, lavado, dudas/conciencia y lentitud/repetición. El tiempo de administración oscila entre 10-15 minutos (Berrío y Luciano, 2017).

El Y-BOCS es una escala que mide y valora la gravedad y los tipos de síntomas del TOC (ver anexo 9). En él se analizan tanto obsesiones como compulsiones, y se obtiene un subtotal de la severidad sintomatológica. Evalúa la presencia o la ausencia también de conductas de evitación e intensidad, teniendo en cuenta las variaciones en el tiempo, pudiéndose utilizar como medida pre y post tratamiento. El tiempo de aplicación es variable oscilando entre los 30-45 min en la versión de entrevista semiestructurada (Berrío y Luciano, 2017).

En la quinta sesión se le pidió a la paciente la descripción de las compulsiones que realizaba mediante el siguiente autorregistro semanal (ver Anexo 2):

Tabla 1

Autorregistro Semanal

¿Qué estoy haciendo?	¿Qué pienso?	¿Qué siento?	¿Qué hago?	Consecuencias/Extras

Este tipo de autorregistros son utilizados para que los pacientes lleven a cabo conductas de auto-observación, así como para proporcionar al terapeuta datos concretos sobre la cadena conductual como alternativa a la observación en el contexto natural. Para ello es importante que el paciente sea instruido para la recogida de datos, comprendiendo la utilidad y la metodología empleada (Fernández Ballesteros y Carrobes, 1988). En este caso, las instrucciones que se le dieron a la paciente fueron las siguientes:

“En el momento en el que te veas realizando una conducta compulsiva, la describes en la primera columna. Después te centras en los pensamientos que te surgen para relacionarlos con las emociones que se derivan y con la conducta que resulta una vez habiendo hecho el análisis pensamiento-emoción. Mira si notas cambios cuando te ves realizando las compulsiones, y anota las consecuencias de apreciarlos o cualquier comentario que quieras añadir”.

Posteriormente, en la octava sesión se le prescribió la realización de la *Línea de vida* diferenciando entre vivencias positivas y negativas. Esta técnica de evaluación consiste en plasmar aquellos acontecimientos relevantes ocurridos a lo largo del ciclo vital, con la finalidad de poder indagar en patrones vivenciales, experiencias traumáticas o hechos recurrentes en la vida de los pacientes. También es de utilidad para evaluar el impacto de vivencias pasadas en el presente, y para establecer un posible inicio de la problemática que le trae a consulta teniendo en cuenta que pueden ser explicaciones causales subjetivas por parte del paciente.

Por último, también durante las sesiones se llevó a cabo la observación conductual, la cual permite obtener información acerca de conductas problema, así como de antecedentes conductuales y relaciones

funcionales entre elementos. A pesar de tener un uso limitado, permite ver los elementos de la conducta no verbal de los pacientes, así como indagar en aquellos aspectos que se trasladan y repiten en sesión que pueden formar parte del problema traído a consulta. En este caso, se utilizó llevando a cabo anotaciones relacionadas con la conducta de la paciente observada en consulta, sin una operativización concreta.

4. Formulación clínica del caso

Descripción de la sintomatología

La paciente presenta obsesiones con la necesidad de simetría (en su mesita de noche), de acumulación (etiquetas, sellos y papeles) y agresivas (miedo a hacer daño a los demás), así como compulsiones de comprobación (antes de salir de casa comprueba varias veces que lleva lo necesario), orden (cada objeto tiene su lugar de manera inflexible) y conteo (cuenta las veces que realiza determinadas acciones como frotarse la cabeza), junto a rituales de repetición (patrón conductual sin variaciones, por ejemplo: rutina de antes de irse a la cama). También manifiesta dificultad de control de los pensamientos rumiativos (“esta semana va a ir mal”, “lo que diga no va a gustar a los demás”), pensamiento mágico (“si no lo hago pasará algo malo”) y un alto grado de autoexigencia con ella misma, junto con sintomatología ansiosa. Tiene la tendencia de sustituir conductas compulsivas ante situaciones subjetivamente estresantes, por ejemplo, si no realiza la comprobación, pone en marcha la repetición. A su vez, presenta una autoestima baja que se aprecia en una baja percepción de cualidades personales y valía, y en ocasiones cierta indefensión aprendida con las conductas derivadas del TOC al sentir que no tiene otra alternativa a llevarlas a cabo. Muestra también dificultades en el ámbito del sueño, reconociendo que alarga la hora de dormir porque le cuesta conciliarlo. A nivel social presenta conflictos de relación manifestando nerviosismo anticipatorio ante ciertas situaciones sociales, y experimenta emociones negativas como

vergüenza y rumiaciones (“no tendría que haberle dicho eso”) con respecto a las respuestas que da en las interacciones sociales.

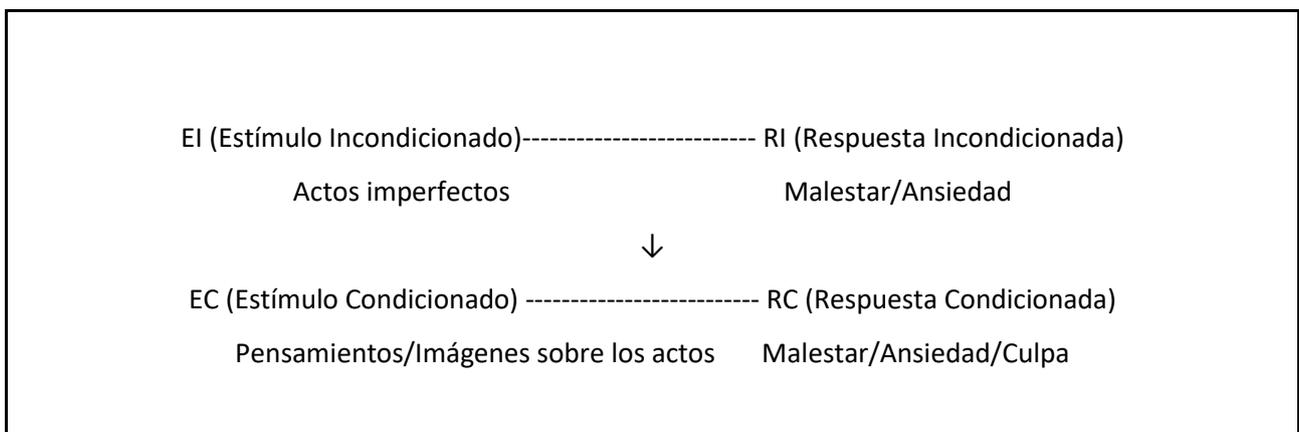
Análisis funcional del problema

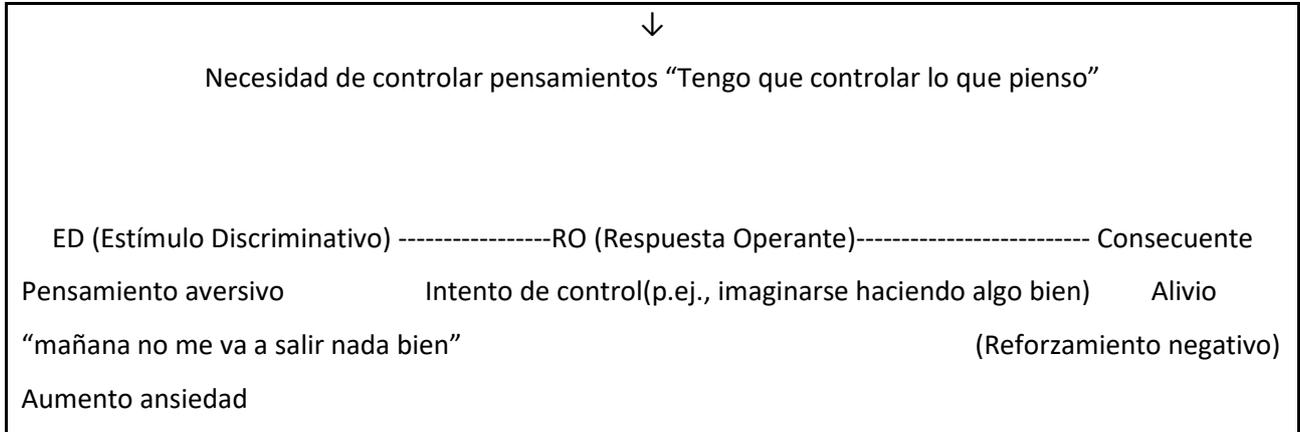
El análisis funcional es un recurso que consiste en establecer el mecanismo de identificación de las variables intervinientes en la problemática de los pacientes siendo clave a la hora de diseñar el tratamiento. Está basado en los principios de aprendizaje (Skinner, 1966) y se compone de los antecedentes, las variables del organismo intervinientes, la conducta llevada a cabo y los consecuentes.

En el caso de Laia, nos encontramos ante una hipótesis de origen basada en unas circunstancias de adquisición conductual marcadas por unas variables disposicionales como una tendencia perfeccionista a nivel de personalidad, cambios vitales relevantes (el nacimiento de su hermana, múltiples traslados de ciudad), un patrón educacional rígido y malas experiencias durante la infancia con sus iguales. En su caso, patrones del entorno favorecen una alteración en la cadena conductual que deriva en el desarrollo del TOC, junto con la colaboración de un conjunto de estresores ambientales. Como secuencia funcional implicada podemos encontrar la siguiente:

Figura 1

Secuencia Funcional del Origen del TOC

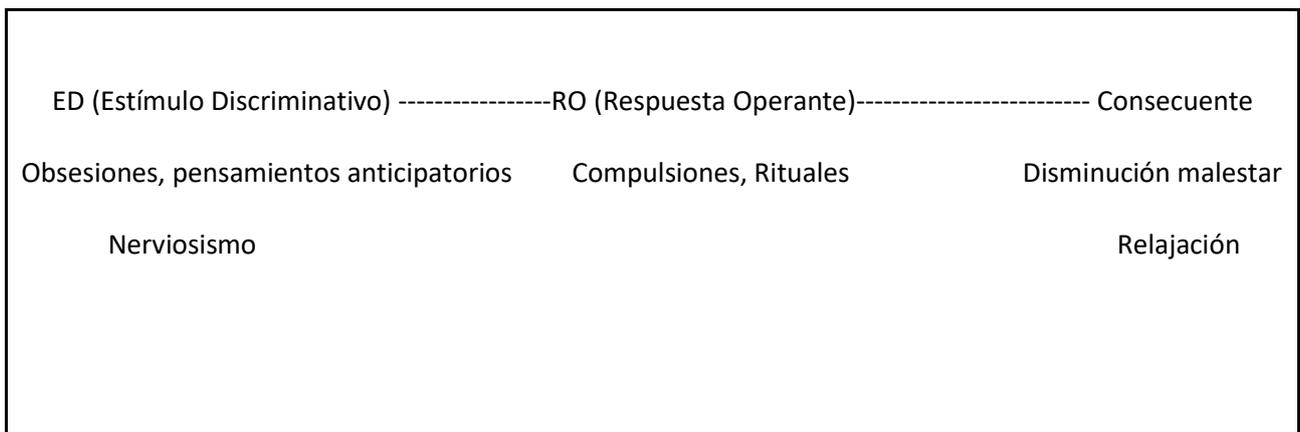




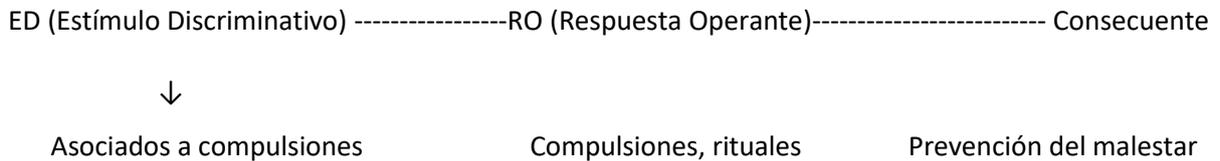
Como hipótesis de mantenimiento encontramos la predisposición de la paciente a evitar la sintomatología ansiógena que deriva de no llevar a cabo la cadena obsesivo-compulsiva, viéndose reforzada su conducta negativamente a largo plazo al ver su malestar reducido ante su puesta en marcha. A su vez, la asociación entre la realización de las compulsiones y la relajación se ve reforzada cada vez que disminuye su malestar. Como secuencia implicada en el mantenimiento del TOC podemos encontrar la siguiente:

