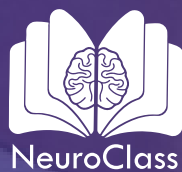


TOC

Evaluación e intervención



TOC

Evaluación e intervención

Este documento es un resumen que recoge los
apuntes y contenidos académicos del curso *online*
TOC: Evaluación e intervención.

Objetivos:

1. Comprender los fundamentos teóricos de la Terapia de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) y su aplicación en el tratamiento del TOC.
2. Aprender a realizar una evaluación exhaustiva del TOC, identificando las obsesiones y compulsiones específicas y evaluando la gravedad de los síntomas.
3. Desarrollar habilidades prácticas en la planificación e implementación de la EPR, utilizando técnicas de exposición graduada y prevención de respuesta.
4. Familiarizarse con estrategias para la gestión de la resistencia y las dificultades comunes durante el tratamiento del TOC.
5. Mejorar las competencias clínicas para ofrecer un tratamiento efectivo y basado en la evidencia a personas que sufren de TOC, centrándose en la reducción de la ansiedad y la mejora de la calidad de vida.

Disertante:



Elena Flores, PhD(c)

Graduada en Psicología por la Universidad de Salamanca (USAL), España. Máster Universitario en Neuropsicología por la USAL. Máster en Psicología Clínica y de la Salud por el Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP) y Máster en Psicoterapia Cognitivo Conductual, en Madrid, España. Grado de experto en docencia de la Neuroeducación e inteligencia emocional en la primera infancia por la Universidad Nebrija, en Madrid, España. Candidata a Doctorado en la USAL. Cofundadora de NeuroClass y ponente en diversos cursos.

Índice

MÓDULO I

¿Qué es el TOC?	1
Dos elementos claves	2
¿Por qué surge?	3
Etiología	6
Epidemiología	9
Fisiopatología	10

MÓDULO II

Teorías sobre el TOC	11
Teorías neurobiológicas	12
Teorías cognitivo-conductuales	12
Teorías metacognitivas	13
Teorías evolutivas	13
Modelos concretos y específicos del TOC	14
1. Modelo de Salkovskis [1985]	14
2. Modelo de Mowrer [1960]	14
3. Modelo metacognitivo de Wells [1997]	15
4. Modelo de inflación de responsabilidad de Rachman [1993]	15
5. Modelo del control de pensamientos de Purdon y Clark [1999]	16
6. Modelo de la fusión pensamiento-acción de Shafran y Rachman [1996]	16

MÓDULO III	
Historia física	23
Criterios de diagnóstico del TOC	24
Evaluación clínica	27
Diagnóstico diferencial	29
Examen del estado mental	32

MÓDULO IV	
Evaluación y tratamiento	34
Evaluación	35
Casos	38
Psicoterapia	39
1. EPR	40
2. Reestructuración cognitiva	43
3. Desafío de la intolerancia a la incertidumbre	44
4. Desensibilización sistemática	44
5. Técnicas de <i>mindfulness</i> y aceptación	45
6. Experimentación conductual	45
Farmacoterapia	45
Neuromodulación	47

MÓDULO V	
Pronóstico	48
Complicaciones	50
Malos predictores	52
Indicaciones para gestionar complicaciones	55
Consultas	57
Consideraciones médicas en el tratamiento del TOC	57
Importancia de la coordinación multidisciplinaria	58
Terapias no adecuadas	59

MÓDULO VI

La psicoeducación en el TOC60

Psicoeducación61

Factores que contribuyen a la demora en la búsqueda de tratamiento61

Importancia de la educación y la sensibilización61

Rol de los padres y la familia en el reconocimiento del TOC62

Importancia de la capacitación del personal médico y escolar62

Intervención temprana: Beneficios y desafíos62

Educación al entorno63

Pautas a seguir65

Psicoeducación de la psicofarmacología en el TOC67

1. Comprensión de los principios básicos de la psicofarmacología del TOC explicación detallada67

2. Principales medicamentos utilizados en el tratamiento del TOC a. ISRS67

3. Consideraciones en la educación farmacológica para el paciente69

4. Integración de la psicofarmacología con la TCC70

5. Educación continua para pacientes y familias70

Pautas para educar en psicofarmacología70

MÓDULO VII

Mejorar los resultados del equipo de atención médica74

Solución a posibles obstáculos76

MÓDULO VII

Mejorar los resultados del equipo de atención médica74

Casos clínicos y diálogos en consulta78

Caso clínico: TOC de contaminación80

Caso clínico: TOC de simetría y orden80

Referencias bibliográficas82

Introducción

Bienvenidos al curso sobre el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). En este programa académico, indagaremos en este trastorno, abordando tanto sus aspectos clínicos como terapéuticos de manera integral. El TOC, a pesar de su alta prevalencia, es a menudo pasado por alto en el ámbito clínico, lo que subraya la importancia de profundizar en su comprensión y en las estrategias efectivas de intervención. Durante esta formación, exploraremos en detalle la naturaleza del TOC, desde su prevalencia hasta su relación con otros trastornos mentales, pasando por los factores de riesgo asociados y su impacto en la vida cotidiana de los afectados. Además, analizaremos las principales teorías explicativas de este trastorno, desde enfoques cognitivo-conductuales hasta perspectivas neurobiológicas, para comprender mejor su etiología y desarrollo.

Un enfoque central recaerá, por supuesto, en el estudio exhaustivo de las modalidades terapéuticas disponibles para tratar el TOC, con especial atención en la Terapia de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), considerada el tratamiento de elección. Se expondrán los principios fundamentales de la EPR, su implementación práctica y las estrategias de afrontamiento asociadas. Además, examinaremos enfoques farmacológicos emergentes y otras modalidades complementarias, como la terapia cognitiva y la atención plena.

En resumen, este curso proporcionará una sólida base teórica y práctica para abordar de manera efectiva el TOC en el ámbito clínico. ¡Esperamos que disfrutes de este aprendizaje!

Imagina despertar cada día con una sensación de temor que se cierne sobre ti como una nube oscura. Para María, una joven de 28 años, este es su día a día debido a su TOC. Desde el momento en que abre los ojos, la batalla comienza. La primera obsesión del día es la limpieza. A pesar de que su apartamento ya brilla de limpio, María siente una compulsión abrumadora por limpiar una y otra vez. Cada mañana, antes de salir de casa, pasa horas limpiando superficies, fregando el piso y organizando meticulosamente cada objeto. El más mínimo rastro de polvo o desorden la hace sentir una ansiedad insoportable, que solo se calma momentáneamente después de limpiar repetidamente.

Salir de casa es una odisea. María tiene que revisar las cerraduras de la puerta al menos diez veces antes de sentirse segura de que está realmente cerrada. Esta rutina de comprobación la hace llegar tarde al trabajo frecuentemente, lo que le causa problemas con su jefe y compañeros. Aunque María sabe que sus acciones no son racionales, no puede evitar revisar una y otra vez. La duda persistente la consume: "¿Y si no cerré bien la puerta? ¿Y si alguien entra y roba todo?".

En el trabajo, las obsesiones continúan. María es redactora y sufre de pensamientos intrusivos sobre cometer errores en sus informes. Cada documento que escribe lo revisa incontables veces, buscando errores imaginarios. Este perfeccionismo la retrasa y genera una enorme cantidad de estrés. Sus compañeros no entienden por qué tarda tanto en completar tareas que ellos hacen en la mitad de tiempo.

La vida social también se ve afectada. Sus amigos han dejado de invitarla a salir porque siempre cancela a último momento, abrumada por el miedo a contaminarse en lugares públicos. Si alguna vez acepta una invitación, pasa el tiempo lavándose las manos repetidamente y evitando tocar cualquier cosa que considere sucia. Sus relaciones personales se resienten, y se siente cada vez más aislada.

Las noches son igualmente difíciles. María se siente atrapada en un ciclo interminable de pensamientos y rituales. Antes de acostarse, verifica varias veces que todas las ventanas estén cerradas, las luces apagadas y los electrodomésticos desenchufados. Este proceso puede llevar horas, dejándola exhausta y ansiosa. Dormir se convierte en una lucha, con su mente constantemente invadida por el miedo de haber olvidado algo importante.

María sabe que necesita ayuda y ha intentado varias formas de tratamiento, pero la vergüenza y el miedo al estigma la han frenado. La terapia de exposición con prevención de respuesta (EPR) le fue recomendada, pero la idea de enfrentar sus peores temores sin realizar sus rituales la aterroriza. Sin embargo, está decidida a recuperar el control de su vida. Finalmente, da el paso y busca a un terapeuta especializado en TOC.

A través de la terapia, empieza a aprender que sus pensamientos obsesivos no definen quién es. Poco a poco, con mucho esfuerzo y apoyo, comienza a reducir sus rituales y enfrentarse a sus miedos. La terapia no es fácil y hay muchos días difíciles, pero María empieza a ver pequeños destellos de esperanza y libertad.

Ponerse en el lugar de María es entender la intensidad y el sufrimiento que el TOC puede causar. Cada día es una lucha constante contra la ansiedad y los pensamientos intrusivos, pero también es un testimonio de su fortaleza y determinación para buscar una vida mejor.

Empezar con un caso nos facilita ponernos en el lugar de quienes sufren TOC y puede hacer que tengamos una comprensión más profunda y humana de la condición, trascendiendo la mera identificación de síntomas para reconocer el impacto total en la vida de la persona. Como profesionales, desde el ámbito de la salud, y desde una perspectiva psicológica, esta inmersión empática facilita la creación de vínculos terapéuticos más sólidos, donde la confianza y la seguridad son esenciales para el progreso del tratamiento. Además, al comprender la angustia y el aislamiento que estos individuos pueden experimentar, se promueve una mayor sensibilidad y adaptabilidad en las intervenciones terapéuticas, que pueden ser ajustadas para responder de manera más efectiva a las necesidades específicas del paciente.

Antes de comenzar con el contenido como tal, quiero incidir en una cosa. Y es en la imagen común del TOC **como simplemente un problema de lavarse las manos**, lo que perpetúa una comprensión superficial y errónea del trastorno. Este estereotipo trivializa la experiencia de los pacientes al reducir un complejo y debilitante desorden mental a una sola manifestación observable. El TOC implica una gama amplia de obsesiones y compulsiones, que pueden incluir desde temores irracionales sobre causar daño, preocupaciones obsesivas por la simetría y el orden, hasta rituales de verificación y compulsiones mentales como contar o rezar. Este enfoque limitado no solo marginaliza a quienes sufren de otros tipos de obsesiones y compulsiones, sino que también dificulta la comprensión pública y el diagnóstico adecuado del trastorno. Y, por todo ello, esta formación se centra sobre todo en reconocer la variedad y profundidad de los síntomas del TOC para desestigmatizar el trastorno y promover una empatía y apoyo más informados hacia aquellos que lo padecen.

MÓDULO I

¿Qué es el TOC?

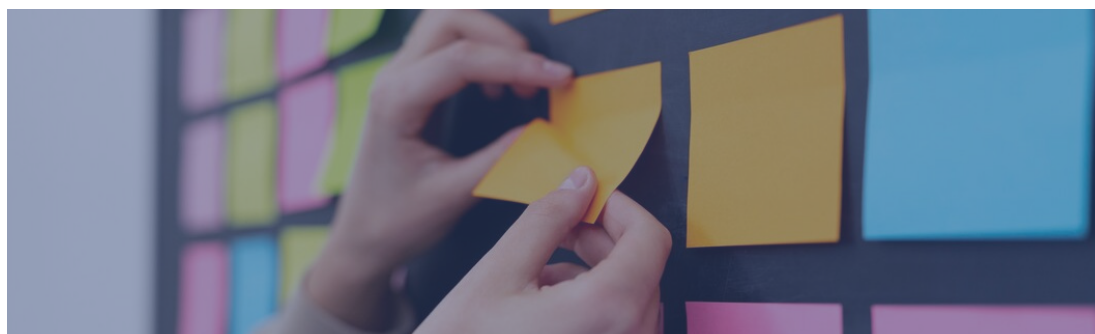
El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una condición incapacitante que **se estima que afecta del 1 al 3 % de las personas a lo largo de su vida**. Este trastorno psiquiátrico se caracteriza por obsesiones y compulsiones, que consumen una cantidad significativa de tiempo y conducen a una angustia y un deterioro notables.

Dos elementos claves

Las **obsesiones** se refieren a pensamientos intrusivos y repetitivos, impulsos o imágenes mentales que son difíciles de controlar. Estos pensamientos a menudo carecen de un propósito claro y van acompañados de una profunda angustia. Desde una perspectiva psicológica, las obsesiones pueden ser entendidas como manifestaciones de ansiedades subyacentes que el individuo no puede manejar de manera consciente. Por ejemplo, una persona puede estar constantemente preocupada por la contaminación, con pensamientos repetitivos sobre los gérmenes y la suciedad, a pesar de reconocer racionalmente que estas preocupaciones son irracionales. Esta preocupación puede derivar de una necesidad de control y pureza, reflejando un intento de gestionar la incertidumbre y el caos percibidos en su entorno.

Otro ejemplo de obsesión podría ser la idea persistente de causar daño a otros, donde la persona experimenta imágenes perturbadoras y no deseadas de lastimar a sus seres queridos, aunque no tenga ninguna intención de hacerlo. Estos pensamientos pueden estar vinculados a un miedo profundo a perder el control o a ser responsable de un daño irreparable.

Por su parte, las **compulsiones** implican acciones repetitivas o eventos mentales que las personas con TOC se sienten obligadas a realizar para aliviar la angustia causada por las obsesiones o para evitar que ocurra una consecuencia temida. Mismamente, el lavado de manos excesivo y repetitivo es una compulsión común en la que una persona puede lavarse las manos decenas de veces al día, a menudo hasta el punto de lastimarse la piel, en un intento de reducir la ansiedad por la contaminación. Este comportamiento puede ser visto como una forma de ritual de limpieza, donde el individuo trata de eliminar simbólicamente la impureza percibida. Otro ejemplo es la verificación constante, como asegurarse repetidamente de que las puertas están cerradas, los electrodomésticos están apagados o que no han cometido errores en su trabajo. Estos rituales pueden consumir tanto tiempo que interfieren significativamente con las actividades diarias y son una expresión de la necesidad de seguridad y certeza en un mundo que parece lleno de amenazas invisibles.



Aunque profundizaremos en esto más adelante, desde una perspectiva cognitivo-conductual, las compulsiones son vistas como respuestas aprendidas a las obsesiones que, aunque reducen temporalmente la ansiedad, en realidad la refuerzan a largo plazo. La teoría del condicionamiento operante explica que la realización de una compulsión es negativamente reforzada porque alivia la angustia momentáneamente, lo que aumenta la probabilidad de que la conducta se repita en el futuro. Además, desde una perspectiva neurobiológica, se ha sugerido que las alteraciones en los circuitos cortico-estriato-talámico-corticales pueden contribuir a la dificultad que tienen las personas con TOC para inhibir las respuestas automáticas y controlar sus impulsos.

Además, las personas con TOC también pueden participar en comportamientos de evitación de situaciones que desencadenan la obsesión. Por ejemplo, alguien que tiene miedo a la contaminación puede evitar tocar las manijas de las puertas, usar el transporte público o incluso estrechar la mano de otros. Este tipo de evitación puede ser entendido como una estrategia de afrontamiento para minimizar la exposición a los desencadenantes de la ansiedad, aunque a costa de una vida más restringida y limitada. De manera similar, una persona que teme causar daño puede evitar utilizar utensilios afilados como cuchillos o tijeras, o incluso abstenerse de conducir un automóvil para evitar la posibilidad de un accidente. Dichas conductas de evitación no solo limitan la funcionalidad del individuo, sino que también refuerzan la creencia de que los peligros percibidos son reales y que la evitación es necesaria para prevenir catástrofes.

Ojo, en algunos casos, **las compulsiones pueden ser mentales**, como repetir ciertas palabras o frases en silencio, contar objetos o realizar cálculos mentales complejos para neutralizar pensamientos negativos. Por ejemplo, una persona puede sentirse obligada a contar hasta un número específico para evitar que algo malo suceda, o puede necesitar repetir una oración o mantra en su mente para sentirse segura. Estos rituales mentales son igualmente perturbadores y pueden consumir una cantidad considerable de tiempo y energía mental, perpetuando un ciclo de ansiedad y alivio temporal que es difícil de romper.