Figura 2

Secuencia Funcional del Mantenimiento del TOC



Con el control estimular a corto y largo plazo:



Las compulsiones en este caso actúan como mecanismo de protección y seguridad ante la posible aparición de sintomatología ansiógena (por anticipación) muchas veces derivada de situaciones sociales, y otras veces derivada de situaciones en las que la paciente se somete a una evaluación. Laia anticipa síntomas ansiógenos ante situaciones que considera estresantes a las que responde con conductas compulsivas. Esto lo realiza con la finalidad de no enfrentarse a las propias sensaciones fisiológicas y cognitivas, de evitar la ocurrencia de sucesos que considera negativos, y de lograr un estado de relajación que disminuya su estado de nerviosismo. A corto plazo el resultado es un refuerzo negativo inmediato por la disminución del malestar, y a largo plazo se mantiene la respuesta por el refuerzo de la conducta evitativa.

Tabla 2

Análisis Topográfico de las Conductas Problema

Antecedentes	Conductas	Consecuentes
<u>Lejanos</u>	<u>Nivel cognitivo</u>	<u>Corto plazo</u>
- Externos: Cambios vitales. Malas experiencias sociales con sus iguales. Estilo educativo rígido.	Obsesiones, pensamientos rumiativos, preocupaciones sobre el futuro, pensamiento mágico, anticipación de consecuencias negativas	Refuerzo negativo: Alivio o reducción de los niveles de estrés, nerviosismo y la sintomatología ansiosa.
- Internos: Rasgos de personalidad obsesiva y perfeccionista.	<u>Nivel fisiológico</u> Estrés, ansiedad, sudoración, nerviosismo, taquicardias	Refuerzo positivo: relajación, tranquilidad y bienestar
	<u>Nivel motor</u>	

	Compulsiones:	<u>Largo plazo</u>
<u>Próximos</u>		
- Externos:		
Situaciones sociales con compañeros de piso.	➤ Comprobación: tapones de botellas, alarmas teléfono, que lleva todo lo necesario antes de salir a la calle	Conducta compulsiva reforzada positivamente,
Sobrecarga mental y etapas de exigencia en la universidad.	➤ Repetición: hacer pis varias veces antes de dormir, sacudir cepillo de dientes	mantenimiento de las respuestas asociadas a las compulsiones
Período de exámenes	➤ Simetría: colocar mesilla	Evitación de las consecuencias
- Internos:	➤ conteo: frotarse la cabeza	negativas de no llevar a cabo las compulsiones
Sobreexigencia y perfeccionismo	➤ Compulsión de pensamiento: rumiaciones sobre preocupaciones, quitarse el acné mientras piensa	
Necesidad de control	- Estímulo delta: No encontrarse en casa y estar con gente	
Pocas habilidades sociales	- Estímulo discriminativo: Noches antes de acostarse, estímulos interoceptivos fisiológicos de señales de ansiedad	
Rumiación		
Baja tolerancia a la incertidumbre		

La hipótesis del caso radica en el desarrollo del mecanismo obsesivo-compulsivo como respuesta de protección y evitativa a una sintomatología ansiógena desagradable producto de situaciones subjetivamente estresantes. Bajo la asociación compulsión-relajación encontramos un mantenimiento y reforzamiento intenso que promueve la potenciación de la función de las compulsiones. Mediante las bases de realidad con relación a las posibles ocurrencias negativas ante la no realización de las compulsiones, junto con la asociación de la relajación a otro tipo de conductas más funcionales, las obsesiones y la necesidad de realizarlas se irán suprimiendo del repertorio conductual de forma paulatina.

Resultados de las pruebas de evaluación

En el Y-BOCS los resultados fueron los siguientes:

Tabla 3

Resultados para la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale Brown Pre-tratamiento

Obsesiones:

- Agresivas: Miedo a hacer algo embarazoso, a herir a otros, a ser responsable de algo terrible.
- Necesidad de simetría o exactitud: acompañada de pensamiento mágico (preocupación de un accidente a no ser que las cosas estén en su sitio)
- De acumulación/ahorro: “etiquetas de ropa, envoltorios, papeles sin valor”
- Miscelánea: Necesidad de saber o recordar, miedo a decir ciertas cosas, no decir lo correcto, a perder cosas y miedos supersticiosos

*Hay correspondencia entre las obsesiones actuales y pasadas

Compulsiones:

- Comprobación: cerraduras o electrodomésticos, que no se hizo/hará daño a los demás, que nada terrible sucedió/sucedirá, que no se han cometido errores.
- Rituales de repetición: Releer o reescribir, necesidad de repetir acciones de un modo rutinario
- Contar: “Cualquier repetición se puede contar”
- Ordenar/arreglar: “Colocar cajas/botes hasta que estén en el sitio correcto”
- Miscelánea: Rituales mentales (comprobación/contar), excesiva realización de listas, necesidad de tocar/rozar o frotar

*Hay correspondencia entre las compulsiones actuales y pasadas

La paciente obtuvo una puntuación total de 25 en la Escala Y-BOCS: 12 en obsesiones (S.S.O) y 13 en compulsiones (S.S.C.). Se observa un buen conocimiento de los síntomas, evitación e indecisión graves, un moderado sentido de responsabilidad excesivo, lentitud leve, duda patológica y gravedad global moderada.

Los resultados del MOCQ fueron una puntuación total de 30. En las diferentes categorías la paciente presentó una alta comprobación y enlentecimiento, y una duda y limpieza intermedias. Estos resultados apoyan la existencia a nivel diagnóstico de TOC en las dimensiones verificación, dudas/conciencia y lentitud/repetición.

Definición operativa conductual

Las conductas compulsivas a suprimir del repertorio de la paciente son las siguientes:

- Revisión de las alarmas y volumen del teléfono 5 o 6 veces antes de acostarse.
- Quitarse el acné facial ante la búsqueda de relajación, llegando a ir 3 o 4 veces al espejo.
- Buscar acné e irritarse los poros cuando no tiene ante la necesidad de desahogo.
- Sacudir de forma repetitiva el cepillo de dientes (3 o 4 veces) y lavarlo varias veces seguidas (5 veces).
- Cerrar los tapones de botellas comprobando que están bien cerrados 2-3 veces seguidas
- Orinar varias veces antes de dormir (usualmente dos veces).
- Revisar reiteradamente que tiene lo necesario para salir a la calle en varios momentos del día o incluso los días anteriores, pudiendo llegar a revisarlo 6 veces.
- Contar cuántas veces se frota la cabeza al lavarse el pelo siendo 4 repeticiones y terminando en números que le gustan, usualmente pares.
- Comprobar la colocación simétrica de su mesilla de noche cada dos o tres días con la finalidad de evitar que salgan mal las cosas al día siguiente.

5. Tratamiento

La intervención en el presente estudio tuvo lugar a lo largo de 14 sesiones de forma semanal con una duración de 50 minutos aproximadamente, de las cuales las 2 primeras estuvieron centradas en la

obtención de información y datos relevantes de cara a aplicar un tratamiento adecuado acorde a las necesidades del caso. El formato de las sesiones fue en su mayoría presencial a excepción de una sesión puntual online a petición de la paciente. Se tuvo en cuenta principalmente la demanda de Laia en el contenido de las sesiones y en la dirección de intervención escogida.

El tratamiento aplicado se ha realizado desde un enfoque de base cognitivo-conductual en el que además se han añadido algunas técnicas de corte humanista. Actualmente, sigue en curso debido a que el proceso de cambio en este tipo de problemática es lento y se requieren más sesiones para afianzar la consecución de objetivos.

Los objetivos generales establecidos al comenzar el tratamiento fueron los siguientes:

- Disminuir los síntomas asociados al TOC y ansiógenos
- Eliminar y/o reducir la frecuencia de las compulsiones y obsesiones
- Aumentar la autoestima
- Fomentar las habilidades sociales
- Adquirir habilidades de regulación emocional
- Prevenir la sustitución de compulsiones y las recaídas

En la siguiente tabla se detalla el cronograma de las sesiones con los objetivos específicos junto con las actividades y técnicas empleadas para lograrlos:

Tabla 4

Cronograma de las sesiones

Sesión	Objetivos específicos	Actividades y técnicas
1-2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación inicial ✓ Explicar tratamiento ✓ Delimitar conductas problema 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista Semiestructurada Cuestionario Autobiográfico Inventarios: Y-BOCS y MOCQ
3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar las compulsiones y evaluar su funcionalidad 	<ul style="list-style-type: none"> Análisis ítems inventarios

	✓ Psicoeducación relacionada con los pensamientos automáticos, la ansiedad y el TOC	Psicoeducación características TOC y sintomatología
	✓ Evaluar niveles de autoestima	Definición de sí misma
	✓ Explicar mecanismo de los pensamientos y rumiaciones	Metáfora de la carretera
4	✓ Establecer secuencia de emoción y pensamiento en las compulsiones	Análisis pensamiento y emoción en la compulsión (antes/durante/después)
	✓ Psicoeducación sobre la pérdida de control emocional y la ansiedad como respuesta	Esquema de la pérdida de control emocional y de la relación entre estímulo-pensamiento-emoción-conducta
	✓ Analizar conocimiento y gestión emocional	Análisis diario de emociones
	✓ Aprender a identificar emociones	Rueda emocional
	✓ Incorporar recurso de relajación	Relajación diafragmática
5	✓ Ampliar registro emocional	Análisis diario de emociones
	✓ Incorporar alternativas de pensamiento ante las obsesiones	Distracción cognitiva
	✓ Retirar compulsiones de forma paulatina	Exposición con Prevención de Respuesta (EPR)
	✓ Indagar atribuciones causales	Explicación locus de control
	✓ Evaluar proceso y secuencia de compulsiones	Autorregistro conductual
6	✓ Analizar autorregistro y extraer conclusiones	Análisis autorregistro
	✓ Evaluar estado y evolución de las compulsiones	Exposición con prevención de respuesta
	✓ Incorporar relajación corporal completa	Relajación de Jacobson
7	✓ Analizar estado de las áreas vitales	Rueda de la vida