Y, a todo esto, puede darse el caso de que en el TOC haya obsesiones sin compulsiones, una condición a menudo denominada como **TOC "puro" o "primordialmente obsesivo"**. En estos casos, los consultantes experimentan pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y no deseados [obsesiones] que les causan una intensa ansiedad, pero no realizan comportamientos repetitivos [compulsiones] para mitigar esa ansiedad. Así, las obsesiones pueden incluir pensamientos intrusivos sobre causar daño a otros, miedo a gritar obscenidades en público, o dudas persistentes sobre la propia moralidad. Aunque estos pensamientos generan un gran malestar, los individuos pueden no desarrollar comportamientos visibles o rituales físicos para tratar de aliviar la ansiedad. En lugar de eso, pueden participar en compulsiones mentales, como la rumiación, la autoaseveración o la evitación mental, que no son tan fácilmente observables como las compulsiones físicas [Williams et al., 2013].

¿Por qué surge?

El TOC es una condición heterogénea que surge de una compleja interacción de factores de riesgo genéticos y ambientales. La mayoría de los adultos están angustiados por la naturaleza ego-distónica de sus obsesiones y son conscientes de que sus comportamientos compulsivos son anormalmente excesivos. Los niños, por su parte, a menudo tienen dificultades para describir sus obsesiones.

En los pacientes con TOC, las obsesiones comunes y sus comportamientos compulsivos asociados incluyen el miedo a la contaminación que conduce a una limpieza excesiva, el miedo al daño vinculado a la comprobación repetitiva de las medidas de seguridad, los pensamientos intrusivos, agresivos o sexuales combinados con rituales mentales, y un enfoque en la simetría acompañado de ordenar o contar.

Ahora, aunque los comportamientos de acaparamiento suelen ser específicos del trastorno de acaparamiento, pueden ocurrir en el TOC para prevenir el daño percibido. Estos conjuntos de comportamiento se observan de manera consistente en todo el mundo, lo que sugiere un grado de similitud en las dimensiones de los síntomas del TOC. Por cierto, el TOC también puede presentar síntomas más raros, como escurpulosidad, celos obsesivos y obsesiones musicales.

Hoy en día, la comprensión del TOC ha evolucionado significativamente con el tiempo. Históricamente enmarcado en términos religiosos como un fracaso moral o una posesión demoníaca, el TOC fue descrito por primera vez médicamente por Esquirol. Freud posteriormente caracterizó la condición utilizando el término neurosis obsesiva, postulando que el TOC se originó con una regresión en la fase anal del desarrollo psicosexual.

En la tercera edición del Manual de Diagnóstico y Estadística (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-III, en inglés), el TOC se agrupó con fobias bajo un solo diagnóstico. Más tarde, el DSM-IV clasificó la condición como un trastorno de ansiedad. El DSM-V ha reclasificado el TOC en la categoría "Trastornos Obsesivo-Compulsivos y Relacionados", junto con condiciones como el acaparamiento y la dismorfia corporal. Esta reclasificación reconoce características compartidas, como la fenomenología, la comorbilidad y los factores neurobiológicos subyacentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) enumera el TOC como una de las 10 condiciones más incapacitantes causadas por la pérdida financiera y la disminución de la calidad de vida. En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Revisión de Texto (DSM-V-TR), que fue publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychological Association*, APA, en inglés) en 2022, el TOC se encuentra en la categoría de *trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados* donde se colocaron las siguientes subcategorías:

- **TOC:** Que se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones que son recurrentes y persistentes, causando un malestar significativo y deterioro en el funcionamiento diario. Como hemos explicado, las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos y no deseados, mientras que las compulsiones son comportamientos repetitivos o actos mentales que el individuo se siente impulsado a realizar para reducir la ansiedad asociada con las obsesiones.

- **Trastorno dismórfico corporal (TDB):** Que implica una preocupación excesiva por defectos percibidos en la apariencia física, que son imperceptibles o mínimos para los demás. Esta preocupación lleva a comportamientos repetitivos, como mirarse en el espejo, arreglarse excesivamente, o buscar constantemente la validación de otros sobre su apariencia.

- **Trastorno de acaparamiento:** Este trastorno se caracteriza por la dificultad persistente de deshacerse de posesiones, independientemente de su valor real, lo que lleva a la acumulación de objetos que congestionan y desorganizan las áreas de vida. Una acumulación que causa un malestar significativo y deterioro funcional en la vida diaria del individuo.

- **Tricotilomanía:** Que implica el arrancamiento recurrente del propio cabello, lo que resulta en una pérdida de cabello visible. Las personas con dicho trastorno intentan repetidamente disminuir o detener este comportamiento, pero no lo logran, lo que les causa un malestar significativo.

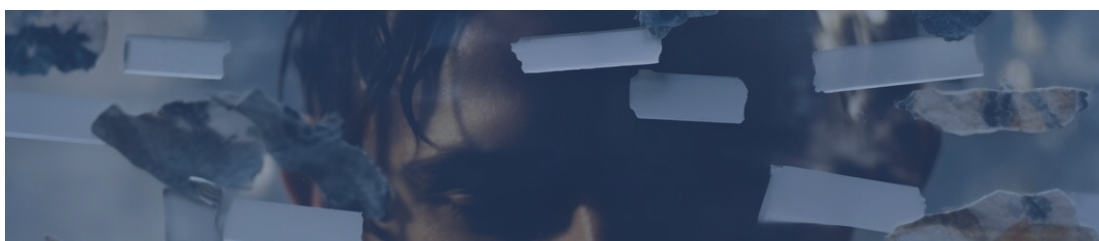
- **Trastorno de excoriación (es decir, selección de la piel):** Se caracteriza por el rascado recurrente de la piel, que resulta en lesiones cutáneas. Similar a la tricotilomanía, los individuos intentan reducir o detener este comportamiento sin éxito, lo que provoca un deterioro significativo en su vida cotidiana.

- **Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias o medicamentos:** Se diagnostica cuando las obsesiones y/o compulsiones son causadas por el uso de sustancias, como drogas o medicamentos, o la exposición a toxinas. Los síntomas deben ser clínicamente significativos y no pueden ser mejor explicados por otro trastorno mental.

- **Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado como resultado de otra condición médica:** Aquí, las obsesiones y/o compulsiones son el resultado directo de otra condición médica subyacente, como enfermedades neurológicas o endocrinas. Los síntomas deben causar un malestar significativo y deterioro funcional en el individuo.

- **Otros trastornos obsesivos-compulsivos y relacionados especificados:** Esta categoría se utiliza para síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados que no cumplen todos los criterios de los trastornos específicos mencionados anteriormente, pero que aún causan malestar significativo y deterioro funcional. En estos casos, se especifica la razón por la cual los síntomas no cumplen con los criterios completos.

- **Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado no especificado:** Se emplea cuando los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados causan malestar significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento, pero no cumplen con los criterios completos de ninguno de los trastornos específicos mencionados, y no se especifica la razón exacta.



El diagnóstico del TOC se fundamenta en una evaluación clínica detallada que determina si se cumplen los criterios establecidos en el DSM-V TR. Estos criterios especifican que el individuo debe presentar obsesiones, compulsiones o ambas. Las obsesiones se definen como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos e inapropiados, causando una gran ansiedad o malestar. Por otro lado, las compulsiones son comportamientos repetitivos (como lavarse las manos, ordenar, revisar) o actos mentales (como rezar, contar, repetir palabras en silencio) que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o según reglas que deben aplicarse rígidamente.

Para que se cumpla el diagnóstico, estas obsesiones y/o compulsiones **deben consumir una cantidad de tiempo considerable, generalmente especificada como una hora o más al día, y deben causar un deterioro significativo en la vida cotidiana del individuo**, interfiriendo en su funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes. Además, los síntomas no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (como drogas de abuso o medicamentos) ni a otra condición médica. Es fundamental que el clínico también descarte la posibilidad de que los síntomas sean mejor explicados por otro trastorno mental, como el trastorno de ansiedad generalizada, la depresión mayor, o los trastornos de la personalidad, entre otros.

Aunque detallaremos más adelante esto, el proceso diagnóstico suele incluir una entrevista clínica estructurada o semi-estructurada, como el *Inventario de Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo* [*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*, Y-BOCS, en inglés], que es una herramienta estandarizada que ayuda a medir la severidad de las obsesiones y compulsiones. Adicionalmente, se puede recurrir a cuestionarios autoadministrados y la recopilación de información de familiares para obtener una visión más completa del impacto de los síntomas en la vida del paciente. Este enfoque multidimensional es crucial para diferenciar el TOC de otros trastornos y para planificar un tratamiento adecuado y personalizado.

Etiología

La etiología del TOC es compleja y abarca diversos factores, incluidos los elementos cognitivos, genéticos, moleculares, ambientales y neuronales. La evidencia de estudios de gemelos apunta a una predisposición genética significativa con un cociente de heredabilidad estimado de aproximadamente el 48 %. Sin embargo, esta estimación se reduce al 35 % cuando se consideran los efectos maternos (por ejemplo, la exposición prenatal al estrés o la infección).

Ahora, a pesar de los esfuerzos significativos a través de los estudios de asociación de genes candidatos, los marcadores genéticos reproducibles para el TOC siguen siendo difíciles de alcanzar. Muchos de estos estudios se han centrado en las vías de los neurotransmisores que involucran serotonina, dopamina y glutamato sin resultados definitivos. Sin embargo, el gen SLC1A1, responsable de codificar el transportador de glutamato neuronal EAAT3, ha surgido como un candidato potencialmente significativo.

Estudios recientes apuntan a que **el TOC es fundamentalmente un trastorno basado en la red**. El circuito córtico-estriado-tálamo-cortical se ha convertido en un marco fundamental para comprender su fisiopatología. Este implica una serie de circuitos interconectados que permiten que la corteza prefrontal se comuniquen con las estructuras subcorticales (por ejemplo, el estriado y el tálamo). El bucle tiene 2 vías distintas: la directa y la indirecta. La vía directa facilita la iniciación del comportamiento, mientras que la vía indirecta inhibe o modula estos comportamientos.

En el TOC, se ha observado hiperactividad en la vía directa en relación con la vía indirecta. Esto crea un desequilibrio que puede causar pensamientos repetitivos e intrusivos y acciones compulsivas. Estudios recientes de neuroimagen indican un aumento de la conectividad y activación dentro del circuito córtico-estriado-tálamo-cortical en el TOC. Además, el TOC puede ocurrir con otras afecciones neurológicas que afectan a los circuitos del circuito córtico-estriado-tálamo-cortical, incluyendo la enfermedad de Parkinson, corea de Sydenham, la lesión cerebral traumática, el síndrome de Tourette, la enfermedad de Huntington y la epilepsia.

Los primeros hallazgos de la eficacia de la clomipramina, que tiene una robusta inhibición de la recaptación de serotonina observada durante el tratamiento, enfatizaron el papel de la serotonina en la patogénesis del TOC. Sin embargo, este modelo centrado en la serotonina se ha enfrentado al escrutinio porque otros agentes moduladores de la serotonina como la buspirona y la ondansetrón no han demostrado ser efectivos en el TOC.

Los estudios emergentes apuntan hacia el sistema glutaminérgico en el inicio y la progresión del TOC. Los agentes farmacológicos como el riluzol y el tróriluzol, que afectan a la neurotransmisión glutaminérgica, han mostrado beneficios preliminares. La eficacia de los medicamentos antipsicóticos cuando se utilizan para el aumento en el TOC sugiere el papel de la dopamina en la patología.

Los modelos cognitivos y basados en el aprendizaje del TOC postulan que las creencias inadaptadas alimentan la ansiedad obsesiva, lo que conduce a comportamientos compulsivos destinados a mitigar dicha ansiedad. Se ha identificado que varios deterioros cognitivos contribuyen a la ansiedad obsesiva, incluyendo:

- **Mayor responsabilidad**

Las personas con TOC a menudo experimentan una sensación de responsabilidad excesiva por prevenir daños o evitar consecuencias negativas, incluso cuando estos eventos están fuera de su control. Esta creencia, conocida como "inflación de responsabilidad", puede llevar a comportamientos compulsivos destinados a neutralizar riesgos percibidos. Por ejemplo, un individuo puede sentir que debe asegurarse de que su casa esté completamente segura antes de salir, lo que resulta en la repetición constante de comprobaciones de cerraduras y electrodomésticos para evitar una catástrofe imaginada. Este sentido desproporcionado de responsabilidad puede consumir gran parte de su tiempo y causar una considerable angustia.

- **Sobreénfasis en los pensamientos**

El sobreénfasis en los pensamientos, o "fusión pensamiento-acción", es una creencia común en el TOC que implica que tener un pensamiento intrusivo es moralmente equivalente a llevar a cabo la acción que el pensamiento describe. Esto puede resultar en una profunda culpa y ansiedad. Por ejemplo, si una persona tiene un pensamiento no deseado sobre hacer daño a un ser querido, puede interpretarlo como una indicación de que es capaz de cometer tal acto, lo que le lleva a evitar situaciones donde estos pensamientos puedan surgir o a realizar rituales mentales para neutralizar dichos pensamientos.

- **Control de pensamientos**

La creencia en la necesidad de un control total sobre los propios pensamientos es otro deterioro cognitivo frecuente. Las personas que padecen este trastorno pueden sentir que deben suprimir completamente los pensamientos indeseados y que el fracaso en hacerlo es peligroso o inaceptable. Así, alguien puede pasar horas intentando suprimir pensamientos intrusivos sobre contaminación y, cuando estos pensamientos persisten, puede realizar compulsiones como lavarse las manos repetidamente para sentirse limpio y en control, perpetuando así el ciclo de ansiedad.

- **Amenaza sobreestimación**

La sobreestimación de la amenaza es una tendencia a exagerar la probabilidad y la gravedad de eventos negativos o peligrosos. Lo que lleva a comportamientos compulsivos destinados a prevenir estos eventos. Por ejemplo, una persona puede creer que dejar la estufa encendida es extremadamente probable y que, si ocurriera, resultaría en un desastre mayor. Esta creencia puede llevarla a verificar la estufa múltiples veces antes de salir de casa, un comportamiento que puede consumir una cantidad significativa de tiempo y generar un gran malestar.

- **Perfeccionismo**

Que implica la creencia de que las cosas deben ser perfectas o exactas para evitar consecuencias negativas. Esta necesidad de perfección puede generar comportamientos compulsivos y una considerable ansiedad. Mismamente, una persona puede sentir que debe organizar sus pertenencias de manera específica y exacta y, si algo no está "perfecto", experimentar una intensa ansiedad. Esto puede llevarla a pasar horas reorganizando objetos hasta que esté satisfecha, interfiriendo significativamente con su vida diaria.

- **Intolerancia a la incertidumbre**

La intolerancia a la incertidumbre es una característica del TOC en la que las personas creen que deben estar absolutamente seguras de que no ocurrirán eventos negativos. Esta necesidad de certeza puede resultar en comportamientos compulsivos destinados a obtener garantías. Por ejemplo, una persona puede obsesionarse con la posibilidad de contraer una enfermedad grave y buscar repetidamente garantías médicas o realizar pruebas innecesarias para asegurarse de que está sana. La incapacidad para tolerar la incertidumbre sobre su salud puede llevar a una búsqueda constante de certeza, lo que afecta negativamente su calidad de vida.

La evidencia empírica apoya la eficacia de estos modelos; la exposición a estímulos vinculados a la obsesión aumenta la ansiedad, mientras que participar en rituales compulsivos la reduce. Además, el modelo basado en el aprendizaje argumenta que los mecanismos de aprendizaje subyacentes no son inherentemente patológicos. Esto se alinea con la observación de que las poblaciones no clínicas también experimentan pensamientos obsesivos sin angustia. Estos modelos han sido fundamentales en el desarrollo de terapias psicológicas para el TOC, corroborando su utilidad teórica y práctica.

Epidemiología

El TOC es una de las principales causas de morbilidad psiquiátrica en todo el mundo, afectando del 1 al 3 % de la población. Con frecuencia, se asocia con afecciones psiquiátricas comorbilidades. Por otro lado, el TOC a menudo comienza temprano en la vida y generalmente tiene una causa crónica. El rango demográfico más común afectado es de 18 a 29 años. Curiosamente, casi una cuarta parte de los hombres muestran síntomas antes de los 10 años, mientras que el trastorno generalmente surge durante la adolescencia en las mujeres. Además, las fases periparto y posparto se marcan como períodos de mayor riesgo para las mujeres, con una incidencia de TOC durante estos tiempos superior a la de las mujeres no embarazadas. Las mujeres también tienen aproximadamente 1,6 veces más probabilidades que los hombres de verse afectadas por el trastorno.

Por otro lado, **un sorprendente 90 % de las personas con TOC cumplen con los criterios para al menos un trastorno psiquiátrico adicional**, lo que resalta la complejidad y la carga significativa de este trastorno. Entre las comorbilidades más comunes se encuentran los trastornos de ansiedad, tales como el TAG, el trastorno de pánico y las fobias, que intensifican la angustia emocional y los síntomas obsesivo-compulsivos. Además, los trastornos del estado de ánimo, incluyendo la depresión mayor y el trastorno bipolar, son prevalentes en individuos con TOC, exacerbando la desesperanza y la disfunción. Los trastornos del control de impulsos, como la tricotilomanía (arrancamiento compulsivo del cabello) y el trastorno de excoriación (rascado compulsivo de la piel), ya explicados, son también comunes, añadiendo una capa de comportamientos compulsivos que complican el cuadro clínico. Los trastornos por consumo de sustancias, que abarcan desde el abuso del alcohol hasta la dependencia de drogas ilícitas, se presentan con frecuencia en estos pacientes, posiblemente como mecanismos de autogestión o autopaliación de la ansiedad y el malestar emocional provocados por el TOC.

La presencia de estas comorbilidades no solo incrementa la carga sintomática, sino que también complica el tratamiento y la gestión, requiriendo un enfoque terapéutico multidisciplinario que aborde todos los aspectos de la salud mental del individuo. A pesar de la alta prevalencia y el impacto significativo de dichas condiciones comórbidas, el TOC a menudo permanece subdiagnosticado e insuficientemente tratado. Factores como el estigma asociado a los trastornos mentales, del que también hablaremos más adelante, la falta de acceso a servicios de salud mental especializados y la insuficiente formación de los profesionales de salud en identificar las presentaciones más sutiles y complejas del TOC contribuyen a esta situación. Además, **los pacientes con TOC a menudo no buscan ayuda debido a la vergüenza o la incomprensión de sus propios síntomas**.

Incluso cuando **los individuos con TOC acceden a atención médica, pueden recibir tratamientos inadecuados o subóptimos**. Por ejemplo, pueden ser tratados con terapias no especializadas, recibir dosis inadecuadas de medicamentos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o no tener acceso a tratamientos basados en evidencia, como la terapia cognitivo conductual (TCC) con exposición y prevención de respuesta (ERP). La falta de un tratamiento adecuado y especializado no solo perpetúa el sufrimiento y la disfunción, sino que también puede llevar a un deterioro progresivo de la condición y la calidad de vida del paciente.

Fisiopatología

Si bien generalmente se considera que el TOC proviene de una mezcla de varios factores etiológicos, algunos casos pueden estar vinculados explícitamente a causas neurológicas que involucran los ganglios basales. La evidencia detallada lo respalda a partir de informes de casos asociados con afecciones como la corea de Sydenham y los eventos isquémicos. Estas condiciones resultan en interrupciones en las regiones de los ganglios basales como el globo pálido y el caudado, lo que lleva a comportamientos obsesivo-compulsivos. En la investigación realizada por el consorcio *Enhancing Neuro Imaging Genetics through Meta-Analysis* (ENIGMA), no se discernieron diferencias estructurales marcadas en el cerebro entre los pacientes con TOC y los controles sanos, a menos que se tenga en cuenta el estado de la medicación. Los estudios *post mortem*, aunque limitados, han revelado anomalías en la corteza orbitofrontal de pacientes con TOC. Específicamente, uno de estos estudios encontró evidencia de una menor expresión génica sináptica excitatoria en la corteza orbitofrontal de los sujetos en comparación con los controles no afectados. Sin embargo, estos estudios tienen limitaciones, incluidos los tamaños de muestra pequeños [de Oliveira et al., 2019].



MÓDULO II

Teorías sobre el TOC

Teorías neurobiológicas

Las teorías neurobiológicas del TOC se centran en la disfunción de circuitos cerebrales específicos, particularmente los circuitos cortico-estriato-tálamo-corticales. Estudios de neuroimagen han mostrado hiperactivación en áreas como la corteza orbitofrontal, el núcleo caudado y el tálamo en pacientes con TOC. Estas regiones están implicadas en el procesamiento de la información, la toma de decisiones y la regulación de las respuestas emocionales, lo que sugiere que las alteraciones en estos circuitos pueden contribuir a la incapacidad para suprimir pensamientos no deseados y controlar impulsos compulsivos. Además, se ha encontrado un desequilibrio en neurotransmisores, especialmente la serotonina, lo que ha llevado al uso de ISRS como tratamiento farmacológico efectivo. También se han investigado otras vías neuroquímicas, como la dopamina y el glutamato, indicando que el TOC puede involucrar un complejo *interplay* de múltiples sistemas neurotransmisores [Singh et al., 2023].



Teorías cognitivo-conductuales

Las teorías cognitivo-conductuales sostienen que el TOC se desarrolla y mantiene a través de un ciclo de pensamientos obsesivos que generan ansiedad y comportamientos compulsivos que alivian temporalmente esta ansiedad. Salkovskis et al. [1999], del que hablaremos ahora, propusieron que las creencias disfuncionales sobre la responsabilidad excesiva y la sobreestimación de la amenaza son fundamentales en el desarrollo del TOC. La TCC, particularmente la EPR, se basa en esta teoría y ha demostrado ser una de las intervenciones más efectivas para el TOC [Viar et al., 2011].

Imaginemos a una persona que tiene un pensamiento intrusivo de causar daño a un ser querido. Aunque la mayoría de las personas descartaría rápidamente este pensamiento, alguien con TOC podría interpretar este pensamiento como una señal de que **realmente podría causar daño**, lo que provoca una intensa ansiedad. Para reducir esta ansiedad, el individuo podría desarrollar compulsiones como evitar el contacto con objetos afilados o revisar repetidamente si las puertas están cerradas para prevenir un daño imaginario.

Teorías metacognitivas

Estas sugieren que **no solo los pensamientos obsesivos en sí mismos son problemáticos, sino también las creencias metacognitivas sobre estos pensamientos**. Estas creencias incluyen la percepción de que tener ciertos pensamientos es peligroso o inaceptable, lo que lleva a intentos fallidos de suprimirlos y, por ende, a un aumento en su frecuencia. Este modelo ha sido respaldado por estudios que muestran que la modificación de estas creencias puede reducir los síntomas del TOC [Belloch et al., 2010].

Esto es, alguien puede tener un pensamiento intrusivo sobre la posibilidad de que algo terrible suceda si no realiza una determinada acción, como tocar una superficie un número específico de veces. La creencia de que el pensamiento intrusivo es significativo y peligroso hace que la persona intente suprimirlo. Sin embargo, este intento de supresión solo aumenta la presencia del pensamiento y refuerza la compulsión de tocar la superficie repetidamente para prevenir el evento temido.

Teorías evolutivas

Finalmente, algunas teorías evolutivas proponen que los síntomas del TOC podrían haber tenido ventajas adaptativas en contextos ancestrales. Por ejemplo, **la hiperresponsabilidad y la compulsión** de revisar podrían haber aumentado la supervivencia en ambientes peligrosos. Estas conductas podrían haber sido seleccionadas evolutivamente porque ayudaban a los individuos a evitar peligros y a garantizar la seguridad de ellos y de sus comunidades. Aunque dichas conductas ya no son adaptativas en el contexto moderno, persisten debido a su base genética y neurobiológica. En la actualidad, estas tendencias evolucionadas pueden manifestarse como síntomas de TOC, donde los comportamientos que antes aumentaban las probabilidades de supervivencia ahora interfieren con el funcionamiento diario y causan un gran malestar [Stein et al., 2010].

Actualmente, **la teoría más validada es una combinación de enfoques neurobiológicos y cognitivo-conductuales**. Este modelo integrado reconoce la importancia de las disfunciones en los circuitos cerebrales y los desequilibrios neuroquímicos, así como la influencia de los procesos cognitivos y las creencias disfuncionales en el mantenimiento del trastorno.



Modelos concretos y específicos del TOC

1. Modelo de Salkovskis (1985)

Modelo cognitivo-conductual: Paul Salkovskis propuso un modelo que se centra en la interpretación errónea de los pensamientos intrusivos normales como catastróficos y peligrosos, lo que lleva a una ansiedad significativa y la necesidad de realizar compulsiones para reducir esa ansiedad. En su modelo, Salkovskis sugiere que las personas con TOC tienen creencias exageradas sobre la responsabilidad personal, lo que significa que sienten una obligación moral de prevenir daños o malas consecuencias. Estas creencias disfuncionales pueden ser el resultado de experiencias tempranas, estilos de crianza o factores culturales que refuerzan la idea de que los pensamientos pueden ser peligrosos y que uno es moralmente responsable por sus pensamientos y las posibles consecuencias de estos.

- **Creencias sobre la responsabilidad:** La base del modelo de Salkovskis es que las personas con TOC creen que tienen una responsabilidad excesiva para prevenir el daño. Estas creencias pueden ser específicas (por ejemplo, "Si no verifico la estufa, la casa se incendiará") o generales (por ejemplo, "Es mi responsabilidad mantener a todos a salvo").
- **Interacción pensamiento-acción:** Este modelo sugiere que existe una fusión entre pensamiento y acción, donde los individuos creen que tener un pensamiento es tan malo como llevar a cabo la acción correspondiente. Esta fusión pensamiento-acción contribuye a la ansiedad y al desarrollo de comportamientos compulsivos.
- **Compulsiones como refuerzos negativos:** Las compulsiones sirven para reducir temporalmente la ansiedad causada por las obsesiones, lo que refuerza la creencia de que las compulsiones son necesarias para prevenir daños. Esta reducción de la ansiedad actúa como un refuerzo negativo, perpetuando el ciclo de TOC. Recordemos que un refuerzo negativo es un concepto fundamental en la teoría del aprendizaje, específicamente en el condicionamiento operante, propuesto por B. F. Skinner. En términos sencillos, el refuerzo negativo ocurre cuando un comportamiento se fortalece al eliminar o evitar un estímulo aversivo o desagradable.

2. Modelo de Mowrer (1960)

Modelo de los dos factores: O. Hobart Mowrer desarrolló el modelo de los dos factores, que explica el desarrollo y mantenimiento del TOC a través de los principios del condicionamiento clásico y operante. Según este modelo, los síntomas del TOC se desarrollan en dos etapas. Primero, un estímulo neutro se asocia con ansiedad a través del condicionamiento clásico. Luego, los comportamientos compulsivos se mantienen a través del condicionamiento operante, ya que reducen temporalmente la ansiedad, actuando como refuerzos negativos.

- **Condicionamiento clásico:** Un estímulo neutro (por ejemplo, una superficie sucia) se empareja con un estímulo aversivo (por ejemplo, la idea de contaminación), resultando en una respuesta condicionada de ansiedad. Esta asociación puede formarse a partir de experiencias directas o indirectas (por ejemplo, aprender de otros).

- **Condicionamiento operante:** Los comportamientos compulsivos (por ejemplo, lavarse las manos) reducen la ansiedad provocada por el estímulo condicionado, reforzando así el comportamiento. Este proceso de refuerzo negativo fortalece la conexión entre la compulsión y la reducción de la ansiedad.
- **Mantenimiento del TOC:** El alivio temporal de la ansiedad experimentado después de realizar la compulsión hace que el individuo sea más propenso a repetir el comportamiento en el futuro cuando se enfrente a la misma obsesión.

3. Modelo metacognitivo de Wells (1997)

Modelo metacognitivo: Adrian Wells propuso que el TOC se basa en creencias metacognitivas disfuncionales, es decir, las creencias que las personas tienen sobre sus propios pensamientos. Según este modelo, los individuos con TOC creen que ciertos pensamientos son peligrosos y que deben ser controlados para evitar consecuencias negativas. Los intentos de suprimir dichos pensamientos intrusivos solo aumentan su frecuencia y la ansiedad asociada.

- **Creencias metacognitivas:** Estas incluyen la percepción de que tener pensamientos intrusivos es peligroso o inaceptable y que uno debe tener un control total sobre sus pensamientos. Por ejemplo, una persona puede creer que, si no controla un pensamiento intrusivo sobre lastimar a alguien, es probable que lo lleve a cabo.
- **Intentos de supresión:** Los intentos de suprimir pensamientos intrusivos pueden resultar contraproducentes, ya que la supresión puede aumentar la frecuencia y la intensidad de estos pensamientos. Un fenómeno, conocido como efecto de rebote, que perpetúa el ciclo de obsesiones y compulsiones.
- **Compulsiones mentales:** Las compulsiones no solo son comportamientos observables, sino que también pueden ser actos mentales, como la rumiación o la repetición mental, que son intentos de neutralizar o controlar los pensamientos intrusivos.

4. Modelo de inflación de responsabilidad de Rachman (1993)

Modelo cognitivo de la responsabilidad: Rachman sugirió que la inflación de responsabilidad es un factor central en el TOC. Con lo que, las personas con TOC sienten una responsabilidad excesiva y exagerada por prevenir daños o evitar consecuencias negativas, lo que les lleva a realizar compulsiones para aliviar la ansiedad.

- **Creencias exageradas de responsabilidad:** Las personas con TOC creen que son directamente responsables de prevenir cualquier posible daño o catástrofe, y que no actuar podría resultar en consecuencias terribles. Esta creencia de responsabilidad extrema puede originarse en experiencias tempranas, donde se les enseñó a ser extremadamente cautelosos o responsables.
- **Rituales y compulsiones:** Para aliviar la ansiedad asociada con estas creencias, los individuos realizan rituales o compulsiones. Por ejemplo, una persona que cree que es responsable de prevenir incendios podría revisar repetidamente los electrodomésticos para asegurarse de que estén apagados.

- **Mantenimiento del TOC:** La realización de estos rituales proporciona un alivio temporal de la ansiedad.

5. Modelo del control de pensamientos de Purdon y Clark (1999)

Modelo del control de pensamientos: Christine Purdon y David A. Clark propusieron que el TOC está relacionado con la creencia de que los pensamientos intrusivos deben ser completamente controlados. Según tal modelo, la percepción de que uno debe tener un control total sobre sus pensamientos y que no tenerlo es peligroso o inaceptable, lleva a intentos de supresión de pensamientos, que paradójicamente aumentan la frecuencia y la ansiedad asociada a estos pensamientos.

- **Control total de pensamientos:** Quienes conviven con este trastorno creen que tener pensamientos intrusivos es un signo de falta de control y que debe ser corregido. La creencia en la necesidad de un control total sobre los pensamientos crea una presión constante para suprimir cualquier pensamiento intrusivo.
- **Efecto de rebote:** Los intentos de suprimir pensamientos intrusivos a menudo resultan en un efecto de rebote, donde los pensamientos suprimidos se vuelven más persistentes y frecuentes. Este fenómeno puede aumentar la ansiedad y el malestar, llevando a la persona a involucrarse en compulsiones mentales para intentar controlar los pensamientos.
- **Compulsiones mentales:** Las compulsiones mentales pueden incluir rumiación, neutralización de pensamientos con otros pensamientos "positivos" y repetición de frases o números en la mente. Estas compulsiones están destinadas a mitigar la ansiedad, pero a menudo terminan manteniendo y exacerbando el ciclo de TOC.

6. Modelo de la fusión pensamiento-acción de Shafran y Rachman (1996)

Modelo de fusión pensamiento-acción: Roz Shafran y Stanley Rachman desarrollaron el concepto de fusión pensamiento-acción, que sugiere que las personas con TOC creen que tener un pensamiento intrusivo es moralmente equivalente a realizar la acción descrita por el pensamiento. Esta creencia genera una intensa culpa y ansiedad, y lleva a la persona a realizar compulsiones para neutralizar los pensamientos.

- **Fusión pensamiento-acción moral:** La fusión pensamiento-acción implica que las personas con TOC no solo creen que tener un pensamiento intrusivo aumenta la probabilidad de que ocurra la acción [fusión pensamiento-acción de probabilidad], sino que también creen que tener el pensamiento es moralmente equivalente a llevar a cabo la acción [fusión pensamiento-acción moral]. Dicha creencia aumenta la carga emocional y la culpa asociada con los pensamientos intrusivos.
- **Compulsiones para neutralizar pensamientos:** Para aliviar la ansiedad y la culpa causadas por la fusión pensamiento-acción, los individuos realizan compulsiones. Estas pueden ser comportamientos observables o actos mentales destinados a neutralizar el pensamiento intrusivo. Por ejemplo, alguien que tiene un pensamiento intrusivo de gritar obscenidades en público puede evitar lugares concurridos o repetir frases tranquilizadoras para contrarrestar el pensamiento.