	✓ Diferenciar “juicio” de “opinión negativa” y trabajar pensamientos disfuncionales	Reestructuración cognitiva
	✓ Buscar conductas adaptativas	Listado conductual
	✓ Identificar el mecanismo emocional que promueve la aparición de compulsiones	Explicación ley de los vasos comunicantes emocionales
	✓ Asociar emociones preestablecidas a momentos vitales	Tarjetas emocionales
8	✓ Buscar elementos en su biografía relevantes en la conducta problema y su aparición, y analizar acontecimientos vitales	Línea de vida
	✓ Evadir momentos de tensión y nerviosismo buscando relajación	Técnica de visualización sensorial
9	✓ Evaluar la presencia de compulsiones de pensamiento	Análisis contenido rumiaciones y función
	✓ Incorporar herramientas de gestión emocional y la expresión del estrés de forma adaptativa	Escritura creativa
	✓ Evaluar área social y círculo de apoyo	Diagrama circular de apoyo emocional
	✓ Incorporar pautas higiene del sueño para su regulación	Psicoeducación higiene del sueño
10	✓ Evaluar estado de las compulsiones	Análisis y operativización de compulsiones
	✓ Confrontar pensamientos negativos y tendencias perfeccionistas	Autorregistro de puntuación de momentos de tensión/nerviosismo (1-10)
	✓ Flexibilizar pautas higiene del sueño	Psicoeducación higiene del sueño
	✓ Indagar en el área social y en vivencias que le han llevado a este patrón relacional	Análisis línea de vida

	✓ Indagar autoexigencia, autoestima y percepción de valía personal	Definición de sí misma y aspectos positivos de su día a día
11	✓ Indagar valores	Listado de valores
	✓ Reestructurar el pensamiento mágico	Reestructuración cognitiva y prueba de realidad
	✓ Incorporar recursos de habilidades sociales	Psicoeducación asertividad
12	✓ Trabajar los derechos básicos de las personas	Psicoeducación de los derechos básicos
	✓ Establecer horario de rutinas relacionado con los cambios de cuatrimestre e incorporar necesidades áreas vitales	Cronograma y horario semanal de organización
	✓ Buscar e introducir actividades placenteras en la rutina y como fuente de refuerzos positivos, búsqueda de actividades	Listado de actividades placenteras y de ocio
13	✓ Buscar el equilibrio en las diferentes áreas vitales: amigos, familia, trabajo y autocuidado	Actividad de la “mesa personal”
	✓ Reajustar horario semanal e higiene del sueño	Incorporación de actividades y pautas
	✓ Comprobar efecto de sobrecompensar la conducta compulsiva	Sobrecompensación compulsiones
14	✓ Operativizar conducta compulsiva en sesión	Exposición en consulta a la conducta compulsiva
	✓ Trabajar pensamientos automáticos erróneos y distorsiones cognitivas	Listado de pensamientos automáticos y análisis de respuestas
	✓ Registrar las obsesiones en el área cognitiva	Reestructuración cognitiva Diario de obsesiones

Descripción de las sesiones

A continuación, se llevará a cabo de manera detallada una descripción de las sesiones llevadas a cabo con Laia manteniendo la estructura empleada en el cronograma.

Las **dos primeras sesiones** estuvieron marcadas por la evaluación de las conductas problema así como por la creación de alianza terapéutica y vínculo, con la finalidad de lograr una buena adherencia al tratamiento. En ellas se le administraron los cuestionarios descritos y se recopilaron los datos necesarios para enfocar el tratamiento. Al igual, se le expusieron las bases del tratamiento y el enfoque terapéutico, para terminar con la firma de consentimiento y compromiso con la intervención.

En la **tercera sesión**, se analizaron los ítems considerados relevantes de los cuestionarios completados proporcionados por la paciente. Con ello, se resolvieron determinadas dudas surgidas y se concretó información relacionada con la conducta problema como por ejemplo, que emplea sustituciones en las conductas compulsivas y la función de relajación que les otorga. También se realizó **psicoeducación** consistente en la explicación por parte de la psicóloga de los conceptos principales del cuadro clínico de Laia, reduciéndose en este caso al TOC, la ansiedad y los pensamientos automáticos. Se incidió a su vez en el buen pronóstico del caso, y se estableció el foco en las situaciones ansiógenas que disparan las conductas compulsivas y las obsesiones, siendo por ejemplo los períodos en los que la paciente se somete a evaluación, una alta carga mental y la autoexigencia con la que enfrenta su día a día. A continuación, se le pidió que se definiera como persona con la finalidad de evaluar niveles de autoestima y una posible tendencia autocrítica y negativa hacia sí misma. Por último, se le explicó el mecanismo de los pensamientos y de las rumiaciones. Para ello se empleó la **metáfora de la carretera** en la que los pensamientos eran los coches y las rumiaciones los atascos. También se barajó la opción de buscar “vías de servicio” ante esos atascos en forma de distracción cognitiva ante las rumiaciones. Como tarea se le prescribió el **diario de emociones**, que consiste en la elaboración de una asociación y descripción de aquellas situaciones evocadoras de emociones en forma de diario o listado. Con ello se pretende establecer una línea base de conocimiento y gestión emocional, al igual que establecer aquellas situaciones que promueven en la paciente desbordes y reacciones emocionales.

La **cuarta sesión** se centró en establecer la cadena de pensamientos y emociones antes, durante y después de las compulsiones. También en ella aparece el pensamiento mágico en forma de verbalización “si no quiero que suceda algo malo tengo que hacerlo”, y se baraja la opción de introducir un ligero aplazamiento en el tiempo de la compulsión. Se le explica la necesidad de ir reduciendo las repeticiones de las conductas y se le pide una descripción de éstas. También se llevó a cabo el análisis del diario de emociones, evaluando el nivel de gestión emocional, y se le proporcionó la **rueda emocional** (ver Anexo 6) como recurso para favorecer una mejor identificación. A continuación, se le explica el proceso de pérdida de control emocional, que consiste en relacionar la emoción y su expresión en el nivel físico, mental y conductual con el paso del tiempo. También se relaciona esto último con el mecanismo de la aparición de síntomas que se determina por la cadena que se retroalimenta formada por estímulos, pensamientos, emociones y acciones conductuales (Ver Anexo 3). Por último, se le introdujo la técnica de **relajación diafragmática** mediante la explicación de la **respiración diafragmática** y se le prescribe su práctica en casa.

En la **quinta sesión** se continuó trabajando sobre el diario emocional semanal y sobre la lista descrita de compulsiones. Con relación a esto último se le propone eliminar dos compulsiones a su elección introduciendo la técnica **exposición con prevención de respuesta**, siendo las elegidas “hacer pis varias veces antes de irse a la cama”, y “contar las veces que se frota la cabeza al lavarse el pelo”. Esta técnica se ha llevado a cabo mediante la exposición de la paciente a los evocadores de sus obsesiones evitando la respuesta compulsiva en forma de compensación para reducir la ansiedad resultante. Debido a que es una técnica sujeta a la exposición y llevada a cabo de forma ambulatoria en el ambiente natural de Laia, las compulsiones a eliminar fueron a su elección en función de la menor ansiedad evocadora. Para facilitarle la exposición, se le proporciona un recurso de **distracción cognitiva** como “vía de servicio” ante los pensamientos rumiativos que le vienen a la cabeza al pensar en no realizar la compulsión ante la aparición de obsesiones (“si no realizo la compulsión me voy a desmallar de los nervios”, “si no lo hago pasará algo malo”). Como sugerencias distractoras se le aportaron las siguientes: elaboración de listas de palabras a su elección, recitar letras de canciones, realizar cuentas matemáticas al azar o ponerse música poniendo el foco de atención en la letra. También se le explica el mecanismo del locus de control con la

finalidad de que se atribuya los méritos de la ligera mejora semanal que presenta, a pesar de encontrarse en período de exámenes y haberse disparado el número de compulsiones. Por último, se tratan las sensaciones físicas previas a la compulsión y se le prescribe el **autorregistro** semanal descrito previamente en la *tabla 1*.

La **sexta sesión** comienza con el análisis del autorregistro del que se extrae la conclusión de la importancia concedida por la paciente a las situaciones sociales. En él aparecen pensamientos obsesivos (“pienso en lo que he hecho durante el día y conversaciones que debo tener que me causan inseguridad”, “consigo pensar en algo que me pone nerviosa y en cómo me va a relajar la compulsión”, “pienso en dudas por cómo he dicho ciertas cosas e ideas de lo que debo hacer”) a veces precedidos de preocupaciones a nivel social, de situaciones que conllevan cierta exposición a la crítica y de obligaciones, viéndose a su vez la función que tienen sus compulsiones. Después de esta identificación se le propone no realizar el ritual de orden de la mesita debido a que se enfrenta a una semana menos exigente a nivel académico, aplicando la **exposición con prevención de respuesta**. Se le explica la **relajación de Jacobson** por grupos musculares bajo la indicación de identificar los síntomas físicos de la ansiedad y las zonas del cuerpo en las que carga tensión. Para terminar, se le pide como tarea que traiga la **rueda de la vida** (ver Anexo 7) puntuando de forma subjetiva el estado actual de sus áreas vitales, con la finalidad de analizarlas y elaborar propuestas de mejora u objetivos.

En la **séptima sesión** se trabajó con la diferencia entre los momentos en los que Laia se juzga y en los que tiene opiniones negativas mediante la técnica de **reestructuración cognitiva**, en este caso aplicada en forma de analizar los pensamientos disfuncionales que surgen en base a esas dos ideas, al igual que los efectos que tienen a nivel social. Se incide también en la búsqueda de conductas adaptativas en momentos en los que presenta nerviosismo, y se propone que aplase un minuto las compulsiones que le ocurren en su mayoría por la noche, usando un temporizador. En la sesión se le explica la **Ley de los vasos comunicantes emocionales** (ver Anexo 5), con el propósito de que entienda el aumento de compulsiones ante el desborde emocional, bajo la explicación siguiente: “intentar ocultar o bloquear algún componente emocional (subjetivo, fisiológico o motor) implica el desborde de los restantes” (Hervás y Moral, 2017). Por último, se trabaja con la **rueda de la vida** y su análisis en base a las diferentes áreas (salud, dinero,

amor, familia, ocio, profesión, desarrollo personal y amigos). Como tarea, se le prescribe la **línea de vida**, la identificación de situaciones que le inducen un estado de nerviosismo, y se le entregan las **tarjetas emocionales** (ver Anexo 4) para que lleve a cabo una identificación de sus emociones en momentos específicos.

La **octava sesión** estuvo marcada por el análisis de la **línea de vida** en el cual se apreciaron eventos relevantes de cara al desarrollo de la conducta problema como por ejemplo la separación de sus padres, el nacimiento de su hermana, múltiples mudanzas y cambios de residencia, dificultades en el colegio con sus iguales y la primera vez que sacó una nota baja. Posteriormente y enlazando con la actividad anterior, debido a que se acercaban las navidades y mantiene discrepancias con ciertos miembros de su familia, se trabajó en buscar recursos para el afrontamiento de posibles situaciones que despertaran la sintomatología ansiosa. También se trabajó en la resolución de conflictos y en la diferencia entre “respetar”, “estar de acuerdo” y “aceptar”. Para lograr una evasión adaptativa, se le explicó la **técnica de visualización sensorial**, procedente del *Mindfulness* consistente en traer a la mente una actividad que le evoque bienestar, y fijar su atención en las sensaciones a través de los sentidos manteniéndose unos segundos desglosando cada sensación (qué ven sus ojos, cómo huele ese sitio, qué está tocando, qué es lo que oye, si tiene algún sabor y qué siente).