- **Impacto en la vida diaria:** La fusión pensamiento-acción puede llevar a un deterioro significativo en la calidad de vida de la persona, ya que la intensidad de la culpa y la ansiedad puede ser tan alta que interfiera con las actividades diarias normales.

Además de las dichas, podrá notarse la ausencia de la teoría psicoanalítica del TOC, que, si bien ha contribuido históricamente a nuestra comprensión del trastorno, ha sido *superada* por modelos que ofrecen explicaciones más empíricas y tratamientos más efectivos. Y es que, este modelo propone que el TOC surge de conflictos inconscientes no resueltos, a menudo relacionados con impulsos agresivos, sexuales o de limpieza. Según Freud, las obsesiones y compulsiones son mecanismos de defensa contra estos conflictos internos, funcionando como una forma de proteger al individuo de pensamientos y deseos inaceptables.

Una de las críticas más importantes al modelo psicoanalítico es la falta de evidencia empírica. A diferencia de las teorías contemporáneas que se basan en datos experimentales y observacionales, las explicaciones psicoanalíticas no han sido validadas a través de métodos científicos rigurosos. Estudios neurobiológicos y cognitivos modernos han proporcionado explicaciones más concretas y medibles del TOC, basadas en el funcionamiento del cerebro y los procesos cognitivos. Estos han identificado disfunciones en los circuitos córtico-estriado-tálamo-corticales y desequilibrios neuroquímicos, particularmente en la serotonina, que ofrecen una comprensión más precisa y objetiva del trastorno.

Así mismo, las interpretaciones psicoanalíticas son a menudo subjetivas y pueden variar significativamente entre diferentes terapeutas. Una subjetividad que puede llevar a inconsistencias en el diagnóstico y tratamiento del TOC, lo que limita la eficacia de las intervenciones basadas en esta teoría. En contraste, los enfoques cognitivo-conductuales y neurobiológicos utilizan herramientas estandarizadas y métodos reproducibles que han demostrado ser más efectivos en el tratamiento del TOC.

Antes de comenzar el siguiente apartado, aquí tienes un esquema de la información que habría que recoger:

Historia física y examen clínico

1. Historia detallada de sintomatología:

- Realizar una entrevista clínica detallada que incluya preguntas sobre la naturaleza específica de las obsesiones (ej. miedo a la contaminación, dudas persistentes) y compulsiones (ej. lavado de manos, comprobaciones repetitivas).
- Determinar la frecuencia, intensidad y duración de los episodios, así como la progresión de los síntomas a lo largo del tiempo.
- Indagar sobre el contexto en que los síntomas comenzaron y cualquier evento significativo que pueda haber influido en su aparición.

2. Impacto funcional:

- Evaluar el grado en que los síntomas afectan el desempeño en el trabajo, en la escuela, en las relaciones interpersonales y en otras áreas de la vida.
- Preguntar cómo los síntomas afectan las actividades diarias como el sueño, la alimentación y el cuidado personal.
- Identificar comportamientos evitativos que puedan haber surgido debido a los síntomas obsesivo-compulsivos.

3. Ego-distonicidad:

- Explorar si el paciente percibe las obsesiones y compulsiones como irracionales y no deseadas, y cómo esta percepción afecta su angustia.
- Evaluar el grado de incomodidad o vergüenza que el paciente siente al experimentar estos pensamientos y comportamientos.

4. Intentos de resistencia:

- Preguntar sobre las estrategias que el paciente utiliza para intentar resistir o controlar las obsesiones y compulsiones.
- Evaluar la eficacia percibida de estas estrategias y cómo afectan la ansiedad o la angustia del paciente.

5. Sintomatología comórbida:

- Realizar una evaluación exhaustiva para identificar la presencia de otros trastornos psiquiátricos, como depresión mayor, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación, y trastornos de la personalidad.
- Evaluar la interacción entre el TOC y los síntomas de otros trastornos, y cómo esto afecta el tratamiento y el pronóstico.

6. Historia familiar:

- Indagar sobre antecedentes familiares de TOC, trastornos de ansiedad, depresión y otros trastornos mentales.
- Considerar la influencia genética y ambiental en el desarrollo y la manifestación del TOC en el paciente.

7. Evaluación física y neurológica:

- Realizar un examen físico general para descartar otras condiciones médicas que puedan estar contribuyendo a los síntomas.
- Evaluar la necesidad de estudios de laboratorio, neuroimagen o derivaciones a otros especialistas en caso de sospecha de condiciones médicas subyacentes (ej. trastornos neurológicos, infecciones).

8. Historia de tratamientos previos:

- Investigar tratamientos anteriores, incluyendo psicoterapia y farmacoterapia, y evaluar su efectividad y adherencia.
- Preguntar sobre efectos secundarios de medicamentos y la razón de discontinuación si se han dejado tratamientos previos.

9. Exploración de factores desencadenantes:

- Identificar situaciones, eventos o estímulos específicos que desencadenan las obsesiones y compulsiones.
- Evaluar la relación entre el estrés, cambios de vida importantes (como mudanzas, cambios de trabajo, pérdidas) y la exacerbación de los síntomas.

10. Patrón de síntomas y rituales:

- Detallar los patrones específicos de las compulsiones (frecuencia, duración, rituales asociados) y cómo estos se integran en la vida diaria del paciente.
- Evaluar la flexibilidad o rigidez del paciente en sus rituales y su capacidad para retrasarlos o modificarlos.

Consideraciones diagnósticas

1. Diagnósticos diferenciales:

- Evaluar si los síntomas son mejor explicados por otros trastornos mentales, como Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT), Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno del Espectro Autista (TEA) o Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsiva (TPOC).
- Diferenciar entre TOC y TPOC, ya que el primero suele ser ego-distónico y el segundo ego-sintónico (los comportamientos son coherentes con la autoimagen del paciente).

2. Exclusión de etiología médica:

- Asegurarse de que los síntomas no son atribuibles a los efectos de sustancias, como drogas o medicamentos (ej. anfetaminas, esteroides), o a condiciones médicas (ej. trastornos tiroideos, infecciones como el síndrome de PANDAS en niños).
- Realizar una evaluación completa para descartar causas médicas y considerar derivaciones a otros profesionales de la salud si es necesario.

3. Evolución del trastorno:

- Analizar cómo los síntomas han cambiado a lo largo del tiempo, incluyendo cualquier periodo de remisión o exacerbación.

- Evaluar la respuesta a tratamientos previos, tanto farmacológicos como terapéuticos, y la adherencia del paciente a estos tratamientos.

4. Aspectos culturales y contextuales:

- Considerar la influencia de factores culturales, religiosos y contextuales en la manifestación de los síntomas obsesivo-compulsivos.
- Evaluar cómo las creencias y prácticas culturales pueden afectar la presentación y el tratamiento del TOC.

5. Grado de insight:

- Evaluar el grado de insight del paciente sobre su condición, es decir, si reconoce que sus pensamientos y comportamientos son irracionales o excesivos.
- Identificar si hay algún nivel de delirio relacionado con las obsesiones o compulsiones, lo cual puede complicar el diagnóstico y tratamiento.

6. Evaluación de riesgos:

- Evaluar el riesgo de autoagresión o suicidio, especialmente en pacientes con altos niveles de angustia y comorbilidad con depresión.
- Determinar si las compulsiones implican conductas peligrosas que podrían poner en riesgo la seguridad del paciente o de otros.

Evaluaciones adicionales

1. Evaluación psicológica:

- Utilizar instrumentos estandarizados como la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown [Y-BOCS], la Escala de Ansiedad de Hamilton [HAM-A] y la Escala de Depresión de Beck [BDI] para cuantificar la severidad de los síntomas y evaluar comorbilidades.
- Realizar una evaluación psicométrica completa si es necesario para obtener un perfil más detallado del funcionamiento psicológico del paciente.

2. Entrevistas con familiares:

- Entrevistar a familiares cercanos para obtener una perspectiva adicional sobre los síntomas del paciente y su impacto en el entorno familiar.
- Evaluar el apoyo social y familiar disponible para el paciente y su influencia en el manejo de los síntomas.

3. Pruebas neuropsicológicas:

- Si es necesario, realizar pruebas neuropsicológicas para evaluar funciones cognitivas específicas como la memoria, atención, y función ejecutiva, que pueden verse afectadas en pacientes con TOC.

4. Evaluación del contexto ambiental:

- Evaluar el ambiente doméstico y laboral del paciente para identificar factores que puedan estar contribuyendo al mantenimiento o exacerbación de los síntomas.
- Considerar la posibilidad de realizar visitas domiciliarias para obtener una mejor comprensión del entorno del paciente.

Abordaje terapéutico

1. Educación del paciente y la familia:

- Brindar información detallada sobre el TOC, sus síntomas, causas posibles y curso natural.
- Explicar las opciones de tratamiento disponibles y cómo funcionan, incluyendo la TCC y la farmacoterapia.

2. Plan de tratamiento individualizado:

- Diseñar un plan de tratamiento que se ajuste a las necesidades específicas del paciente, considerando la severidad de los síntomas, la comorbilidad y las preferencias del paciente.
- Incluir TCC, especialmente la técnica de ERP, que es el tratamiento de primera línea para el TOC.
- Considerar la farmacoterapia con ISRS y, si es necesario, añadir otros medicamentos bajo la supervisión de un psiquiatra.

3. Seguimiento y ajustes:

- Programar sesiones de seguimiento regulares para evaluar la evolución del paciente, la respuesta al tratamiento y realizar ajustes según sea necesario.
- Monitorear la adherencia al tratamiento y abordar cualquier barrera que el paciente pueda enfrentar en el proceso terapéutico.
- Evaluar continuamente la eficacia del tratamiento y realizar cambios si los síntomas no mejoran o empeoran.

4. Intervenciones conductuales:

- Implementar técnicas de ERP, diseñadas para ayudar al paciente a enfrentar sus obsesiones sin recurrir a las compulsiones.
- Utilizar técnicas de reestructuración cognitiva para desafiar y modificar los pensamientos distorsionados asociados con las obsesiones.

5. Apoyo social y grupos de apoyo:

- Fomentar la participación en grupos de apoyo para personas con TOC, donde los pacientes pueden compartir experiencias y estrategias de afrontamiento.

- Trabajar en la construcción de una red de apoyo sólida, que incluya familiares y amigos que comprendan y apoyen el proceso de tratamiento.

6. Terapia familiar:

- Incluir a los miembros de la familia en el proceso terapéutico para educarlos sobre el TOC y mejorar las dinámicas familiares que puedan estar afectadas por el trastorno.
- Implementar intervenciones familiares para reducir el estrés y mejorar la comunicación y el apoyo mutuo.

7. Monitorización de comorbilidades:

- Monitorear continuamente las comorbilidades psiquiátricas y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario para abordar estos problemas de manera integral.
- Considerar la posibilidad de terapias integradas que aborden múltiples trastornos simultáneamente.

8. Evaluación continua y ajuste del tratamiento:

- Realizar evaluaciones periódicas para monitorear el progreso del paciente y ajustar el plan de tratamiento en función de la respuesta terapéutica.
- Establecer objetivos terapéuticos claros y medir el progreso hacia estos objetivos en cada sesión de seguimiento.



MÓDULO III

Historia física

El diagnóstico de TOC se basa en la evaluación clínica que determina si se cumplen los criterios del DSM-V TR, que especifican que las obsesiones o las compulsiones deben estar presentes, los comportamientos deben llevar mucho tiempo, tomar ≥ 1 hora por día e interrumpir significativamente la vida diaria.

Criterios de diagnóstico del TOC

En el DSM-V TR, el diagnóstico de TOC se basó en los siguientes criterios.

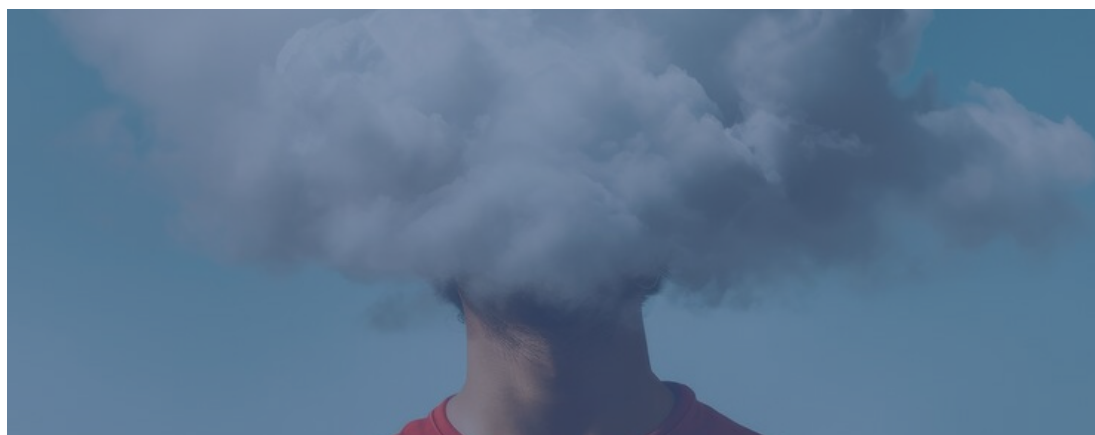
- La presencia de obsesiones, compulsiones o ambas que cumplen con las siguientes definiciones:

Obsesiones

- Los pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento durante la perturbación son intrusivos y no deseados y, en la mayoría de las personas, causan una marcada ansiedad o angustia.
- La persona intenta ignorar, suprimir o neutralizar estos pensamientos, impulsos o imágenes, generalmente mediante la realización de otro pensamiento o acción, que a menudo se convierte en una compulsión. Por ejemplo, un individuo puede intentar contrarrestar pensamientos intrusivos de contaminación lavándose las manos repetidamente.

Compulsiones

- Comportamientos repetitivos o actos mentales que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente.
- Los comportamientos o actos mentales tienen como objetivo reducir la ansiedad o la angustia o prevenir alguna situación temida; sin embargo, estos comportamientos o acciones mentales no se conectan de manera realista con lo que están diseñados o son excesivos.



- Las obsesiones no solo se definen por la naturaleza intrusiva y angustiante de los pensamientos, imágenes o impulsos, sino también por el impacto significativo que tienen en la vida diaria de la persona. Este impacto puede medirse en términos de tiempo consumido, la angustia generada, y el deterioro en áreas funcionales clave. A continuación, cada uno de estos aspectos:

1. Consumo de tiempo

Duración de las obsesiones:

Las obsesiones en el TOC suelen ocupar una parte considerable del día del paciente. El DSM-V-TR especifica que para que un diagnóstico de TOC sea válido, estas obsesiones deben consumir al menos una hora al día. Esto no significa necesariamente una hora continua, sino que puede ser la suma de múltiples episodios a lo largo del día. Así, un paciente puede pasar varias horas al día preocupado por si ha contaminado sus manos, revisando mentalmente cada contacto con objetos que pudo haber tocado, lo que interfiere con su capacidad para concentrarse en el trabajo o disfrutar de actividades sociales.

Interferencia en las actividades diarias:

El tiempo consumido por las obsesiones puede llevar a la interrupción o abandono de actividades diarias normales. Por ejemplo, una persona puede llegar tarde al trabajo regularmente porque pasa horas revisando si ha apagado todos los electrodomésticos antes de salir de casa.

2. Angustia emocional

Ansiedad y estrés:

Las obsesiones provocan una intensa ansiedad o malestar. Dicha angustia no es momentánea, sino persistente y debilitante, afectando la estabilidad emocional de la persona. En consecuencia, pongamos ahora el ejemplo de una persona con obsesiones sobre la posibilidad de causar daño involuntario a otros podría experimentar un nivel extremo de estrés, temiendo constantemente que ha hecho algo para perjudicar a alguien, aunque no haya evidencia de ello.

Impacto en el bienestar mental:

La angustia generada por estas puede llevar a un estado constante de tensión y preocupación, lo que afecta negativamente el bienestar general del individuo. La persona puede sentirse atrapada en un ciclo de pensamientos intrusivos del que no puede escapar.