En la **novena sesión** se barajó y evaluó la presencia de compulsiones de pensamiento, y se incorporó la propuesta de la técnica de **escritura creativa** ante el desborde de pensamientos, bajo la recomendación de utilizarla en momentos de rumiaciones, estrés y nerviosismo. También mediante un diagrama circular se evaluó la presencia de apoyos sociales, tratándose la cercanía y los valores que respaldan sus relaciones cercanas. Mediante este ejercicio se pudo ver que su círculo social lo componen escasas personas, las cuales se encuentran en la distancia, así como que le cuesta coger confianza y comenzar relaciones de amistad. A continuación, se le mostró la diferencia entre gestionar las emociones y la evitación de las mismas, para terminar con la técnica de **psicoeducación** sobre la higiene del sueño.

La **décima sesión** se realizó en modalidad online debido a que la paciente se encontraba fuera de la ciudad en sus vacaciones de navidad. Laia transmitió la ausencia de conflictos, la presencia de compulsiones sobre todo nocturnas, y una mala higiene del sueño con una alta desregulación. En relación

a esto último, se estableció una flexibilización de pautas de sueño acorde al lugar en el que se encontraba, y se evaluó el estado de las compulsiones que se estaban produciendo exclusivamente antes de acostarse. Laia atribuyó parte de estos sucesos al cambio de residencia por período vacacional, a los pensamientos negativos que se derivaban de tendencias perfeccionistas y al estrés y nerviosismo que experimentaba. Se le pidió llevar a cabo un autorregistro en el que puntuara los momentos de tensión y nerviosismo con la finalidad de plasmar la subjetividad y su interpretación situacional. También se trabajó el área social con vivencias plasmadas en su línea de vida, al igual que su autoexigencia ligada a la baja autoestima que presenta. Para ello se le pidió una definición de ella misma como persona, junto con los aspectos positivos de su día a día. A lo largo de esta sesión surgieron una serie de **valores** mencionados por Laia, relevantes para trabajar la semana siguiente.

En la **sesión once** se comenzó con el trabajo relacionado con los valores que defiende, con los que se identifica y que busca en las personas de su alrededor. De ellos podemos destacar la empatía, el saber escuchar, la libertad y el cariño, pudiéndose también catalogar como cualidades que posee. La sesión continuó con una **reestructuración cognitiva** relacionada con el pensamiento mágico surgido en cuanto a verbalizaciones como “si lo dejo mal, mañana saldrá mal” o “lo tengo que hacer así y no me queda otra”. Para trabajar esto, se le pidió una prueba de realidad consistente en evaluar los sucesos de la semana sin haber llevado a cabo la simetría de la mesita, y pensar en aquellas veces que salieron cosas bien con la mesita sin estar ordenada de forma simétrica. Por último, se comenzó a trabajar en la incorporación de **habilidades sociales** a su repertorio conductual, comenzando por la **asertividad**.

La **sesión doce** continuó con el trabajo de las habilidades sociales, e incorporó la teoría referida a los derechos básicos de las personas, con la finalidad de flexibilizar pensamientos rígidos relacionados con ella misma y los demás. También, debido a la demanda de adaptación a los nuevos horarios cuatrimestrales, se estableció un cronograma y horario semanal de organización, buscando a su vez la incorporación de tiempo de ocio y autocuidado.

La **sesión trece** estuvo marcada por el trabajo en las diferentes áreas vitales y en la búsqueda de su equilibrio. Mediante la muestra de forma gráfica a través de la **actividad de la “mesa personal”** se pudo ver su estado actual y las necesidades de la paciente. Como complemento, se reajustó el horario semanal

y se barajaron nuevas medidas para la higiene del sueño en esta nueva etapa. Por último, se le propuso que eligiera una compulsión y la realizara de manera seguida durante un minuto cada vez que tuviera ganas de realizarla para evaluar su efecto la semana siguiente.

En la **sesión catorce**, se evaluaron los efectos de la sobrecompensación en la compulsión de comprobación consistente en cerrar las botellas de manera repetida, y se operativizó la conducta en sesión mediante **exposición**. También se comenzaron a trabajar los pensamientos automáticos erróneos y las distorsiones cognitivas relacionadas con estos, utilizando la **reestructuración cognitiva**. Por último, se le pidió a la paciente que elaborara un diario de obsesiones semanal con la finalidad de registrar aquellos pensamientos obsesivos que posteriormente derivan en compulsiones.

Actualmente el tratamiento sigue su curso y las técnicas mencionadas son las llevadas a cabo a lo largo de 14 sesiones con la paciente. Este caso contiene una problemática con aspectos que abordar diversos, que hace que el ritmo de trabajo sea lento viéndose afectado a su vez por semanas sin sesión y períodos vacacionales.

6. Valoración del tratamiento

De manera global, en este momento solo se disponen de datos preliminares pendientes de valoración final referentes a la efectividad o la eficiencia de la intervención debido a ser un caso que se encuentra en una fase intermedia de tratamiento. A continuación, se completará la evaluación mediante la valoración de la adherencia al tratamiento de la paciente así como del estado de consecución de objetivos.

Adherencia al tratamiento

Laia ha mostrado desde el comienzo del tratamiento implicación, interés y motivación al cambio. A lo largo de las sesiones se ha comprometido con las tareas recomendadas para la semana, a pesar de las complicaciones y resistencia que presenta a la hora de no llevar a cabo las compulsiones. En relación a esto, sigue mostrando conductas evitativas a la exposición de los síntomas ansiógenos derivados de no

producirlas, y en ocasiones no termina de poner en práctica los recursos como la relajación o la distracción cognitiva proporcionados. En cambio, actualmente se muestra más tranquila y con menos episodios de sintomatología desbordada, al igual que enfocada en gestionar sus emociones. En ocasiones se ha mostrado dubitativa en cuanto a las propuestas de la psicóloga, notándose en lo referente a las compulsiones y a su bloqueo al pensar en no llevarlas a cabo en forma de verbalizaciones como “no sé si podré”. Aun así se encuentra dispuesta a intentarlo a pesar de sentirse con cierta indefensión ante los síntomas, bajo la cual se le comunica que es un proceso lento que requiere ir paso a paso midiendo los efectos y buscando la forma que más se adapte a ella.

La alianza terapéutica desarrollada con la psicóloga es buena, al igual que el vínculo, que promueve que Laia se sienta en un lugar seguro y de confianza. De forma progresiva se van apreciando mejoras sobre todo en lo relacionado con su área personal y conocimiento sobre ella misma. A medida que han ido avanzando las sesiones ha ido mostrando una actitud más abierta y receptiva, en contraste con algunos momentos en los que se mantenía dudosa y con cierto punto de cuestionamiento a las explicaciones aportadas e interpretaciones de su problemática. Su lenguaje no verbal como reflejo de su estado, ha ido cambiando en la dirección de que en las primeras sesiones se colocaba en posición defensiva con las manos agarradas y postura estática, en contraste con las últimas descritas en las que Laia mantenía una postura más cercana y participativa. Como testimonio de la paciente, dice encontrarse mejor, más tranquila y consciente de los síntomas. Aunque le cuesta imaginar aún su vida sin compulsiones ni obsesiones, va apreciando la mejoría que le llevará en un futuro a la remisión de la sintomatología propia del TOC.

Consecución de los objetivos

Al encontrarnos ante una intervención en proceso e inacabada, y debido a la tipología de la problemática, la consecución de objetivos se encuentra parcialmente completada. A continuación, se describirá el estado en el que se encuentran los objetivos generales establecidos al comienzo del tratamiento:

Disminuir los síntomas asociados al TOC y ansiógenos. Debido a que es el objetivo principal que sustenta la demanda de la paciente, fue el primero en el que se fue trabajando. A medida que se han ido esclareciendo las bases de la conducta compulsiva, la fuente de los pensamientos obsesivos, así como la sintomatología ansiógena que la paciente evita, y analizando la necesidad de relajación ante los momentos de estrés, así como los disparadores sociales de las compulsiones, la paciente ha presentado una reducción de la sintomatología. Laia expresa sentirse más tranquila y consciente de su problema, y actualmente se esfuerza por lograr mantener esta remisión parcial de la sintomatología.

Eliminar y/o reducir la frecuencia de las compulsiones y obsesiones. Este objetivo se va reformulando semanalmente en función de las dificultades de la paciente al evitar la compulsión o retrasar su aparición. También se está trabajando en desglosar las obsesiones, su temática y su función. Al ser varias las compulsiones que lleva a cabo y tras estar respaldadas por obsesiones y pensamientos automatizados no identificados, podría decirse que se ha reducido su frecuencia en aquellas etapas en las que la paciente no está sometida a estresores (período de evaluación o vacacional) pero el objetivo se encuentra en proceso.

Aumentar su autoestima. La autoestima de Laia está jugando un papel importante en el tratamiento ya que se encuentra condicionada por la percepción negativa que tiene de sí misma. Actualmente todavía quedan técnicas que implementar para lograr este objetivo, como por ejemplo el *árbol de la autoestima* que consiste en relacionar las cualidades, los logros y las cosas positivas de su día a día, o la *creación de su yo ideal* en base a los objetivos personales que persigue. En consulta se aprecia una ligera mejoría mediante el aumento de verbalizaciones positivas sobre ella misma (“sí me veo capaz”, “valgo la pena como persona”) que reflejan una tendencia positiva en relación a la consecución del objetivo.

Fomentar las habilidades sociales. Después de la psicoeducación llevada a cabo relacionada con las habilidades sociales, Laia refiere sentirse más tranquila y cómoda en los entornos sociales. Ahora posee más recursos para enfrentarse a la crítica y a la visión negativa de sí misma y los demás. También recurre a la flexibilización de las interacciones debido a que refiere tener más facilidad de ponerse en el lugar del otro. Actualmente está aprendiendo a diferenciar actitudes propias y ajenas que le permiten entender su comportamiento, el de los demás y ser consecuente con los objetivos de cada interacción social.

Adquirir habilidades de regulación emocional. A lo largo de las sesiones se le han proporcionado técnicas y conocimiento relacionado con las emociones, el papel que juegan en su comportamiento y cómo influyen en su día a día. Laia está aprendiendo a discriminar aquellas emociones que le influyen en su percepción situacional, así como a validarlas y gestionarlas de forma más adaptativa con herramientas como la escritura, la relajación y actividades que le producen placer. Esto se ve plasmado cuando refiere que gestiona sus desbordes emocionales escribiendo lo que le ocurre y tocando el piano. También se siente más segura ya que consigue entender y desglosar las emociones que va experimentando, y puede anticiparse ante los sucesos que considera potencialmente estresantes que hasta ahora han promovido desbordes emocionales y en consecuencia un aumento de la sintomatología obsesivo-compulsiva. Este objetivo se encuentra casi al final de su proceso de consecución debido a que la gestión emocional en situaciones complejas cada vez es más efectiva.