3. Deterioro en áreas funcionales críticas

- Impacto social:

Pueden deteriorar significativamente las relaciones interpersonales. El individuo puede evitar reuniones sociales, o las interacciones pueden volverse tensas debido a la necesidad constante de buscar tranquilidad o evitar situaciones que desencadenen las obsesiones.

- Deterioro ocupacional:

Interfieren al final en el rendimiento laboral. La concentración en tareas puede verse gravemente afectada, y el tiempo dedicado a realizar compulsiones puede reducir la productividad. Por ende, alguien podría tener dificultades para completar tareas en el trabajo porque su mente está constantemente ocupada con pensamientos intrusivos, o porque se siente obligado a repetir ciertos rituales antes de sentirse capaz de continuar.

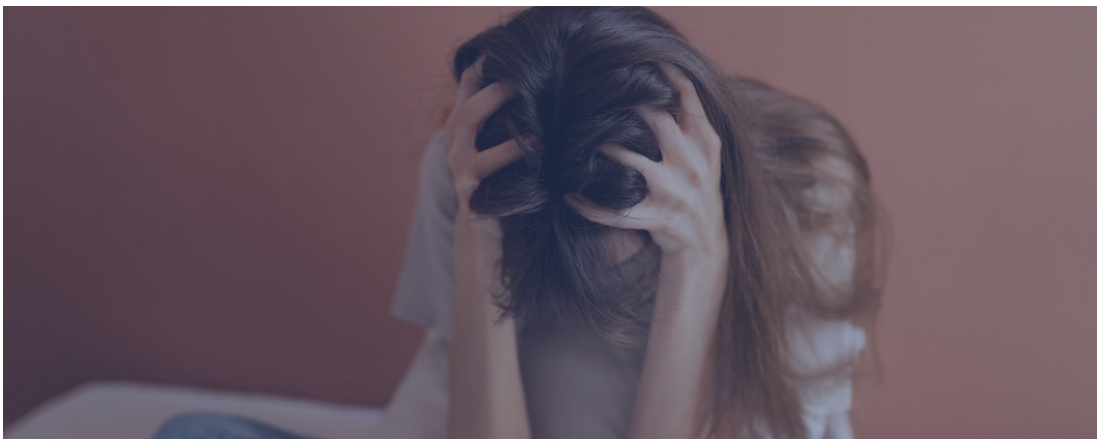
- Impacto en otras áreas funcionales:

Las obsesiones también pueden afectar otras áreas de la vida, como la educación, el autocuidado, y la capacidad para disfrutar de actividades recreativas.

- Los síntomas obsesivo-compulsivos **no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos directos de una sustancia** [por ejemplo, drogas de abuso, medicamentos] o a otra condición médica. Es esencial realizar una evaluación exhaustiva para descartar que los síntomas no sean resultado de condiciones neurológicas, infecciones (como el ya mencionado Síndrome PANDAS en niños) o efectos secundarios de medicamentos. Imaginemos, una mujer de 28 años comienza a experimentar obsesiones sobre la seguridad de su hogar, lo que la lleva a compulsiones de comprobar repetidamente si las puertas están cerradas. Estos síntomas aparecieron después de que le recetaran un nuevo medicamento para el insomnio. Al investigar, se descubre que uno de los efectos secundarios raros del medicamento es la inducción de síntomas obsesivo-compulsivos. Tras suspender el medicamento, los síntomas disminuyen, indicando que los síntomas no eran un TOC primario, sino una reacción adversa al fármaco.

- **Los síntomas de otro trastorno mental no explican mejor el trastorno.** Se deben considerar diagnósticos diferenciales antes de hacer un diagnóstico de TOC. Estos síntomas no deben ser atribuibles a otros trastornos psiquiátricos o médicos.

- **La creencia de que las obsesiones conducen a compulsiones es común; sin embargo, la relación entre las condiciones no siempre es directa.** Teóricamente, las obsesiones y las compulsiones pueden ocurrir independientemente entre sí. Los pacientes con TOC suelen buscar atención ambulatoria y a menudo tienen una visión de su condición, aunque existen excepciones en niños o casos graves. Estas personas suelen experimentar angustia debido a la naturaleza ego-distónica de sus síntomas. Incidiremos en el diagnóstico diferencial más adelante.



Evaluación clínica

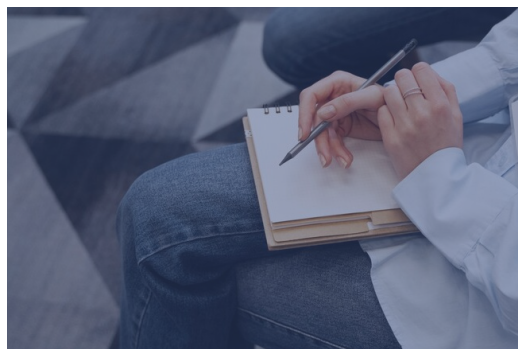
Un historial médico exhaustivo y un examen del estado mental son vitales para diagnosticar la afección, diferenciar el TOC de otros trastornos, medir el pronóstico y elaborar un plan de tratamiento. Durante la evaluación, es fundamental determinar si el paciente está lidiando con obsesiones, compulsiones o ambas. Los síntomas también deben clasificarse en las siguientes dimensiones específicas.

- **Contaminación:** obsesiones por la limpieza y compulsiones de limpieza. Véase el caso de una paciente que se preocupa constantemente por la posibilidad de contaminarse con gérmenes. Cada vez que toca algo que considera sucio, siente una intensa necesidad de lavarse las manos. Dicha acción se repite decenas de veces al día, hasta el punto de que su piel está irritada y agrietada. Si intenta evitar el lavado, experimenta una ansiedad abrumadora que solo se alivia al ceder a la compulsión de limpiar.
- **Pensamientos dañinos:** temores de causar daño y control compulsivo. Por ejemplo, aquel paciente que vive con el miedo constante de causar daño involuntariamente a los demás. Antes de salir de casa, verifica repetidamente que las estufas, los enchufes y las cerraduras estén en perfecto estado, ya que teme que un descuido pueda provocar un incendio o una intrusión. Este ritual puede tomarle horas, impidiéndole salir de casa a tiempo y afectando su vida laboral y social.
- **Pensamientos prohibidos:** obsesiones agresivas, sexuales o religiosas con los rituales mentales correspondientes; a menudo sugieren un peor pronóstico. Mismamente, una joven que sufre de obsesiones intrusivas y perturbadoras de naturaleza sexual y religiosa. Constantemente se atormenta con pensamientos blasfemos durante sus oraciones y teme que estos pensamientos la condenen. Para aliviar su ansiedad, repite mentalmente una serie de oraciones y frases hasta que siente que lo ha hecho "correctamente", lo cual puede llevarle largos periodos de tiempo y afectar su concentración en el trabajo.
- **Simetría:** compulsiones (por ejemplo, repetir, ordenar y contar). Finalmente, pongamos el caso de una persona que siente una necesidad incontrolable de que todo a su alrededor esté perfectamente alineado y simétrico. En su oficina, pasa gran parte de su tiempo ordenando objetos en su escritorio hasta que estén perfectamente alineados y organizados. Además, tiene la compulsión de contar los pasos que da y repetir ciertos movimientos hasta que siente que lo ha hecho de manera "correcta". Lo que le consume gran parte de su tiempo y afecta su productividad laboral.

Las **evaluaciones de seguridad** también se llevan a cabo para buscar riesgos inmediatos para el paciente u otros. Se debe realizar una prueba de detección de condiciones de comórbida, incluida la depresión, el trastorno bipolar y otros trastornos de ansiedad, y se debe revisar el historial médico psiquiátrico y general del paciente. También se deben obtener todos los medicamentos, suplementos y alergias o sensibilidades conocidas. Hacemos un inciso en esto, porque es una información que es esencial dado que permite identificar posibles causas fisiológicas subyacentes, como interacciones medicamentosas que podrían inducir o exacerbar síntomas obsesivo-compulsivos. Por ejemplo, ciertos medicamentos, como algunos antidepresivos o antipsicóticos, pueden desencadenar o intensificar estos síntomas en personas susceptibles, lo que hace vital establecer un vínculo entre el inicio de un nuevo tratamiento y la aparición de los síntomas.

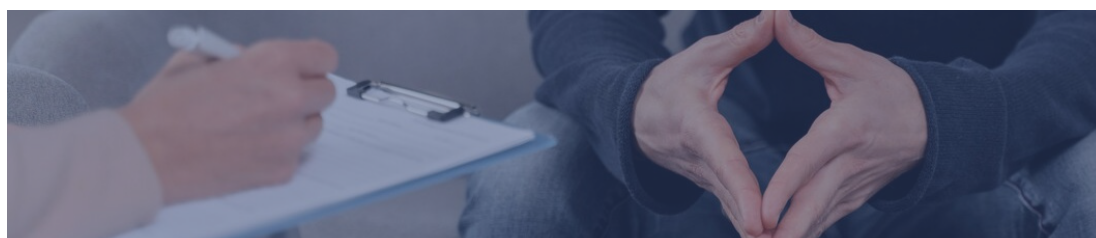
Además, **conocer las alergias y sensibilidades del paciente** es fundamental para prevenir reacciones adversas que podrían complicar el tratamiento; esto es particularmente relevante en la elección de medicamentos psicotrópicos, donde una reacción alérgica podría no solo causar daño al paciente, sino también dificultar un tratamiento efectivo del TOC. Asimismo, estar al tanto de los suplementos y medicamentos concurrentes que el paciente está tomando es crucial para evitar interacciones que puedan reducir la eficacia del tratamiento o provocar efectos secundarios. Por ejemplo, el uso de suplementos herbales como la hierba de San Juan podría interferir con los antidepresivos prescritos para el TOC, comprometiendo el resultado terapéutico.

Sumado a ello, los médicos deben recopilar información pertinente sobre **los antecedentes psicosociales** del consultante, incluidas las relaciones familiares, los factores estresantes y los antecedentes educativos. También se obtiene un historial familiar centrado en el TOC y otras afecciones psiquiátricas para proporcionar una visión holística de la salud del paciente.



Ahora, puede haber matices específicos en la presentación, como el TOC posparto, con los que los médicos deberían estar familiarizados. Por ejemplo, algunas madres primerizas pueden experimentar pensamientos angustiantes y obsesivos sobre dañar a su bebé y pueden ser reacias a revelarlos por miedo a juicios o consecuencias. En casos tan delicados, construir una buena relación y garantizar un entorno confidencial y sin prejuicios para la divulgación se vuelve primordial. Sin embargo, el médico debe evaluar vigilantemente la seguridad del paciente y del niño. Se debe crear un plan de tratamiento individualizado para cada paciente utilizando un enfoque integral.

Finalmente, hay que considerar una cosa. Y es la **variabilidad y fluctuación de los síntomas a lo largo del tiempo**. Es importante que se tenga en cuenta cómo los síntomas del TOC pueden no ser constantes, sino que pueden variar en intensidad y frecuencia dependiendo de factores como el nivel de estrés, cambios en la rutina diaria, o eventos significativos en la vida del paciente. Por ejemplo, un paciente puede experimentar períodos de relativa estabilidad donde los síntomas son manejables, seguidos por episodios de exacerbación intensa durante momentos de alta presión o cambio. Esta fluctuación es clave para entender el curso del trastorno, planificar intervenciones terapéuticas y establecer expectativas realistas tanto para el paciente como para sus familiares. Además, considerar la variabilidad temporal ayuda a distinguir el TOC de otros trastornos donde los síntomas pueden ser más estables o crónicos.



Diagnóstico diferencial

El TOC tiene síntomas similares a los de varias otras afecciones psiquiátricas. Diferenciarlo de estas condiciones es esencial para un diagnóstico preciso y una planificación efectiva del tratamiento, ya que parte de los criterios para el diagnóstico del TOC implica garantizar que los síntomas de otro trastorno mental no expliquen mejor la perturbación. Sin embargo, el cuadro también puede ocurrir junto con otros trastornos psiquiátricos, que pueden complicar el diagnóstico clínico. Los siguientes son algunos diagnósticos diferenciales comúnmente considerados y las características que pueden separarse del TOC:

- **Trastornos de ansiedad generalizada:** El TOC implica obsesiones irracionales o extrañas, distintas de las preocupaciones de la vida real que se encuentran en el trastorno de ansiedad generalizada. Las compulsiones suelen estar presentes en el TOC, pero no en los trastornos de ansiedad.
- **Fobia específica:** A diferencia del TOC, los miedos en la fobia específica se circunscriben a objetos o situaciones particulares y no implican rituales ni compulsiones.
- **Trastorno de ansiedad social:** Los miedos con esta condición están relacionados con las interacciones sociales, y los comportamientos evitativos tienen como objetivo reducir los miedos sociales en lugar de neutralizar las obsesiones.
- **Trastorno depresivo mayor:** Los pensamientos rumiativos en el trastorno depresivo mayor [TDM] son congruentes con el estado de ánimo y no están vinculados a comportamientos compulsivos, a diferencia de las obsesiones intrusivas en el TOC.
- **Trastorno dismórfico corporal:** Esta condición implica obsesiones y compulsiones relacionadas solo con la apariencia física.
- **Tricotilomanía:** Tirar compulsivamente del cabello sin la presencia de obsesiones diferencia la tricotilomanía del TOC.
- **Trastorno de acaparamiento:** La dificultad para descartar las posesiones caracteriza el trastorno de acaparamiento; si el acaparamiento es impulsado por obsesiones similares al TOC, se da un diagnóstico de TOC en su lugar.
- **Trastornos de la alimentación:** A diferencia del TOC, el enfoque de las obsesiones y compulsiones en trastornos como la anorexia nerviosa está en el peso y la comida. Los comportamientos alimenticios ritualizados están asociados con los trastornos de la alimentación.
- **Trastornos de los tics:** Los tics y los movimientos estereotipados son generalmente menos complejos que las compulsiones y no están dirigidos a neutralizar las obsesiones. Se puede justificar un diagnóstico doble para la superposición de síntomas.

- **Trastornos psicóticos:** Aunque algunos pacientes con TOC pueden tener poca visión o creencias delirantes, no exhiben otros síntomas psicóticos como alucinaciones.

- **Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo:** El TOC se caracteriza por obsesiones y compulsiones intrusivas y angustiantes destinadas a aliviar esta angustia, y las personas a menudo reconocen sus síntomas como excesivos. Por el contrario, el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo [OCPD] implica un patrón crónico de perfeccionismo y control rígido, sin la presencia de obsesiones o compulsiones, y a menudo es percibido por el individuo como racional y deseable.

Veamos un par de casos donde pareciera un diagnóstico distinto y luego es TOC:

Imagina a una persona que constantemente experimenta una fuerte ansiedad relacionada con la posibilidad de que algo terrible pueda suceder. Esta persona podría preocuparse de manera intensa por la seguridad de sus seres queridos, temiendo que sufran accidentes o enfermedades graves. A lo largo del día, revisa repetidamente su teléfono para asegurarse de que no ha recibido noticias preocupantes y llama a sus familiares varias veces para confirmar que están bien.

Aunque estos comportamientos parecen estar impulsados por una preocupación generalizada [TAG], lo que subyace es un patrón repetitivo y casi ritualista de revisar y comprobar, que podría estar relacionado con la necesidad de aliviar la ansiedad inmediata y evitar que algo malo ocurra. Este ciclo de preocupación y verificación constante no solo está impulsado por la ansiedad, sino por una necesidad compulsiva de realizar acciones específicas para reducir temporalmente esa ansiedad, creando un ciclo que parece difícil de romper.

En segundo lugar, visualicemos a otro individuo que es extremadamente organizada y perfeccionista en su vida diaria. Tiene una rutina muy estructurada y se siente profundamente incómoda cuando algo no sale según lo planeado. Se asegura de que todo en su casa esté en su lugar, alineado de cierta manera, y tiene reglas estrictas sobre cómo se deben hacer las cosas, como la limpieza, el orden y la gestión del tiempo.

En su trabajo, dedica una cantidad excesiva de tiempo a asegurarse de que cada detalle esté perfecto, revisando y corrigiendo su trabajo repetidamente, a menudo hasta el punto de retrasar plazos. Si algo no está exactamente como lo quiere, experimenta una intensa ansiedad y puede sentir una necesidad compulsiva de corregirlo de inmediato, aunque sea algo mínimo.