Prevenir la sustitución de compulsiones y las recaídas. Este objetivo, al resultar ser el último está lejos de su consecución debido a que entraría a ser prioritario en la fase final de tratamiento y en el seguimiento.

Actualmente no se disponen de medidas pre y post tratamiento debido a que la intervención se encuentra en la fase intermedia. En este caso, la forma de medir el progreso y el avance terapéutico se reduce a las verbalizaciones de la paciente, a la observación en consulta y a la variación en el estado emocional que presenta a medida que va asistiendo a las sesiones. La previsión futura de cara a medir el progreso y obtener datos objetivos y cuantificables es volver a proporcionar a la paciente las pruebas usadas en la evaluación inicial (Y-BOCS y MOCQ) con la finalidad de obtener una medida post tratamiento de comparación. También se prevé el establecimiento de un seguimiento mensual de tres sesiones, y trimestral de dos sesiones, para afianzar el cambio conductual y prevenir recaídas en forma de resurgimiento de obsesiones y compulsiones.

Dificultades

La incorporación de técnicas procedentes de otros enfoques psicológicos, una escasa operativización de obsesiones y compulsiones y dudas con respecto a la incorporación de un diagnóstico comórbido de

ansiedad, han resultado ser dificultades surgidas en el tratamiento. Resulta complicado establecer una valoración de una intervención desde un enfoque integral con escasas referencias de efectividad, y sin tener medidas del mantenimiento de los avances a largo plazo. También el abordaje sesión a sesión sin continuidad en la operativización de las conductas problema ha dificultado apreciar avances con relación a las obsesiones y compulsiones, sin permitir medir hasta qué punto estaba poniendo en práctica la paciente en su ambiente natural la exposición con prevención de respuesta o la sobrecompensación. El proponer a Laia dejar de realizar algunas de las compulsiones sin haber trabajado en las obsesiones o en la función que les otorga, ha podido retrasar la mejoría debido a la generación de resistencias por no verse preparada. También, se ha apreciado una parte de ensayo-error en el tratamiento que no ha terminado de proporcionar una visión clara sobre lo que le funciona a Laia y el camino a seguir para introducir mejoría en su cotidianidad. Por último, las discrepancias con respecto a enfocar el TOC desde un trastorno de ansiedad debido a la anterior categorización diagnóstica del DSM-IV (APA, 2003), ha generado un encuadre confuso y difícil de valorar.

7. Discusión y conclusiones

Uno de los trastornos mentales más incapacitantes a nivel cotidiano es el TOC (Chocron, 1995) siendo el caso de Laia un reflejo de las limitaciones y las dificultades a las que se enfrentan las personas con este tipo de patologías. El hecho de que la demanda principal de esta paciente se centre en poder dejar de realizar compulsiones, denota que el componente visible y comportamental de este trastorno genera mucho sufrimiento y desesperación en quien lo padece.

Existe evidencia empírica de la efectividad y eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el TOC (Ceballos y Alonso, 2015) y de la remisión de los síntomas aplicando técnicas como la exposición con prevención de respuesta, técnicas de desactivación fisiológica y reestructuración cognitiva, entre otras mencionadas. En este caso, parcialmente se ha podido apreciar la mejora y consecución de objetivos,

mediante las técnicas propias del enfoque cognitivo-conductual, así como de aquellas incorporadas de otros enfoques. En lo referente a la hipótesis inicial establecida, se podría decir que queda corroborada ya que a pesar de que las categorías diagnósticas determinen el tipo de sintomatología en cada uno de los trastornos, pueden relacionarse síntomas derivados de otros problemas como en este caso son los ansiógenos (recordemos que la paciente realizaba las compulsiones cuya función radicaba en evitar la sintomatología ansiosa y obtener relajación). También con esto se aprecia que la aparición de un trastorno puede estar relacionada con la evitación de los síntomas característicos de otro, lo cual abre una brecha entre las delimitaciones y requisitos diagnósticos. Al igual, también se ha visto que la comorbilidad es otro aspecto que se ha contemplado debido a que anteriormente el TOC formaba parte de un subtipo de ansiedad. El enfoque en relación a este tipo de bifurcaciones es esencial, debido a que no es lo mismo tratar los síntomas ansiosos derivados de no realizar una compulsión, que el pensamiento mágico que puede surgir en momentos puntuales.

En cuanto a los resultados temporales obtenidos por encontrarse el caso en una fase intermedia de tratamiento, se podría afirmar que van en consonancia con la tipología clínica del trastorno. La intervención diseñada se ha caracterizado por abarcar componentes cognitivo-conductuales, así como humanistas y centrados en la emoción. En este caso en particular, se ha mostrado un abordaje amplio centrado en varias áreas de la vida y cotidianidad de la paciente, siendo relevante de cara a la novedad introducida en el tratamiento. En el caso concreto de Laia, el abordaje desde la emoción le ha permitido relacionar su sintomatología conductual con su gestión emocional poco adaptativa, y ser consciente de que con un mejor conocimiento y estableciendo vías de autorregulación más prácticas la aparición de las compulsiones y obsesiones irá remitiendo ya que perderán su funcionalidad. Este hecho supone la aparición de una vía terapéutica en personas muy racionales, que se mueven en el terreno de los pensamientos disfuncionales y que únicamente identifican los componentes mentales y conductuales sin reconocer los emocionales y su efecto, como en el caso de Laia. El descubrimiento de su emocionalidad ha sido clave a pesar de mostrarse en ocasiones bloqueada y solo enfocada en su conducta. Como desviaciones de lo esperado en relación al avance, resalta la necesidad de incorporar más sesiones alargando el tratamiento y posponiendo la consecución de objetivos en el tiempo.

Al tratarse de un estudio de caso único, encontramos una restricción clave relacionada con la posibilidad de generalización de los resultados y la efectividad de las técnicas novedosas empleadas. Este estudio se reduce a la aplicación de un tratamiento en un contexto determinado con una relación terapeuta-paciente específica. La calidad de los resultados se ve influida por la ausencia de estresores ambientales ni cambios vitales en la vida de la paciente a lo largo de la terapia. De no haber sido así, podría haber interferido en el tratamiento aumentando la probabilidad de empeoramiento de la sintomatología debido al peso que tienen los estresores en relación a su influencia en personas con TOC.

Como limitaciones en el estudio del caso, encontramos la dificultad en hallar una línea base de síntomas ansiógenos con la cual realizar una comparación, así como la escasez de autorregistros proporcionados a la paciente. También, características personales de Laia como una actitud reservada en consulta y poca expresión relacionada con las situaciones que se le presentan, ha dificultado el hecho de analizar la repercusión y el peso emocional que supone para ella determinados acontecimientos. Al igual, una operativización escasa de las conductas compulsivas, así como de las obsesiones y la dificultad comprensible de la paciente en prevenir su aparición, han resultado ser obstáculos añadidos a la complejidad del caso. Por último, el barajar de forma tardía el componente de personalidad que puede estar influyendo en la sintomatología, al igual que el componente cognitivo a nivel de obsesiones, ha podido retrasar el avance del tratamiento desde esta otra vía de trabajo. En añadido, es importante recalcar que una buena implicación y compromiso con el tratamiento traduciéndose en una mejoría en este tipo de problemáticas es esencial para lograr un mayor avance y percibir una consecución de objetivos más ágil.

De cara a investigaciones futuras, sería interesante la investigación e incorporación de elementos y técnicas basados en otras corrientes psicológicas como complemento al enfoque cognitivo-conductual respecto al TOC. En ocasiones los pacientes traen a consulta una problemática muy característica que puede verse agravada por bloqueos emocionales, vivencias traumáticas o una gestión personal poco adaptativa. Indagar en las vías de gestión emocional, así como abordar otros aspectos problemáticos no tan visibles, aunque se retrase la mejora aparente en los síntomas conductuales, puede generar un

avance más duradero en el tiempo. Con ello, me refiero a atajar la base de los síntomas sin centrar únicamente la atención en la conducta visible y su modificación.

Conclusión

El TOC resulta ser uno de los trastornos más conocidos a nivel social muy tratado desde el cine y el teatro, a pesar de no mostrarse del todo en ese medio audiovisual lo que supone y lo que guarda para la persona que lo padece. Desde una perspectiva académica y profesional es apasionante este tipo de problemática, pero a la vez supone un reto tanto para el psicólogo como para el paciente en lo referente a su abordaje. De primeras, y sobre todo bajo la condición de novato, es fácil que aparezca en el terapeuta la prisa por disminuir la sintomatología y apreciar cambios. Todo ello en un contexto de necesidad por parte del paciente de la remisión de su malestar y en un marco contrarreloj que afecta una cotidianeidad. Este tipo de pacientes enseñan mucho de lo que es vivir con un trastorno socialmente llamativo por esa sintomatología aparentemente extravagante. Y le encuentran sentido, para ellos lo tiene y para nosotros como psicólogos también termina teniéndolo. Una vez averiguas la función, la recompensa, lo que obtiene a pesar de sufrir realizándolo, te das cuenta del mecanismo subyacente y de la cantidad de engranajes y piezas que tiene este trastorno. Se pueden ver los momentos que lo marcaron, aparentemente insignificantes desde fuera, pero relevantes en su vida, como puede ser tragarse una espina en el caso de Laia. Cada vez más se aprecia la necesidad de individualizar los tratamientos y flexibilizar las técnicas desde un enfoque integral centrado en las necesidades de la persona. Esta alteración adquiere su propia forma con cada paciente, su operativización es lenta y variable, y los objetivos deberían enfocarse en varias áreas y aspectos diversos, aquellos que se ven afectados por la sintomatología. A medida que el paciente va siendo capaz de enfrentarse a la evitación y de gestionar emocionalmente los síntomas de forma que vea que tiene las herramientas necesarias de afrontamiento, las compulsiones, siendo la parte visible, irán remitiendo.

Aquí se ha mostrado un caso de TOC desde una perspectiva flexibilizada de abordaje. Se han plasmado sus características peculiares, su avance a medio plazo y la prioridad de incidir en síntomas en lugar de en el trastorno como tal. El principal objetivo marcado como remisión parcial de la sintomatología se

encuentra en un progreso adecuado, de forma que de cara a la práctica clínica se deduce la necesidad por parte del psicólogo de proporcionar tiempo y paciencia. A su vez, el refuerzo de pequeños logros también se torna necesario en esta sintomatología y avance que en ocasiones se ve marcado por la incertidumbre. Trabajar con el TOC es muy revelador, requiere implicación y flexibilidad, y por último la creación de una estructura de base para ir construyendo un afrontamiento y gestión más adaptativas. Una de las claves la podemos encontrar en proporcionarles mediante demostraciones reales que su vida cotidiana puede ser más satisfactoria, saliendo de su zona de confort de obsesiones, compulsiones y rituales.

8. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. Artmed Editora.
- Beck, J. (2001). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. España: Gedisa
- Berrío García, N. y Luciano Restrepo, D. (2017). Instrumentos de evaluación del trastorno obsesivo compulsivo: revisión. *Revista Poiésis*, (32), 101-115.
- Caballo, V. E. (Ed.). (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2). Siglo Veintiuno de España.
- Ceballos, M. V., y Alonso, M. T. O. (2015). Aplicación de la terapia cognitivo–conductual en un caso de trastorno obsesivo compulsivo. *Revista de casos clínicos en salud mental*, 3(1).
- Fernández Ballesteros, R. y Carrobles, J. (1988). *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*. Pirámide.
- Chocrón, L., Vilalta, J., Legazpi, I., Auquer, K., y Franch, L. (1995). Prevalencia de Psicopatología en un centro de atención primaria. *Atención Primaria*, 16, 586-90
- Foa, E.B., Kozak, M.J., Goodman, W.K., Hollander, E., Jenike, M.A. y Rasmussen, S.A. (1995). DSM IV field trial: obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 990-996.
- Foa, E.B., Liebowitz, M.R., Kozak, M.J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M.E., ... y Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine,

- and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162(1), 51-61.
- Hervás, G., & Moral, G. (2017). Regulación emocional aplicada al campo clínico. *Universidad de Complutense de Madrid*.
- Irfan, U., Khalid, S. y Waqar, S. (2011). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive compulsive disorder: a qualitative review. *Pakistan Journal of Pharmacology*, 28(2), 65-74.
- Jenike, M.A. (2004). Obsessive–Compulsive Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 350, 259-65.
- León-Quismondo, L., Lahera, G., y López-Ríos, F. (2014). Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 725-740.
- López Jiménez, M. T., Barrera Villalpando, M. I., Cortés Sotres, J. F., Guines, M., y Jaime, M. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud mental*, 34(2), 111-120.
- Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de neuropsiquiatría*, 80(1), 35-35.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. Editorial El Manual Moderno.
- Öst, L. G., Riise, E. N., Wergeland, G. J., Hansen, B., y Kvale, G. (2016). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 58-69.

- Pena-Garijo, J., y Ruipérez Rodríguez, M. Á. (2012). Actualización en trastorno obsesivo compulsivo: de las propuestas categoriales a las dimensiones sintomáticas. *Revista psiquiatría.com* 16:6.
- Rasmussen, S.A., Jane, M.D. y Eisen, J.L. (2001). Epidemiología y rasgos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo. En *Trastornos obsesivo-compulsivos. Manejo práctico*. (Editado por Jenike, M.A., Baer, L. Minichiello, W. E.). Madrid: Ediciones Harcourt.
- Regier, D.A., Myers, J.K., ... y Locke, B.Z. (1984). El programa del Área de captación epidemiológica del NIMH: contexto histórico, objetivos principales y características de la población de estudio. *Archivos de psiquiatría general*, 41 (10), 934-941.
- Skinner, B. F. (1966). What is the experimental analysis of behavior?. *Journal of the Experimental Analysis of behavior*, 9(3), 213.
- Torres A.R., et al., (2016). Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *J Affect Disord*. 190:508–16.
- Turner, M.S., y Beidel, D.C. (1992). Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena?. *Clinical Psychology Review*, 12, 257–270.
- Vallejo, M. A. y Ruiz, M. A. (1993). *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Madrid-Empresa.
- Vellosillo, P. S., y Vicario, A. F. C. (2015). Trastorno obsesivo compulsivo. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(84), 5008-5014.

9. ANEXOS

Anexo 1



CUESTIONARIO AUTOBIOGRÁFICO

Este cuestionario está construido para darnos información de su situación presente y pasada, lo cual nos permitirá ayudarle en sus problemas. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales y no serán reveladas a nadie sin su consentimiento.

Fecha:.....

1. DATOS IMPORTANTES

Nombre.....Edad.....

2. MIEDOS Y PENSAMIENTOS NEGATIVOS

Escriba a continuación alguno de los miedos que usted tiene:

.....

Si usted tiene alguno de los pensamientos que se describen a continuación, señale la frecuencia y sus ocurrencias.

	Apenas	En ocasiones	Con frecuencia
La vida no merece la pena
Me encuentro solo
El futuro es desesperanzador
A nadie le importo
Me dan ganas de matarme



Soy un desastre
 Intelectualmente soy inferior a otros
 Normalmente a la gente no le gustó
 Me voy a desmayar
 Voy a tener un ataque de pánico
 Otros pensamientos negativos:

3. ESTADO MATRIMONIAL Y DE RELACIÓN DE PAREJA

Describa a las personas que viven con usted en el hogar y sus relaciones con ellas:

Relación (suegra, esposa, hijos) Nombre

.....

4. TRABAJO

Escriba los trabajos que usted ha mantenido y sus fechas. Después anote qué aspectos de cada trabajo eran los más agradables para usted (con quién trabajaba, qué tipo de trabajo) y qué aspectos le producían más ansiedad y molestias

Fecha	Nombre de trabajo	Salario	Le gustaba	Le desagradaba
.....
.....
.....

¿Con qué frecuencia faltaba al trabajo?

- a) de una manera general en todos los trabajos
- b) lo normal en un trabajo
- c) lo normal en un trabajo desagradable

¿Cómo se ha llevado con sus compañeros? Mal Bien Muy bien

¿Qué le molesta/molestaba más de sus compañeros?.....

¿Cómo se llevaba con sus superiores?.....

.....
¿Qué le molesta/molestaba más de sus superiores?.....

.....
¿Qué aprendizaje o educación relevante ha tenido usted en sus habilidades ocupacionales?
(Describa tanto cursillos en el trabajo como cursos de trabajo).....

.....
¿Actualmente qué trabajo, si lo hay, está llevando a cabo?.....

.....
Le satisface: Intelectualmente Emocionalmente Físicamente

¿Qué ambiciones tiene en el presente?.....

5. HISTORIA DE SU SALUD

Escriba alguna enfermedad de la infancia que haya tenido.....

.....
Si ha tenido intervenciones quirúrgicas, descríbalas.....

.....
¿Ha tenido alguna enfermedad importante en el pasado?.....

.....
Describa sus dolencias físicas presentes (tensión alta, diabetes, problemas de corazón,
etc.).....

.....
¿Cuándo fue la última vez que usted se hizo un examen físico completo?.....

.....
¿Cuáles fueron los resultados?.....

.....
¿Tiene algún problema para dormir?..... ¿Cuánto tiempo tarda en quedarse dormido una
vez que se ha ido a la cama?..... ¿Se despierta durante la noche?..... ¿si se
despierta, puede volver a dormirse fácilmente?.....

.....
¿Qué medicamentos para dormir está tomando actualmente y por qué?.....

.....
¿Cómo es su apetito?.....

6. FAMILIA (S.P)

Madre

Nombre..... Edad..... Ocupación.....
 Religión..... Estatura..... Peso.....
 ¿Cómo le castigaba usted?.....
 ¿Cómo le premiaba?.....
 ¿Qué hacía usted para que le castigara?.....

 ¿Qué hacía usted para que le premiase?.....

 ¿Cómo describirían los demás a su madre?.....

 ¿Cómo describiría usted a su madre?.....

¿Qué actividades hacía usted con su madre cuando era un niño?.....

 ¿Cómo se llevaba con su madre?.....

Padre
 Nombre..... Edad..... Ocupación.....
 Religión..... Estatura..... Peso.....
 ¿Cómo le castigaba a usted?.....
 ¿Cómo le premiaba?.....

 ¿Qué hacía usted para que le castigara?.....

 ¿Qué hacía usted para que le premiase?.....

 ¿Cómo describirían los demás a su padre?.....

 ¿Cómo describiría usted a su padre?.....

 ¿Qué actividades hacía usted con su padre cuando era un niño?.....

 ¿Cómo se llevaba con su padre?.....

Hermanos y hermanas

Nombre Edad Cómo se llevan/llevaban

¿Tenían preferencia su padre o madre?..... Si es así, ¿a quién y por qué?.....

.....
.....
¿Cómo se llevan/llevaban su madre y su padre?.....
.....

7. ASPECTOS SEXUALES Y DE RELACION DE PAREJA PRESENTE O PASADAS

¿Era el sexo un tema que siempre se hablaba en su casa?

- a) nunca
- b) ocasionalmente
- c) frecuentemente

¿Cuál era la actitud de sus padres concerniente al sexo?.....
.....

- a) se hablaba de ello sin vergüenza
- b) no exactamente sin vergüenza, pero no se discutía mucho
- c) se hablaba de ello como una función natural que se puede discutir sin dificultad alguna.

Para mujeres

¿Cuándo tuvo su primer periodo?.....

¿Sus periodos son regulares ahora?.....

¿Cómo son sus periodos?

- a) sin molestias
- b) con alguna molestia
- c) con mucha molestia

¿Se siente frecuentemente depresiva justo antes de tener el periodo?.....

¿Usa usted algún tipo de anticonceptivo?..... ¿Qué tipo?.....

Para hombre y mujer

¿Cómo se lleva usted con su esposo/esposa? (describa su relación en una escala de 1-5):

- a) muy pobre

- b) pobre
- c) mediano
- d) bien
- e) excelente

¿Con qué frecuencia usted y su pareja tienen relaciones sexuales?

- por semana.....
- Por mes.....

¿Quién es el miembro dominante en su pareja o relación?

Escriba alguna de las conductas de su pareja que usted encuentra desagradable...
.....
.....
.....

Describa algunas de las conductas de su pareja que usted encuentra agradable....

.....
.....
.....

8. CONDUCTUAL (S.P)

Describa algunos defectos que usted cree que tiene.....
.....
.....
.....

Señale sus características positivas.....
.....
.....
.....

Por favor, señale lo que usted cree que podría ayudarnos a comprender su problema.....
.....
.....

9. EDUCACIÓN (S.P)

Nombre de la escuela localización fecha ¿cómo fueron sus niveles?

Primaria.....
Secundaria.....
Bachillerato.....
Facultad.....
Postgraduados.....

¿Cómo se ajustó a la situación escolar? Poco bastante mucho excelente
Escriba algunas situaciones significativas en relación al colegio y que usted crea que han repercutido sobre su problema actual.....

.....
.....
.....

¿Intereses y entretenimientos cuando era niño?.....

.....
.....
.....
¿Intereses y entretenimientos en el presente?.....
.....
.....

10. RELIGIÓN (S.P)

¿Es usted una persona religiosa?..... Si lo es, católica..... Otras.....

¿En la actualidad asiste a otras ceremonias religiosas?.....

Si es así, descríbalas.....
.....

11 RELACION SOCIAL

Personas fuera de la familia con las que se relaciona habitualmente. ¿Qué le aportan?

Nombre:.....
.....

¿Ha tenido conflictos con compañeros y/o amigos?

Si es así, descríbalos.....
.....
.....
.....

Anexo 2

¿Qué estoy haciendo?	¿Qué pienso?	¿Qué siento?	¿Qué hago?	Consecuencias / Extras.
Proceder a peinarme o lavarme los dientes → quitarme uné	Cualquier cosa del día pasado y el siguiente, dudas por cómo he dicho ciertas cosas e ideas de lo que debo hacer al día siguiente.	Se me acelera el corazón, me tiemblan un poco las manos. También siento muy tensa la zona del pecho.	La compulsión hasta que me paro a pensar en ella por quinta vez y paro.	
• Irme a la cama → poner alarmas	En todas las obligaciones que tengo la mañana siguiente y lo importante que es que me levante a tiempo.	No me da tiempo a notar cambios.	Revisar varias veces las alarmas.	Me río un poquito porque pienso que era evitable.
• Lavarme los dientes → sentir el cepillo	Consigo pensar en algo que me pone nerviosa y en cómo me va a relajar la compulsión.	Me sudan un poco las manos (aunque mojadas no se nota).	La compulsión. Dudo varias veces porque soy consciente de lo que hago, pero me da un poco porque me tranquiliza.	
• Lavarme el pelo → contar las veces	Pienso en lo que he hecho durante el día y conversaciones que debo tener que me crean inseguridad.	No siento cambios. Quizás el pulso algo acelerado pero en la ducha no me suele pasar.	Sin pensar, decido contar las veces porque me crea mucha culpabilidad y evita dudar de mí misma.	
• Cerrar un tapón muchas veces	Estaba pensando en un amigo.	Muchos nervios. Me sudan algo las manos.	Lo realizo sin parar a pensar lo que hago porque estoy nerviosa y es calmante.	