Si bien tales comportamientos podrían parecer simplemente una alta exigencia o perfeccionismo relacionado con la ansiedad generalizada, en realidad reflejan un patrón rígido de pensamiento y comportamiento que es característico de alguien con OCPD. Esta persona no está solo preocupada por la ansiedad inmediata, sino que sufre de una profunda necesidad de control y orden en todos los aspectos de su vida, lo que puede llevar a un deterioro en sus relaciones y su bienestar general.

En definitiva, resumamos aspectos para considerar en un buen diagnóstico diferencial:

Evaluar la función y el propósito de los pensamientos y comportamientos:

Diferenciar si los pensamientos y comportamientos tienen una función específica de alivio temporal de la ansiedad (más característico del TOC) o si están dirigidos hacia un objetivo perfeccionista y de control sin un claro componente de ansiedad (más propio del OCPD).

Explorar la flexibilidad cognitiva y comportamental:

Investigar si la persona puede adaptar sus comportamientos ritualísticos o pensamientos obsesivos en diferentes contextos o si estos son rígidos e inflexibles. La incapacidad para adaptarse sugiere TOC, mientras que una mayor flexibilidad podría indicar otras condiciones, como ansiedad generalizada o incluso rasgos de personalidad.

Considerar la presencia de culpa o moralidad exagerada:

El TOC puede involucrar obsesiones morales o de culpa intensa, donde el individuo siente una responsabilidad desmedida por prevenir daños, incluso cuando estos pensamientos son irracionales. Identificar si la culpa o las preocupaciones morales juegan un rol central puede ayudar a diferenciarlo de otros trastornos de ansiedad o de la personalidad.

Distinguir entre preocupaciones egosintónicas y egodistónicas:

Evaluar si las obsesiones y compulsiones son egodistónicas (causan malestar porque el individuo las percibe como extrañas o irracionales) o si son egosintónicas (el individuo las percibe como coherentes con sus valores y personalidad, más común en OCPD). Esto puede ser crucial para diferenciar TOC de OCPD.

Explorar la resistencia activa frente a las obsesiones y compulsiones:

Indagar hasta qué punto la persona intenta resistir o controlar sus pensamientos y comportamientos. En el TOC, suele haber un esfuerzo significativo por resistir o evitar las compulsiones, mientras que, en otros trastornos relacionados, como el OCPD, puede haber menos resistencia activa y una mayor justificación de los comportamientos.

Observar la presencia de un malestar específico vs. un malestar global:

En el TOC, el malestar suele estar relacionado directamente con las obsesiones y compulsiones específicas. En otros trastornos, como el TAG, el malestar tiende a ser más global y menos focalizado en rituales o pensamientos específicos. Este matiz puede ayudar en la diferenciación diagnóstica.

Evaluar el impacto en la funcionalidad diaria:

Considerar cómo las obsesiones y compulsiones afectan la funcionalidad en la vida diaria, y si esto ocurre de manera intermitente o constante. En el TOC, el impacto suele ser más localizado en ciertas áreas (p. ej., higiene, seguridad), mientras que, en otros trastornos, la disfuncionalidad puede ser más generalizada.

Examen del estado mental

El examen del estado mental (Mental Status Examination, MSE, en inglés) para los pacientes con TOC puede diferir dependiendo de la gravedad de los síntomas, las manifestaciones específicas del trastorno y cualquier condición coexistente. Pero no deja de ser una herramienta que proporciona una evaluación estructurada y detallada del estado mental actual del paciente, permitiendo identificar y documentar aspectos clave como la presencia de obsesiones, compulsiones, ansiedad, y el grado de insight. Así, el clínico puede observar directamente los comportamientos compulsivos y explorar el contenido de los pensamientos obsesivos, además de evaluar cómo estos síntomas afectan el estado de ánimo, la cognición y la funcionalidad general del paciente. Los siguientes son algunos hallazgos de MSE que son comunes durante la evaluación clínica.

- **Apariencia y comportamiento:** Los pacientes generalmente se presentan bien arreglados, pero muestran ansiedad visible. Las manifestaciones del TOC, como el lavado frecuente de las manos, el control de comportamientos o la reorganización de los objetos, a menudo se observan durante la entrevista y sirven como indicador de diagnóstico.
- **Actividad psicomotora:** Se observa a las personas participando en acciones repetitivas (por ejemplo, tocando, comprobando o lavándose las manos constantemente). Estos comportamientos se realizan de forma compulsiva, incluso cuando causan angustia visible al paciente.
- **Habla:** Si bien la articulación es generalmente coherente y está orientada a objetivos, los pensamientos intrusivos pueden interrumpir periódicamente el flujo del habla. Dependiendo del individuo, estos pensamientos pueden o no ser vocalizados durante el examen.
- **Estado de ánimo y afecto:** Los pacientes generalmente reportan sentimientos de ansiedad o angustia, y su expresión emocional (es decir, afecto) parece consistente con estas experiencias reportadas, a menudo mostrando signos elevados de estrés.
- **Contenido del pensamiento:** Los pensamientos obsesivos difieren entre los pacientes, pero generalmente giran en torno a temas como la contaminación, el daño a uno mismo o a los demás, una búsqueda de simetría o creencias sexuales o religiosas angustiantes. Con frecuencia se informa de compulsiones para contrarrestar estas obsesiones.
- **Proceso de pensamiento:** Los pensamientos generalmente lineales y coherentes, intrusivos y obsesivos interrumpen intermitentemente el proceso de pensamiento. Los pacientes generalmente reconocen estos pensamientos como irracionales, pero se ven obligados a responder con las compulsiones correspondientes.
- **Anormalidades perceptivas:** A diferencia de otros trastornos psiquiátricos, rara vez se observan alucinaciones o ilusiones en pacientes con TOC.

- **Cognición:** Los pacientes suelen permanecer alertas y orientados a la hora, el lugar y la persona. La función cognitiva general generalmente se conserva, aunque a veces se ve comprometida por la naturaleza generalizada de los pensamientos obsesivos.

- **Conocimiento y juicio:** Una característica importante en la mayoría de los casos de TOC es la preservación de la perspicacia. Los pacientes a menudo reconocen la naturaleza irracional de sus obsesiones y compulsiones, pero informan que se sienten impotentes para controlarlas. El juicio puede fallar específicamente cuando se resiste al impulso de realizar comportamientos compulsivos.



MÓDULO IV

Evaluación y tratamiento

Evaluación

Para evaluar de manera detallada cada uno de los tipos de síntomas de TOC mencionados [contaminación, pensamientos dañinos, pensamientos prohibidos y simetría], se pueden utilizar herramientas de evaluación específicas que permiten identificar y cuantificar la gravedad de los síntomas. Veamos los instrumentos más utilizados y aceptados en la evaluación del TOC:

1. *Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS)*

Descripción:

- La Y-BOCS es la herramienta más aceptada y ampliamente utilizada para evaluar la gravedad del TOC [Goodman et al., 1989].
- Consta de una entrevista estructurada y una escala de autoinforme.
- Evalúa la severidad de las obsesiones y compulsiones a través de 10 ítems, cada uno puntuado en una escala de 0 a 4.

Ítems de la Y-BOCS:

- Tiempo ocupado por pensamientos obsesivos.
- Interferencia de pensamientos obsesivos.
- Angustia de pensamientos obsesivos.
- Resistencia contra las obsesiones.
- Grado de control sobre los pensamientos obsesivos.
- Tiempo ocupado por el comportamiento compulsivo.
- Interferencia del comportamiento compulsivo.
- Angustia asociada con el comportamiento compulsivo.
- Resistencia contra el comportamiento compulsivo.
- Grado de control sobre los comportamientos compulsivos.

Puntuación:

- Total de 0 a 40, con puntuaciones más altas indicando una mayor gravedad de los síntomas [Goodman et al., 1989].

2. *Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley (Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory, MOCI, en inglés)*

Descripción:

- Es un cuestionario de autoinforme diseñado para evaluar la presencia y la gravedad de los síntomas del TOC (Hodgson & Rachman, 1977).
- Consta de 30 ítems que abarcan diferentes áreas del TOC.

Áreas evaluadas:

- Limpieza.
- Verificación.
- Lento rendimiento.
- Dudas repetitivas.

3. *Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado (Obsessive-Compulsive Inventory-Revised, OCI-R, en inglés)*

Descripción:

- Versión revisada del Inventario de Obsesiones y Compulsiones.
- Consiste en 18 ítems que se agrupan en seis subescalas (Foa et al., 2002).

Subescalas:

- Lavado.
- Verificación.
- Obsesiones.
- Neutralización.
- Orden.
- Acumulación.

Puntuación:

- Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 4 (Foa et al., 2002).

4. Escala de Síntomas Obsesivo-Compulsivos de Vancouver (*Vancouver Obsessional Compulsive Inventory, VOCI, en inglés*)

Descripción:

- Cuestionario de autoinforme que evalúa la presencia y la gravedad de los síntomas del TOC.
- Consta de 55 ítems divididos en seis subescalas [Thordarson et al., 2004].

Subescalas:

- Contaminación.
- Comportamientos obsesivo-compulsivos.
- Obsesiones.
- Comportamientos de verificación.
- Simetría y orden.
- Acumulación.

5. Formulario de Evaluación de TOC de Penn (*Penn Inventory for Obsessive Compulsive Symptoms, PAST, en inglés*)

Descripción:

- Cuestionario de autoinforme que evalúa la presencia y la gravedad de los síntomas del TOC.
- Abarca diversas áreas relacionadas con el TOC, incluyendo pensamientos de causar daño, compulsiones de control, obsesiones sexuales y religiosas [Hyman & Pedrick, 2010].

Componentes:

- Preguntas específicas sobre la frecuencia y la intensidad de los síntomas.
- Evaluación de la interferencia de los síntomas en la vida diaria.

6. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID-I, en inglés*)

Descripción:

- Entrevista clínica estructurada que se utiliza para el diagnóstico de trastornos mentales, incluyendo el TOC [First et al., 1996].
- Proporciona un enfoque sistemático para la evaluación y el diagnóstico de los síntomas del TOC.

Siempre destacamos la importancia de la evaluación de la *insight* en relación con los síntomas de TOC. La *insight* se refiere al grado en que el paciente es consciente de que sus obsesiones y compulsiones son irracionales o excesivas. Esta conciencia varía ampliamente entre los individuos con TOC y puede influir significativamente en el tratamiento y pronóstico. Para su evaluación:

- **Escala de *insight* en TOC:** Existen herramientas específicas, como la Escala de *Insight* en Trastornos Obsesivo-Compulsivos [Brown et al., 2006], que miden el nivel de *insight* del paciente, desde completo (reconoce que las creencias obsesivas no son reales) hasta pobre (piensa que las creencias obsesivas podrían ser verdaderas).
- **Impacto en el tratamiento:** Pacientes con bajo *insight* pueden ser más resistentes al tratamiento, ya que podrían no ver la necesidad de cambiar sus conductas o pensamientos obsesivos.

Tras lo visto, resumamos, la **Y-BOCS** es ideal para la evaluación inicial del TOC, proporcionando una evaluación profunda y detallada de la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos. También se utiliza comúnmente para monitorear la evolución de los síntomas a lo largo del tiempo, especialmente durante el tratamiento, lo que la convierte en una herramienta clave tanto en la práctica clínica como en la investigación. Por otro lado, el **MOCI** es más apropiado para una evaluación rápida y general de la presencia de síntomas de TOC, siendo útil en situaciones donde se necesita un cribado rápido. El OCI-R es ideal para su uso en entornos clínicos y de investigación donde se desea evaluar y diferenciar subtipos específicos de TOC, gracias a sus subescalas especializadas. Por su parte, el **VOCI** es particularmente útil cuando se necesita una evaluación más exhaustiva de los síntomas en áreas específicas como la simetría, la acumulación y la verificación, siendo ideal para estudios que buscan explorar la diversidad del espectro de síntomas del TOC. Finalmente, el **PAST** se utiliza preferentemente en investigaciones y evaluaciones clínicas que buscan explorar pensamientos dañinos, obsesiones sexuales y religiosas, y compulsiones de control, proporcionando una visión detallada de estos aspectos específicos del TOC.

Antes de pasar a otra cosa, veamos algunos casos a partir de los que podrás adjudicar las herramientas de evaluación vistas:

Casos

Marta es una mujer de 35 años que ha sido diagnosticada con TOC, pero presenta una variedad de síntomas diferentes, como verificación excesiva, necesidad de orden, y pensamientos intrusivos sobre contaminación. Su terapeuta quiere comprender mejor cuáles son los subtipos de TOC que predominan en su caso.....

Juan es un joven de 21 años que ha empezado a preocuparse porque podría tener TOC, ya que a menudo revisa varias veces si ha cerrado la puerta de su casa. Sin embargo, no está seguro de si sus síntomas son suficientemente serios como para buscar tratamiento.....

Lucía, una mujer de 30 años, está preocupada por pensamientos intrusivos de naturaleza sexual y religiosa, que le provocan una intensa ansiedad. Ha comenzado a realizar rituales mentales para neutralizar estos pensamientos, pero no está segura de cómo describir su experiencia a un terapeuta.....

Carlos, de 40 años, presenta una gran variedad de síntomas de TOC, incluyendo obsesiones sobre la simetría, la acumulación de objetos y la verificación constante. Estos síntomas le generan un gran malestar, pero quiere entender cuáles son las áreas más problemáticas en su caso.....

Ana es una mujer de 28 años que presenta síntomas obsesivo-compulsivos graves, incluyendo pensamientos intrusivos sobre la limpieza y rituales de lavado de manos que ocupan varias horas de su día. Ana está comenzando un tratamiento para el TOC y su terapeuta desea evaluar la gravedad de sus síntomas y monitorear su progreso a lo largo del tiempo.

Psicoterapia

La TCC es una intervención psicoterapéutica bien establecida y basada en la evidencia para el tratamiento del TOC. **Dentro de la TCC, la técnica de prevención de respuesta (ERP) se destaca como la intervención conductual más respaldada empíricamente.** ERP consiste en exponer a los pacientes a estímulos que desencadenan ansiedad, mientras se les guía para abstenerse de llevar a cabo los comportamientos compulsivos que suelen utilizar para mitigar esa ansiedad. Esta técnica permite que los pacientes experimenten una disminución gradual de la ansiedad a través de la habituación, lo que reduce la necesidad de realizar compulsiones y, en última instancia, disminuye la intensidad y frecuencia de los síntomas del TOC [Franklin & Foa, 2011].

Diversas modalidades de administración de la TCC, incluidas las terapias individuales, grupales, presenciales y *online*, han demostrado ser eficaces en el tratamiento del TOC. Las modalidades basadas en Internet, en particular, han cobrado relevancia en los últimos años, ofreciendo accesibilidad y flexibilidad, lo que es especialmente beneficioso para quienes viven en áreas remotas o tienen limitaciones para asistir a sesiones presenciales. Los estudios recientes han mostrado que la TCC en formato digital puede ser casi tan efectiva como la intervención presencial, especialmente cuando se combina con apoyo clínico remoto.

Un factor determinante en la eficacia de la TCC es la **adherencia del paciente a las tareas asignadas para el hogar**, especialmente aquellas que implican ejercicios de ERP. La práctica constante de ERP en el entorno doméstico es crucial para el éxito del tratamiento, ya que permite la generalización de los aprendizajes adquiridos en la terapia a situaciones cotidianas. Sin embargo, la adherencia puede verse afectada por varios factores, como la motivación del paciente, el apoyo familiar, y la claridad en las instrucciones proporcionadas por el terapeuta [Ong et al., 2016].

Más generalmente, la TCC se considera un tratamiento de primera línea para el TOC, especialmente cuando se alinea con las preferencias del paciente, existe acceso a terapeutas cualificados, y no hay comorbilidades que requieran intervención farmacológica inmediata. Aunque los metaanálisis sugieren que la TCC, y en particular la ERP, suelen superar a las intervenciones farmacológicas en términos de efectividad, estas conclusiones deben ser interpretadas con cautela. Factores como la **selección de los pacientes, la gravedad inicial de los síntomas, y las preferencias individuales** pueden influir significativamente en los resultados del tratamiento [Kaczurkin & Foa, 2015].

Por otro lado, investigaciones recientes han señalado que los protocolos intensivos de TCC, que condensan la terapia en un período breve (a menudo de varias horas al día durante unas pocas semanas), son prometedores tanto para el tratamiento inicial como para el manejo de casos graves de TOC. Estos protocolos intensivos pueden ser particularmente útiles en contextos de hospitalización o programas residenciales, donde el entorno controlado permite una exposición constante y una intervención más estructurada. Los estudios también están explorando la eficacia de combinar ERP con otras modalidades de tratamiento, como la TCC basada en la aceptación y el compromiso (ACT) y la estimulación magnética transcraneal (TMS), lo que podría ofrecer opciones adicionales para aquellos pacientes que no responden completamente a la TCC estándar [Olatunji et al., 2013].

1. EPR

Resumiendo lo dicho, más otras técnicas, la EPR trabaja directamente con la ansiedad, desafiando la necesidad interna de evitar la experiencia de malestar. En términos psicológicos, esta técnica busca alterar la relación condicionada entre los estímulos internos o externos que desencadenan la ansiedad y las conductas automáticas de escape o evitación [compulsiones].

Cuando hablamos de la evitación, nos referimos a un mecanismo de defensa común en los trastornos de ansiedad, que refuerza el ciclo de angustia al generar un alivio momentáneo frente a una fuente de estrés, pero al mismo tiempo solidifica la asociación entre el estímulo y la reacción emocional negativa. Al exponer a la persona a situaciones que normalmente provocan las obsesiones, sin permitir que se comprometa en sus rituales compulsivos, el individuo se enfrenta directamente a su miedo sin la "válvula de escape" de la compulsión. En este contexto, es importante señalar que el proceso de evitar puede ser altamente reforzador porque proporciona alivio momentáneo, pero a largo plazo perpetúa el trastorno.

La ansiedad, que suele elevarse inicialmente, comienza a disminuir de manera gradual cuando el cerebro aprende que la catástrofe anticipada no ocurre. Este fenómeno puede explicarse desde una óptica cognitivo-conductual: **el sistema nervioso, a través de la exposición repetida y controlada al estímulo temido, se habitúa a la presencia de la ansiedad y la intensidad emocional disminuye**. Esto se debe a un proceso de habituación, un principio fundamental en la teoría del aprendizaje que implica que, a medida que se expone repetidamente a un estímulo sin que ocurra el resultado temido, el cerebro ajusta su respuesta y el estímulo pierde su poder.

A través de la exposición repetida y la prevención de la respuesta, la mente comienza a habituarse a la angustia, facilitando la reducción de la fuerza con la que el estímulo obsesivo afecta a la persona. Psicológicamente, se busca una "extinción" de la respuesta condicionada, donde se desafían los esquemas de pensamiento que asocian compulsivamente la necesidad de actuar para prevenir un daño. La extinción se basa en el principio de que, al no reforzar la conducta de evitación o compulsión, los circuitos neuronales asociados a la ansiedad se debilitan con el tiempo. En este proceso, la persona también empieza a cuestionar las creencias irracionales o distorsionadas que alimentan sus obsesiones, logrando una reestructuración cognitiva que contribuye al tratamiento a largo plazo.

Antes de pasar a la siguiente técnica, aquí tienes un esquema de cómo proceder:

1. Evaluación inicial del paciente

Antes de iniciar la EPR, es fundamental realizar una evaluación clínica exhaustiva del paciente. Esto incluye:

- **Historia clínica completa:** Revisión de síntomas, tiempo de evolución, factores precipitantes, comorbilidades y grado de interferencia en la vida diaria.
- **Evaluación de la severidad del TOC:** Utilización de escalas como la Y-BOCS para cuantificar la severidad de las obsesiones y compulsiones.
- **Identificación de obsesiones y compulsiones:** Listar los pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos más comunes y las conductas compulsivas asociadas.
- **Nivel de motivación y disposición:** Es importante evaluar la motivación del paciente para enfrentar sus miedos y comprometerse con el tratamiento.

2. Psicoeducación

El siguiente paso es proporcionar información al paciente sobre el modelo de tratamiento, explicando:

- **Qué es el TOC y cómo funciona el ciclo obsesivo-compulsivo.**
- **Cómo la evitación y las compulsiones refuerzan la ansiedad a largo plazo.**
- **El proceso de habituación:** Se explica que, al exponerse repetidamente a los desencadenantes de la ansiedad sin realizar las compulsiones, el malestar disminuirá con el tiempo.
- **Expectativas sobre el tratamiento:** Informar que inicialmente la ansiedad puede aumentar, pero disminuirá con la exposición repetida.

3. Desarrollo de la jerarquía de exposición

Crear una jerarquía de exposición es una parte esencial del tratamiento. Este proceso incluye:

- **Listar las situaciones que desencadenan obsesiones:** Desde las que provocan menos ansiedad hasta las que provocan la mayor ansiedad.

- **Asignar una puntuación de ansiedad:** Utilizar una escala subjetiva de 0 a 100 para medir el grado de ansiedad [Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad, SUDS] que cada situación produce.

- **Ordenar las situaciones por nivel de dificultad:** Comenzar con situaciones de exposición que generen un nivel moderado de ansiedad, evitando empezar con las más difíciles.

4. Exposición gradual

- **Iniciar con niveles más bajos de la jerarquía:** Comenzar con situaciones que provoquen una ansiedad moderada [40-50 en la escala SUDS]. A medida que el paciente se habitúa, se va avanzando a situaciones más desafiantes.

- **Métodos de exposición:** La exposición puede ser en vivo [exposición directa a situaciones reales] o imaginada [pensar en las situaciones si no es posible recrearlas en ese momento].

Ejemplos de exposición:

- Si el paciente tiene obsesiones con la limpieza, una exposición podría implicar tocar objetos "sucios" sin lavarse las manos.

- Si el paciente teme hacer daño a otros, una exposición podría consistir en sostener un cuchillo sin la presencia de supervisión inmediata.

- **Duración de las sesiones de exposición:** Las sesiones de exposición deben durar el tiempo necesario para que la ansiedad disminuya de forma natural. Esto puede variar entre 30 y 90 minutos, o hasta que la ansiedad disminuya en un 50% o más.

5. Prevención de la respuesta (compulsiones)

- **Evitar el uso de compulsiones:** Durante y después de la exposición, el paciente debe abstenerse de realizar cualquier ritual compulsivo [como lavarse las manos, verificar o rezar] para evitar neutralizar la ansiedad.

- **Técnicas de control:** El terapeuta debe supervisar al paciente para garantizar que no caiga en compulsiones encubiertas, como el análisis mental o la distracción deliberada.

6. Monitoreo del progreso

- **Registro de la ansiedad:** Se anima al paciente a llevar un registro detallado del nivel de ansiedad experimentado durante cada exposición y su evolución a lo largo del tiempo.

- **Revisión regular de la jerarquía:** Evaluar y ajustar la jerarquía de exposición de acuerdo con los progresos. A medida que el paciente va logrando habituarse a los niveles más bajos, se avanza gradualmente a niveles superiores de la jerarquía.

- **Feedback positivo:** Reforzar los logros del paciente, subrayando que la disminución de la ansiedad es un signo de que el cerebro está aprendiendo a desacoplar la respuesta emocional intensa a los estímulos obsesivos.

7. Generalización del aprendizaje

A medida que el tratamiento progresa, es fundamental ayudar al paciente a aplicar las habilidades aprendidas en su vida cotidiana:

- **Incorporar las exposiciones en la vida diaria:** Alentar al paciente a que practique las exposiciones fuera de las sesiones terapéuticas.
- **Consolidación:** Practicar exposiciones en diferentes contextos para generalizar la respuesta de habituación a diferentes situaciones y lugares.

8. Reevaluación y mantenimiento

- **Reevaluar el progreso global:** Al final de la terapia, se debe realizar una nueva evaluación del TOC utilizando herramientas como la Y-BOCS para medir la mejora clínica.
- **Estrategias de mantenimiento:** Enseñar al paciente técnicas para manejar posibles recaídas, y hacer un plan de acción para aplicar la EPR cuando sea necesario en el futuro.

Consideraciones finales:

- **Involucrar a familiares:** En muchos casos, involucrar a los familiares en el tratamiento puede ser crucial, especialmente si tienden a reforzar las compulsiones. Pueden aprender a apoyar el proceso de exposición en lugar de facilitar las conductas de evitación.
- **Terapia de apoyo:** Combinar la EPR con otras terapias, como la TCC, puede potenciar los resultados, especialmente cuando el paciente tiene pensamientos irracionales muy arraigados.

2. Reestructuración cognitiva

El TOC está fuertemente influenciado por la forma en que la persona interpreta sus obsesiones. La reestructuración cognitiva implica un proceso de identificación y modificación de las creencias irracionales o distorsionadas que mantienen las obsesiones y compulsiones. Las creencias disfuncionales, como el perfeccionismo extremo o la exageración de la responsabilidad personal, son factores centrales que sustentan el TOC.

A través de un análisis detallado de las creencias automáticas que surgen frente a las obsesiones, el terapeuta ayuda al individuo a cuestionar la validez de esos pensamientos. Se invita a la persona a generar interpretaciones alternativas más equilibradas y realistas, que no disparen la necesidad de llevar a cabo una compulsión. Esta técnica está diseñada para alterar los esquemas cognitivos que filtran la experiencia interna, de tal manera que el individuo aprenda a tolerar la incertidumbre y a desarrollar una mayor confianza en sus propios juicios y procesos de pensamiento.

Ahora, **la reestructuración cognitiva en el tratamiento del TOC ha recibido críticas**, particularmente porque el trastorno obsesivo-compulsivo a menudo se caracteriza por pensamientos intrusivos y rígidos, que no responden fácilmente a la mera discusión racional de las creencias. Los estudios empíricos han mostrado que, si bien la reestructuración cognitiva puede ser útil para algunos trastornos de ansiedad, en el TOC su efectividad puede ser limitada cuando se utiliza de manera aislada.

Los pacientes con TOC a menudo son conscientes de que sus obsesiones no son realistas, lo que hace que desafiar cognitivamente estas creencias no siempre resulte en un cambio conductual significativo. Además, el enfoque excesivo en intentar modificar los pensamientos puede, en algunos casos, exacerbar la rumiación y la preocupación, lo que podría perpetuar el ciclo obsesivo. Por eso, las intervenciones conductuales como la EPR suelen considerarse más eficaces, al centrarse en la experiencia directa del malestar y en la modificación de las conductas de evitación, que son el núcleo del trastorno.

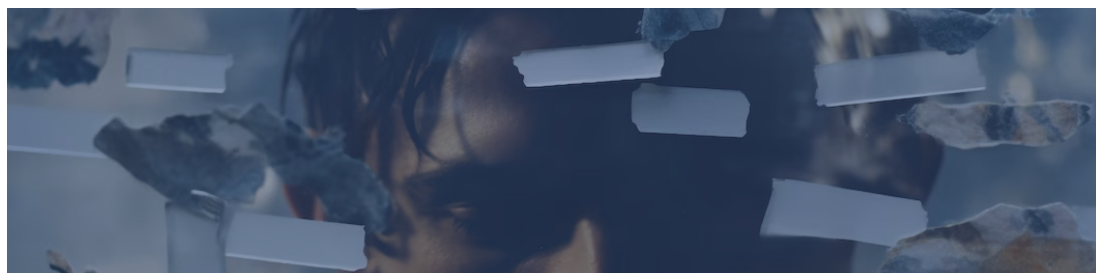
3. Desafío de la intolerancia a la incertidumbre

En muchas formas de TOC, el miedo subyacente radica en la incapacidad de aceptar la incertidumbre. La mente de la persona se ve atrapada en **una búsqueda interminable de certeza absoluta** en aspectos que son inherentemente inciertos. El desafío a esta intolerancia es un pilar de la TCC para el TOC. Aquí, el proceso psicológico implica una confrontación gradual con la aceptación de que no todo en la vida puede controlarse o predecirse con certeza.

A través de ejercicios estructurados, la persona practica tolerar la incertidumbre sin recurrir a conductas compulsivas para aliviar la tensión. El proceso subyacente se relaciona con la modificación de creencias fundamentales sobre el control y la seguridad, así como con la desactivación de circuitos neurales que anteriormente vinculaban la incertidumbre con el miedo extremo. Este tipo de trabajo ayuda a desensibilizar al individuo frente a la ansiedad producida por lo imprevisible, incrementando así su capacidad para tolerar la ambigüedad.

4. Desensibilización sistemática

En ocasiones, es necesario descomponer las situaciones ansiógenas en pequeños pasos que permitan al individuo enfrentarse a sus miedos de manera más controlada y progresiva. La desensibilización sistemática sigue un enfoque similar a la EPR, pero con una mayor gradación en los niveles de exposición, permitiendo una habituación progresiva. **La técnica ayuda a entrenar la mente para enfrentarse a las situaciones que producen ansiedad de manera escalonada**, reduciendo la sensación de amenaza con cada paso completado.



A través de la repetición y la exposición gradual, el sistema nervioso se adapta y disminuye su respuesta de alerta. Así pues, el individuo, al dominar cada etapa, desarrolla una mayor sensación de autoeficacia, lo que refuerza su capacidad para gestionar situaciones de alto estrés sin recurrir a conductas compulsivas.

5. Técnicas de *mindfulness* y aceptación

Una técnica complementaria en la TCC para el TOC es la incorporación de estrategias de atención plena (*mindfulness*) y aceptación. Estas técnicas enseñan al individuo a observar y experimentar sus obsesiones y compulsiones sin involucrarse directamente con ellas, es decir, sin juzgarlas ni intentar controlarlas activamente.

El enfoque aquí es entrenar a la persona para que cambie la relación con sus pensamientos intrusivos, percibiéndolos como eventos mentales pasajeros y no como hechos que requieren una respuesta urgente. Este distanciamiento cognitivo promueve una mayor flexibilidad psicológica y la capacidad de experimentar el malestar sin ser arrastrado por él. Desde un punto de vista neuropsicológico, fomenta una mayor regulación emocional, activando áreas del cerebro vinculadas con el control ejecutivo y la inhibición de respuestas automáticas.

6. Experimentación conductual

La experimentación conductual es una técnica que implica realizar pequeños "experimentos" en los que el paciente pone a prueba las creencias irracionales que sustentan sus obsesiones y compulsiones. Aquí, se invita al individuo a confrontar, de manera controlada, situaciones que normalmente evitan debido al miedo irracional.

El objetivo de estos experimentos es recopilar evidencia directa de que las creencias que sustentan el TOC no son válidas. Esto genera una disonancia cognitiva que favorece la reevaluación de los pensamientos disfuncionales. Cuando el individuo se da cuenta de que las consecuencias temidas no ocurren (o que no son tan graves como anticipaba), se produce una reestructuración cognitiva profunda que refuerza el proceso terapéutico.

Farmacoterapia

Los ISRS se recomiendan como medicamentos de primera línea debido a su eficacia, seguridad y tolerabilidad probadas. Por lo general, **se prescriben dosis más altas que las utilizadas para otros trastornos de ansiedad o trastorno depresivo mayor**, lo que mejora la eficacia, pero aumenta el riesgo de efectos adversos como complicaciones gastrointestinales y sexuales. Por lo tanto, una evaluación cuidadosa de los efectos secundarios es fundamental para la optimización de la dosis individual. En las revisiones sistemáticas se han observado tamaños de efecto uniformes de los ISRS de uso común, sin embargo, cada ISRS tiene su perfil de efecto adverso.

Los criterios de selección de los ISRS para el TOC incluyen la respuesta previa al tratamiento, el potencial de eventos adversos, las interacciones medicamentosas, las condiciones médicas coexistentes y el costo y la disponibilidad del medicamento. **Las pautas de tratamiento recomiendan un ensayo de ISRS de 8 a 12 semanas para determinar la eficacia.** Sin embargo, los metaanálisis recientes muestran una mejora significativa de los síntomas dentro de las primeras 2 semanas de tratamiento con ISRS. Un estudio abierto de fluoxetina indicó que la reducción temprana de los síntomas en un plazo de 4 semanas predijo el éxito del tratamiento durante 12 semanas. El tratamiento de mantenimiento generalmente se recomienda durante al menos 12 a 24 meses después de la emisión, pero puede ser necesaria una duración más larga debido al riesgo de recaída al interrumpir la medicación [Batelaan et al., 2017].

La **clomipramina**, un antidepresivo tricíclico (TCA), fue el primer medicamento que mostró eficacia en el tratamiento del TOC. Los metaanálisis sugieren su mayor eficacia en comparación con los ISRS, pero este hallazgo requiere precaución, ya que los primeros estudios de clomipramina incluyeron menos pacientes resistentes al tratamiento. Las comparaciones directas indican una eficacia equivalente entre la clomipramina y los ISRS. Los ISRS se prefieren para el tratamiento a largo plazo debido a sus perfiles de seguridad superiores y su tolerabilidad en comparación con otros antidepresivos.