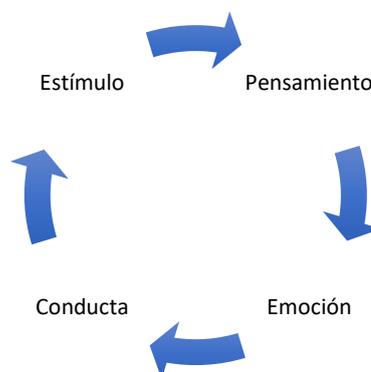
Anexo 3

CICLO DEL PENSAMIENTO-EMOCIÓN-CONDUCTA

- Estímulo: Algo ante lo que reaccionamos o que nos provoca una respuesta. Inicialmente son neutros y adquieren valor en función de nuestras vivencias, creencias e interpretación.
- Pensamiento : Se genera ante el estímulo y su contenido varía en función de la percepción subjetiva que se realice sobre este. Su valor (positivo o negativo) influirá en la emoción resultante.
- Emoción : Nos da información sobre el interior y exterior y se produce a raíz del pensamiento. Pueden ser adaptativas (nos conducen a un objetivo, tienen sentido, son buenas) o desadaptativas (nos alejan de nuestros objetivos y actúan como obstáculos).
- Conducta : Elemento que resulta de la emoción y la reacción que adoptamos ante ella. Las conductas pueden ser activas o pasivas. Las conductas negativas pueden a su vez generar estímulos negativos y viceversa. Es el elemento en el que más cambios perceptibles se pueden aplicar.

Todos los componentes se retroalimentan entre ellos y pueden ser negativos o positivos. Introducir cambios en uno de ellos genera efectos en los demás. Por ejemplo, si introducimos una conducta que nos gusta, se pueden generar pensamientos positivos y en consecuencia emociones positivas. El valor de los elementos no tiene porqué ser el mismo, habrá veces que nos encontremos elementos positivos y negativos en un mismo ciclo.

A veces nos quedamos atascados en uno de los elementos viendo que interfiere en los demás. Haciéndolos conscientes y analizando el ciclo pensamiento-emoción-conducta se pueden producir cambios volviendo los elementos negativos en positivos.



Anexo 4

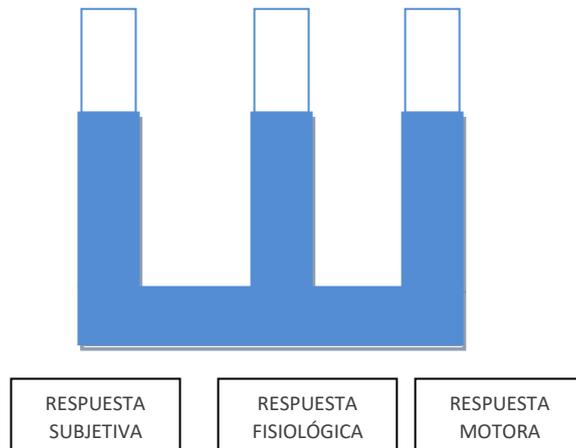
Tarjetas emocionales

CULPABLE	INJUSTICIA	AFORTUNADO/A	INTERESADO/A
CONFUSO/A	HUMILLADO/A	ENCANTADO/A	CONCENTRADO/A
ABATIDO/A	AVERGONZADO/A	APRECIADO/A	OPTIMISTA
DOMINADO/A	DESPRECIADO/A	INSPIRADO/A	EMOCIONADO/A
DESILUSIONADO/A	RECHAZADO/A	ALEGRE	CONFIADO/A
ENGAÑADO/A	AGOTADO/A	QUERIDO/A	ESPERANZADO/A
TRAICIONADO/A	CABREADO/A	LIBRE	RADIANTE
IRRITADO/A	IMPOTENTE	SEGURO/A	COMPLACIDO/A
AMENAZADO/A	TENSO/A	DESCANSADO/A	DESPIERTO/A
OFENDIDO/A	INDEFENSO/A	PACÍFICO/A	ENTUSIASMADO/A
BLOQUEADO/A	TRISTE	EXULTANTE	VALORADO/A
DECEPCIONADO/A	ATRAPADO/A	AUTÓNOMO/A	ESPERANZADO/A
ASUSTADO/A	ARREPENTIDO/A	CUIDADO/A	AGRADECIDO/A
INSATISFECHO/A	VACÍO/A	SOÑADOR/A	INVOLUCRADO/A
TEMEROSO/A	INQUIETO/A	ILUSIONADO/A	HALAGADO/A
HUMILLADO/A	PREOCUPADO/A	SERENO/A	COMPRENDIDO/A
COLÉRICO/A	DESCONFIADO/A	EXPECTANTE	MOTIVADO/A
FRUSTRADO/A	DESCONTROLADO/A	RELAJADO/A	VITAL
ANGUSTIADO/A	NERVIOSO/A	DIVERTIDO/A	UNIDO/A A...

Anexo 5

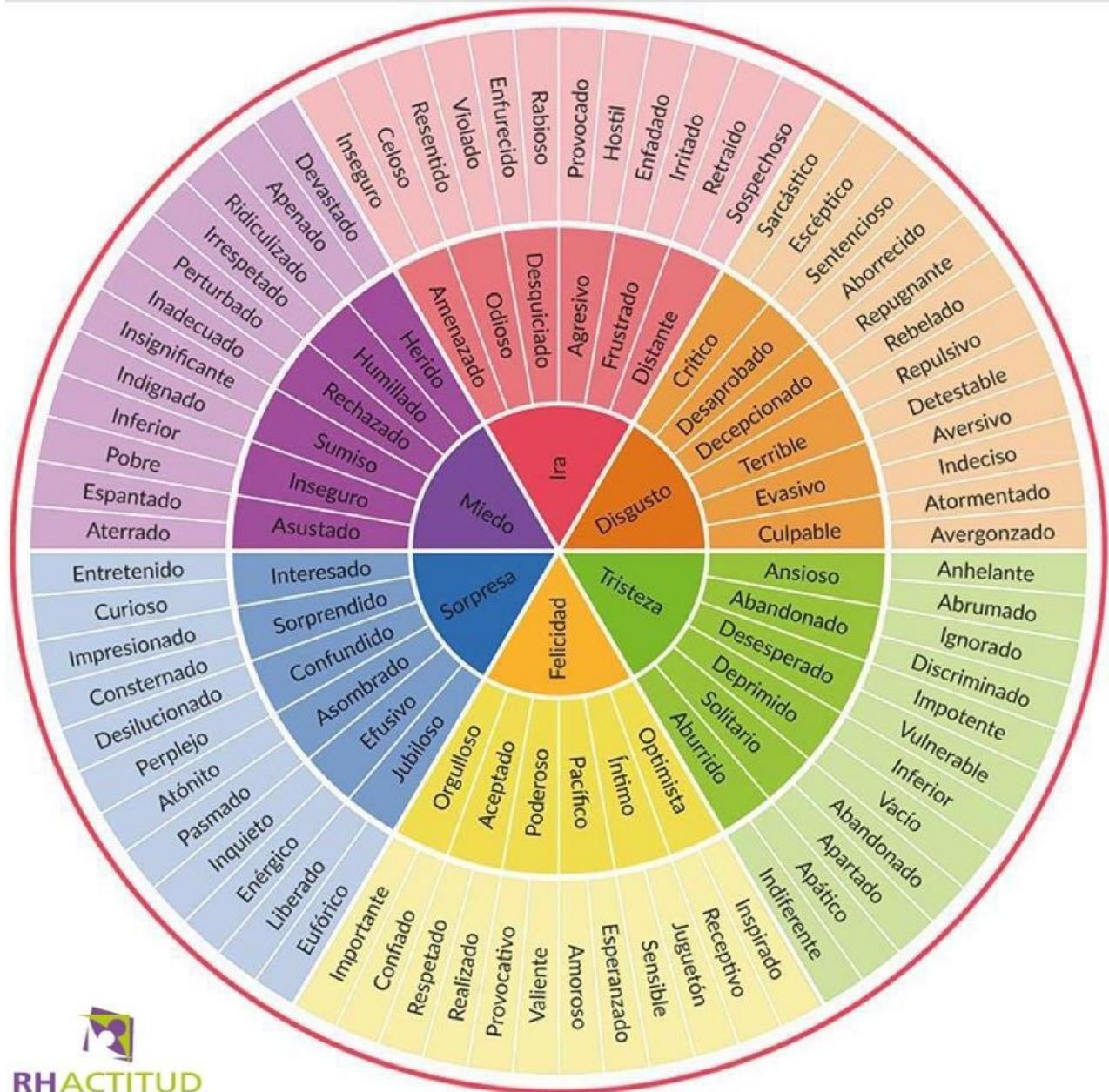
Ley de los vasos comunicantes emocionales

Las emociones tienen tres sistemas de respuesta, subjetiva, fisiológica y motora. Si yo reprimo e intento evitar una de ellas, los otros dos sistemas se desbordan. El control subjetivo genera desgaste físico, y también desgasta el autocontrol (Hervás y Moral, 2017).



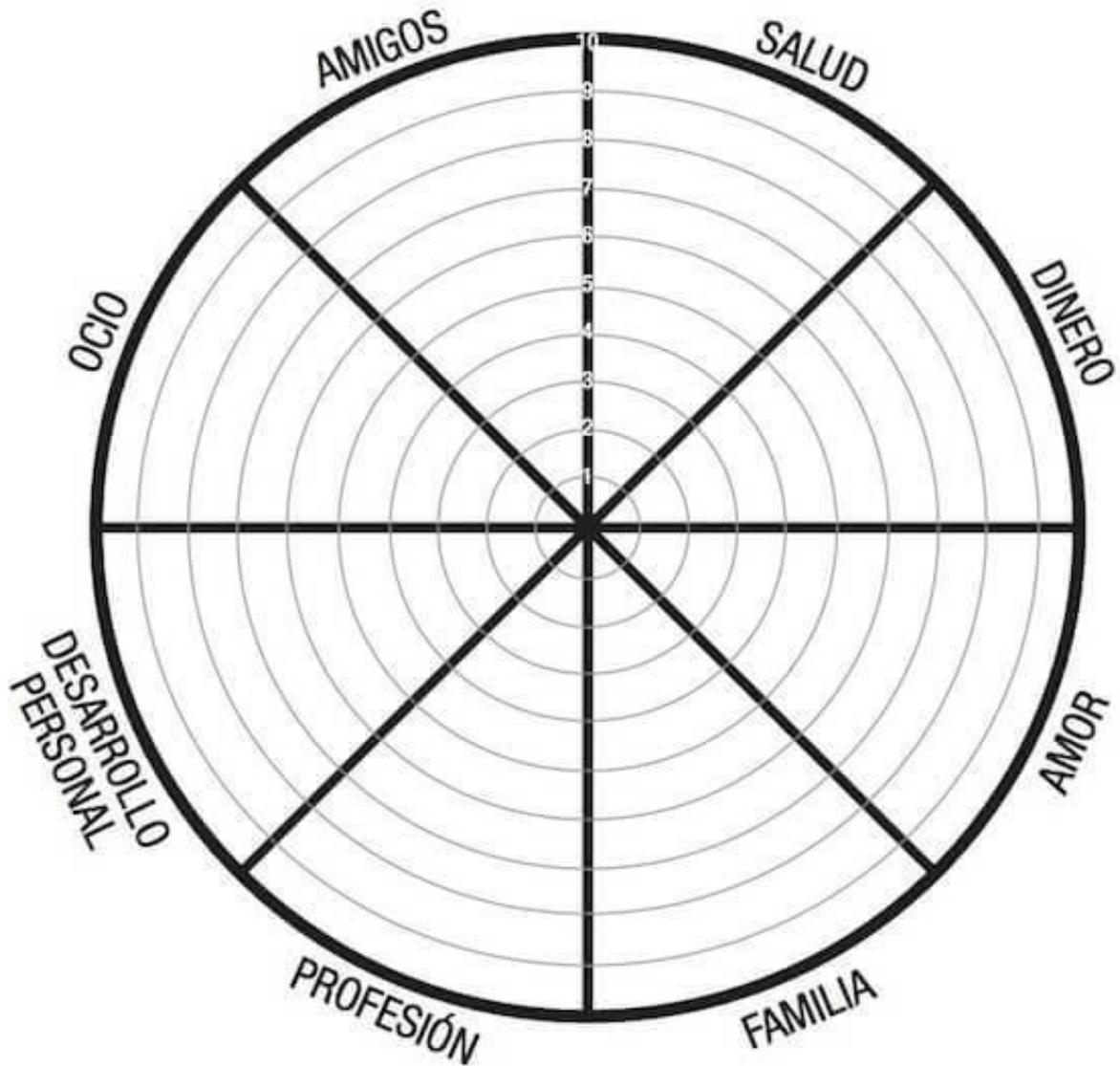
Anexo 6

Rueda emocional



Anexo 7

Rueda de la vida



Anexo 8



Por favor, conteste marcando con una cruz verdadero o falso. No hay respuestas correctas ni incorrectas, ni preguntas engañosas. Respuesta rápidamente, sin pensar demasiado en el significado exacto de las preguntas.

	<i>Verdadero</i>	<i>Falso</i>
1.- Evito usar los teléfonos a causa de una posible contaminación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- Frecuentemente tengo pensamientos sucios y me cuesta librarme de ellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- La honestidad me preocupa más que a la mayoría de la gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- A menudo llego tarde porque me resulta imposible terminar todas las cosas a tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- Al tocar un animal, no me preocupo demasiado por la contaminación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- A menudo he de revisar las cosas (por ej. la llave del gas, los grifos, las puertas, etc) varias veces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- Tengo una conciencia muy estricta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Encuentro que casi cada día estoy preocupado por pensamientos desagradables que entran en mi mente contra mi voluntad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- No me preocupo demasiado si choco con alguien accidentalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- A menudo tengo serias dudas sobre las cosas sencillas que hago cada día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- Ninguno de mis padres fue muy estricto durante mi infancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- Tiendo a retrasarme en mi trabajo a causa de repetir las cosas una y otra vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- Uso sólo una cantidad media de jabón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- Algunos números son de muy mala suerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- No reviso las cartas una y otra vez antes de echarlas al correo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.- No tardo mucho tiempo en vestirme por la mañana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.- No me preocupo excesivamente por la limpieza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.- Uno de mis mayores problemas es poner demasiada atención en los detalles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.- Puedo usar los lavabos bien cuidados sin ninguna vacilación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.- Las reiteradas comprobaciones son mi mayor problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.- No estoy excesivamente preocupado por los gérmenes y las enfermedades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.- No tiendo a comprobar las cosas más de una vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.- No sigo una rutina muy estricta al hacer las cosas corrientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.- No siento mis manos sucias después de tocar dinero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.- Normalmente no cuento cuando estoy haciendo una tarea rutinaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.- El aseo me ocupa bastante tiempo por la mañana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.- No uso gran cantidad de antisépticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.- Cada día gasto gran cantidad de tiempo en comprobar las cosas una y otra vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.- Por la noche, colgar y doblar mi ropa no me quita mucho tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.- Incluso cuando hago alguna cosa muy cuidadosamente acostumbro a pensar que no es totalmente correcta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 9



Identificación Fecha

	ACTUALES		PASADAS	
	Si	No	Si	No
OBSESIONES AGRESIVAS:				
- Miedo a poder hacerse daño a sí mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a poder hacer daño a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Imágenes violentas o terribles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a decir impulsivamente obscenidades o insultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a hacer algo embarazoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a actuar bajo impulsos no deseados (apuñalar a un amigo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a robar cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a herir a otros por no tener suficiente cuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a ser responsable de que algo terrible suceda (fuego)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSESIONES DE CONTAMINACIÓN:				
- Preocupación o disgusto por los desechos o las secreciones corporales (orina, heces, saliva)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Preocupación por la suciedad o los gérmenes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva preocupación por los agentes contaminantes ambientales (asbesto, radiaciones, residuos tóxicos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva preocupación por los productos del hogar (productos de limpieza, solventes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva preocupación por los animales (insectos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Preocupación por sustancias o residuos viscosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Preocupación por poder enfermarse por contagio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Preocupado por poder contagiar a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSESIONES SEXUALES:				
- Pensamientos, imágenes o impulsos sexuales prohibidos o perversos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Contenidos acerca de niños o incesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Contenidos sobre homosexualidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Comportamiento sexual hacia los demás (agresivo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSESIONES DE ACUMULACIÓN/AHORRO: (Distinguir de hobbies y de lo relacionado con objetos de valor sentimental o monetario)				
- Describir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSESIONES RELIGIOSAS (ESCRUPULOSIDAD):				
- Preocupación por sacrilegio y blasfemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva preocupación con el bien y el mal, moralidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<u>ACTUALES</u>		<u>PASADAS</u>	
	Si	No	Si	No
RITUALES DE REPETICIÓN:				
- Releer o reescribir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Necesidad de repetir acciones de un modo rutinario (entrar/salir, sentarse/levantarse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMPULSIONES DE CONTAR:				
Describir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMPULSIONES DE ORDENAR/ARREGLAR:				
Describir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMPULSIONES DE ALMACENAR/COLECCIONAR: <i>(Distinguir de hobbies e interés en objetos de valor económico o sentimental (por ejemplo apilar periódicos viejos, leer meticulosamente la propaganda de los buzones, coleccionar objetos inútiles)</i>				
- Describir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMPULSIONES – MISCELÁNEA:				
- Rituales mentales (distintos de comprobaciones/contar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva realización de listas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Necesidad de decir, contar o confesar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Necesidad de tocar, rozar o frotar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Rituales acerca de parpadeo, guiño o mirada fija	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Medidas para prevenir herirse ____; herir a los demás ____; consecuencias terribles ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Conducta alimentaria ritualizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Conducta supersticiosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Tricotilomanía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras conductas autodestructivas o automutilantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<u>ACTUALES</u>		<u>PASADAS</u>	
	Si	No	Si	No
OBSESIÓN CON LA NECESIDAD DE SIMETRÍA O EXACTITUD:				
- Acompañada de pensamiento mágico (preocupación de un accidente a no ser que las cosas estén en su sitio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- No acompañada de pensamiento mágico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSESIONES – MISCELÁNEA:				
- Necesidad de saber o recordar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a decir ciertas cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a no decir justo lo correcto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a perder cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Imágenes intrusas (no violentas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Música, palabras o sonidos sin sentido intrusos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Preocupación por ciertos sonidos/ruidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Números afortunados/desafortunados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Colores con significado especial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedos supersticiosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSESIONES SOMÁTICAS:				
- Preocupación por enfermedades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva preocupación por una parte del cuerpo o por la apariencia (dismorfofobia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMPULSIONES DE LIMPIEZA/LAVADO:				
- Excesivo o ritualizado lavado de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesivo o ritualizado aseo (ducha, baño, cepillado de dientes, cepillado de pelo, o aseo rutinario)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Limpieza de objetos de la casa u otros objetos inanimados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras medidas para prevenir o anular el contacto con contaminantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMPULSIONES DE COMPROBACIÓN:				
- Comprobar cerraduras, electrodomésticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Comprobar que no se hizo/hará daño a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Comprobar que no se hizo/hará daño a uno mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Comprobar que nada terrible sucedió/sucedirá	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Comprobar que no se han cometido errores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Comprobaciones ligadas a obsesiones somáticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
1.- TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>				
2.- INTERFERENCIA DEBIDA A LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>				
3.- DISTRÉS ASOCIADO A PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>				
4.- RESISTENCIA CONTRA LAS OBSESIONES	<input type="radio"/>				
5.- GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>				
6.- TIEMPO EMPLEADO EN REALIZAR CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>				
7.- INTERFERENCIA DEBIDA A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>				
8.- DISTRÉS ASOCIADO A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>				
9.- RESISTENCIA CONTRA LAS COMPULSIONES	<input type="radio"/>				
10.- GRADO DE CONTROL SOBRE LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>				

TOTAL:

S.S.O.

S.S.C.

	0	1	2	3	4
1.- TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>				
2.- INTERFERENCIA DEBIDA A LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>				
3.- DISTRÉS ASOCIADO A PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>				
4.- RESISTENCIA CONTRA LAS OBSESIONES	<input type="radio"/>				
5.- GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>				
6.- TIEMPO EMPLEADO EN REALIZAR CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>				
7.- INTERFERENCIA DEBIDA A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>				
8.- DISTRÉS ASOCIADO A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>				
9.- RESISTENCIA CONTRA LAS COMPULSIONES	<input type="radio"/>				
10.- GRADO DE CONTROL SOBRE LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>				

TOTAL:

S.S.O.

S.S.C.

	0	1	2	3	4	
11.- Conocimiento de los síntomas	Excelente	Bueno	Moderado	Escaso	Nulo	<input type="text"/>
12.- Evitación	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Muy amplia	<input type="text"/>
13.- Indecisión	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Gravisima	<input type="text"/>
14.- Sentido responsabilidad excesivo	Ninguno	Leve	Moderado	Grave	Gravisimo	<input type="text"/>
15.- Lentitud	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Gravisima	<input type="text"/>
16.- Duda patológica	Ausente	Leve	Moderada	Grave	Gravisima	<input type="text"/>
17.- Gravedad global	No enfermo	Leve	Moderada	Grave	Gravisima	<input type="text"/>
18.- Mejoría global	Mucho peor	Algo peor	Sin cambio	Algo mejor	Mucho mejor	<input type="text"/>
19.- Fiabilidad	Escasa	Moderada	Buena	Excelente		<input type="text"/>