Ahora, **aproximadamente la mitad de los pacientes con TOC no responden a los tratamientos de primera línea.** Y, aquí, **los factores que predicen una mala respuesta incluyen una mayor gravedad de los síntomas, deficiencias funcionales marcadas, subtipos específicos de obsesión y compulsión (por ejemplo, sexual, religioso y acaparamiento), visión limitada, altas tasas de comorbilidad y falta de adherencia a los protocolos de tratamiento.** Las estrategias combinatorias que involucran la TCB y los ISRS pueden ser efectivas para aquellos que demuestran una mala respuesta. Sin embargo, la TCC con frecuencia se verá limitada por la disponibilidad o la intolerancia del paciente a las técnicas de exposición.

Los enfoques alternativos incluyen el cambio de ISRS, el uso de dosis supratrapéuticas o el cambio a inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina. **Los ISRS también se pueden aumentar con antipsicóticos, antidepresivos tricíclicos (por ejemplo, clomipramina) o agentes glutamatérgicos.** La combinación de fluoxetina y clomipramina supera a la fluoxetina con un antipsicótico. Sin embargo, la combinación de fluoxetina y clomipramina conlleva el riesgo de niveles sanguíneos elevados de ambos medicamentos, lo que conduce a eventos adversos potencialmente graves (por ejemplo, convulsiones, arritmias cardíacas y síndrome serotoninérgico). El aumento con antipsicóticos, especialmente risperidona y aripiprazol, muestra cierta evidencia de eficacia; sin embargo, solo un tercio de los pacientes resistentes al ISRS experimentan mejoras clínicamente significativas, lo que justifica una evaluación meticulosa del riesgo-beneficio. Los moduladores del sistema glutamatérgico (por ejemplo, memantina, N-acetilcisteína, lamotrigina, topiramato, riluzol, tróriluzol y ketamina) se han explorado como terapias de aumento y han demostrado ser algo prometedores. Entre estos, la N-acetilcisteína tiene la mayor cantidad de evidencia [Costa et al., 2017].

Neuromodulación

Además de las opciones de tratamiento establecidas, como la ERP, los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISR) y el aumento antipsicótico de los ISR, existe una gama limitada de otras alternativas basadas en la evidencia. Sin embargo, varias modalidades de tratamiento han demostrado ser prometedoras para los casos refractarios a las intervenciones estándar.

- **Estimulación magnética transcraneal:** Los estudios que emplean la estimulación magnética transcraneal repetitiva dirigidas a varias regiones del cerebro (por ejemplo, la corteza prefrontal dorsolateral, la corteza prefrontal dorsomedial y la corteza orbitofrontal) han dado resultados mixtos. Sin embargo, estos generalmente apoyan la idea de la hiperactividad córtico-estriatal como factor subyacente en el TOC.

La estimulación magnética transcraneal profunda, que utiliza una bobina en forma de H, puede alcanzar profundidades de 3 a 5 cm, dirigida a estructuras de la línea media como la corteza prefrontal medial y la corteza cingulada anterior. Se cree que estas áreas son hiperactivas en el TOC. Significativamente, la estimulación magnética transcraneal profunda ha obtenido la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (*Food and Drug Administration*, FDA, en inglés) para el tratamiento del TOC.

- **Ablación estereotáctica:** La introducción del marco estereotáctico durante el siglo pasado mejoró significativamente la precisión de los tratamientos basados en lesiones para los trastornos psiquiátricos persistentes. La cingulotomía anterior dorsal y la capsulotomía anterior son los métodos de ablación más utilizados. El primero interrumpe el haz del cínculo para cortar la comunicación entre las regiones límbicas esenciales, mientras que el segundo aísla el miembro anterior de la cápsula interna para desconectar la corteza orbitofrontal y la corteza cingulada anterior dorsal.

- **Estimulación cerebral profunda:** La estimulación cerebral profunda es un tratamiento reversible y ajustable para el TOC intratable con tasas de respuesta entre el 40 % y el 70 %, que implica la implantación neuroquirúrgica de un electrodo que puede activar los circuitos neuronales vecinos. La estimulación cerebral profunda se dirige a la extremidad anterior de la cápsula interna y al estriado ventral.

Existen respaldos regulatorios, pero la adopción está limitada por el costo y la experiencia requerida. La colocación de los electrodos sigue siendo objeto de debate, centrándose en las estructuras profundas de la materia gris (por ejemplo, estriado ventral, o el núcleo accumbens, la extremidad anterior de la cápsula interna y el núcleo subtalámico) o las vías de la materia blanca que conectan la corteza prefrontal con el tálamo.

La investigación emergente desafía la noción de la estimulación de alta frecuencia como "ablación funcional", apuntando a mecanismos terapéuticos complejos. La estimulación cerebral profunda modula la actividad en las regiones del cerebro vinculadas al TOC, y el grado de modulación se correlaciona con la mejora de los síntomas. Diferentes objetivos pueden producir beneficios específicos; la cápsula ventral y la orientación del núcleo subtalámico mejoran la depresión comórbida, mientras que la orientación del núcleo subtalámico mejora la flexibilidad cognitiva. La futura orientación de la estimulación cerebral profunda puede ser individualizada en función de medidas clínicas o neurobiológicas.

MÓDULO V

Pronóstico

Como venimos diciendo, el TOC es una afección crónica que se caracteriza por la presencia de pensamientos intrusivos y no deseados (obsesiones) que provocan una ansiedad significativa, junto con comportamientos repetitivos o rituales mentales (compulsiones) con los que la persona se siente obligada a realizar para reducir esa ansiedad. La naturaleza del TOC es compleja, con períodos fluctuantes de exacerbación y remisión de los síntomas, lo que contribuye a una variabilidad en la experiencia y gravedad del trastorno a lo largo del tiempo [American Psychiatric Association [APA], 2013].

Esta variabilidad puede hacer que el TOC interfiera profundamente en el funcionamiento diario de los pacientes, afectando negativamente múltiples áreas de la vida, incluidas las relaciones interpersonales, el desempeño académico o laboral, y el bienestar general. Por ejemplo, los individuos con TOC pueden pasar horas cada día atrapados en ciclos de obsesiones y compulsiones, lo que lleva a un deterioro significativo en su capacidad para llevar a cabo actividades diarias básicas [Ruscio et al., 2010].

Además, **el TOC se asocia con un riesgo elevado de mortalidad**, principalmente debido a la alta prevalencia de comorbilidades psiquiátricas como la depresión mayor y los trastornos de ansiedad, que aumentan significativamente el riesgo de suicidio [Torres et al., 2016]. **Las tasas de suicidio entre personas con TOC son notablemente más altas que en la población general**, y los estudios sugieren que aproximadamente el 10-27% de las personas con TOC han intentado suicidarse en algún momento de su vida [Fernández de la Cruz et al., 2017]. Este riesgo es particularmente alto en aquellos con síntomas severos, una historia de intentos de suicidio, o presencia de síntomas de acaparamiento, que suelen estar asociados con un peor pronóstico y una menor respuesta al tratamiento [Mataix-Cols et al., 2017].

A pesar de los avances en el tratamiento del TOC, como el uso de la TCC con un enfoque en la ERP y la farmacoterapia con ISRS, una proporción significativa de pacientes sigue sin responder adecuadamente. Se estima que entre el 25% y el 40% de los pacientes no experimentan un alivio significativo de los síntomas con estas intervenciones estándar [Fineberg et al., 2019]. Este fenómeno de resistencia al tratamiento puede estar relacionado con varios factores, como la gravedad de los síntomas, la presencia de comorbilidades, la falta de adherencia al tratamiento, o la insuficiente intensidad de la intervención terapéutica [Pittenger et al., 2013].

Además, incluso entre aquellos que responden al tratamiento, solo una minoría logra la remisión completa de los síntomas, y aproximadamente la mitad de los pacientes que se consideran "respondedores" continúan experimentando síntomas residuales que pueden afectar su calidad de vida [Simpson et al., 2013]. Estos síntomas residuales pueden incluir obsesiones menos frecuentes o intrusivas, así como compulsiones que, aunque reducidas, persisten y continúan interfiriendo en el funcionamiento diario.

Un subgrupo particular de pacientes con TOC, aquellos con **síntomas de acaparamiento**, presentan un desafío clínico adicional. El TOC con síntomas de acaparamiento suele tener un pronóstico más desfavorable en comparación con otros subtipos del trastorno. Los pacientes con acaparamiento a menudo muestran una respuesta más pobre a la TCC estándar y pueden requerir enfoques terapéuticos más intensivos y especializados [Frost & Steketee, 2010]. Este subtipo se asocia con una mayor resistencia al tratamiento, un deterioro funcional más significativo, y una mayor probabilidad de recaída [Mataix-Cols et al., 2017].

El **miedo al daño** es otra obsesión común en el TOC, que a menudo lleva a compulsiones relacionadas con la seguridad, como comprobar repetidamente que las puertas están cerradas o que los electrodomésticos están apagados. En los ensayos de campo del DSM-IV, el miedo al daño fue identificado como el síntoma obsesivo más frecuentemente reportado entre 431 pacientes [APA, 2013]. Esta obsesión puede ser especialmente incapacitante, ya que los comportamientos compulsivos para mitigar el miedo pueden consumir una cantidad considerable de tiempo y generar un ciclo continuo de ansiedad y compulsiones.

Por su parte, la relación entre el TOC y las tendencias suicidas ha sido ampliamente documentada. Los factores que contribuyen a este riesgo incluyen la alta prevalencia de comorbilidades como la depresión y la ansiedad, así como un historial de intentos de suicidio. Un estudio poblacional sueco realizado por Fernández de la Cruz et al. (2017) encontró que la asociación entre el TOC y las tendencias suicidas permanece significativa incluso después de controlar los síntomas depresivos o la inestabilidad del estado de ánimo, lo que indica que el TOC por sí solo es un factor de riesgo independiente para el suicidio.

Complicaciones

El TOC es reconocido por la OMS como una de las diez principales causas de discapacidad a nivel mundial, lo que subraya su impacto devastador en la vida de los afectados. Esta categorización refleja no solo la severidad de los síntomas, sino también el considerable deterioro funcional que experimentan los pacientes. Las personas con TOC suelen adoptar comportamientos de evitación ante situaciones que desencadenan sus obsesiones, lo que lleva a una disminución significativa en las interacciones sociales, la participación en actividades cotidianas y, en general, una mala calidad de vida [Stein et al., 2019].

El impacto del TOC en la calidad de vida es multifacético. A menudo, los pacientes sienten una profunda vergüenza o temor de ser juzgados por sus síntomas, lo que los lleva a ocultar su condición. Este estigma asociado al TOC contribuye a que muchos individuos permanezcan sin diagnóstico y, por lo tanto, sin tratamiento durante años. **Se estima que puede tomar un promedio de 11 años desde el inicio de los síntomas hasta que se recibe el tratamiento adecuado** [Dell'Osso et al., 2013]. Durante este tiempo, los síntomas suelen intensificarse, y los patrones obsesivo-compulsivos se vuelven más arraigados, haciendo que el trastorno sea más resistente al tratamiento.

Además, la investigación ha demostrado que si no es tratado puede conducir a cambios estructurales en el cerebro. Estudios de neuroimagen han revelado alteraciones en circuitos neuronales específicos, incluidos los ganglios basales, el tálamo y la corteza orbitofrontal, áreas implicadas en la regulación del comportamiento, la toma de decisiones y la respuesta al miedo [Milad & Rauch, 2012]. **Estos cambios estructurales y funcionales pueden consolidar los patrones obsesivo-compulsivos**, haciendo que el trastorno sea cada vez más difícil de tratar con el tiempo. La duración prolongada del TOC sin tratamiento se asocia con un mayor deterioro cognitivo y emocional, lo que a su vez contribuye a peores resultados clínicos a largo plazo [Fineberg et al., 2020].

La intervención temprana es, por tanto, de vital importancia en el manejo del TOC. Los estudios sugieren que cuanto antes se inicie el tratamiento, mejores son los resultados a largo plazo. La detección precoz y la intervención pueden prevenir el agravamiento de los síntomas, limitar los cambios estructurales en el cerebro y mejorar significativamente la calidad de vida del paciente [Grassi et al., 2015]. Intervenciones como la TCC y el uso de ISRS son más eficaces cuando se implementan en las primeras etapas del trastorno. Además, la intervención temprana puede reducir el riesgo de desarrollar comorbilidades psiquiátricas, como la depresión mayor y los trastornos de ansiedad, que son comunes en pacientes con TOC y que complican aún más el tratamiento y el pronóstico [Mancebo et al., 2008].

Veamos un caso donde se complicó la situación:

María, una mujer de 34 años, soltera y sin hijos, trabaja como diseñadora gráfica en una agencia publicitaria. Desde la adolescencia, María ha experimentado pensamientos intrusivos de contaminación, que le generaban una intensa ansiedad. Inicialmente, estos pensamientos se limitaban a la preocupación por la limpieza personal, llevando a María a ducharse dos o tres veces al día. Con el tiempo, sus compulsiones se expandieron a otras áreas, como la necesidad de limpiar obsesivamente su entorno. A los 28 años, sus síntomas se intensificaron significativamente: María comenzó a evitar el transporte público y a rechazar invitaciones a eventos sociales por temor a contaminarse. Su rendimiento laboral también empezó a verse afectado debido a la cantidad de tiempo que dedicaba a limpiar su escritorio y sus herramientas de trabajo.

A los 30 años, decidió buscar ayuda profesional. Fue diagnosticada con TOC y comenzó un tratamiento basado en terapia cognitivo-conductual (TCC), con un enfoque en la prevención de la exposición y la respuesta (ERP), combinado con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Inicialmente, María mostró una leve mejoría, pero sus síntomas persistieron, especialmente en momentos de estrés. Después de un año de tratamiento sin lograr una remisión significativa, su psiquiatra ajustó la medicación y aumentó la intensidad de la terapia ERP. A pesar de estos esfuerzos, María continuó experimentando obsesiones y compulsiones debilitantes.

A los 33 años, comenzó a experimentar una nueva manifestación de su TOC: obsesiones relacionadas con el miedo a causar daño involuntario a otros. Empezó a preocuparse constantemente por la posibilidad de envenenar accidentalmente a sus compañeros de trabajo al preparar café o té en la oficina. Como resultado, dejó de usar la cocina compartida y empezó a llevar su propia bebida desde casa, lavando cada recipiente repetidamente antes de usarlo. Este nuevo síntoma exacerbó su ansiedad y la llevó a un aislamiento social aún mayor, evitando casi cualquier interacción con sus colegas por temor a ser la causa de algún daño.

Complicación del caso:

A los 34 años, tras un periodo de estrés significativo en el trabajo, debido a un proyecto complejo, María comenzó a experimentar pensamientos suicidas. Estos pensamientos se centraban en la idea de que nunca sería capaz de superar su TOC y que su vida carecía de sentido. A pesar de sus antecedentes de adherencia al tratamiento, María no comunicó estos pensamientos a su terapeuta ni a su psiquiatra, por vergüenza y miedo a ser hospitalizada. Un día, después de una discusión con su jefe sobre su bajo rendimiento laboral, María intentó suicidarse ingiriendo una sobredosis de pastillas para dormir. Afortunadamente, fue encontrada a tiempo por su hermana, quien la llevó al hospital, donde se le proporcionó tratamiento médico de emergencia.

Malos predictores

Desde una perspectiva psicológica, como hemos dicho, la comprensión de por qué aproximadamente la mitad de los pacientes con TOC no responden a los tratamientos de primera línea, como la TCC o los ISRS, es un **desafío multifacético** que involucra varios factores. Estos factores pueden variar desde la gravedad de los síntomas hasta la comorbilidad con otros trastornos, así como las características específicas de las obsesiones y compulsiones de cada paciente.

- Uno de los aspectos clave que, por ejemplo, influyen en la respuesta al tratamiento es la **gravedad de los síntomas**. Los pacientes con síntomas más severos a menudo presentan un mayor nivel de discapacidad funcional, lo que puede interferir significativamente con su capacidad para participar de manera efectiva en las terapias. Por ejemplo, un paciente cuyo TOC se manifiesta a través de rituales de limpieza que consumen varias horas al día puede encontrar extremadamente difícil asistir a las sesiones de terapia, practicar ejercicios de EPR en casa, o incluso salir de su hogar para obtener apoyo adicional.
- Las **deficiencias funcionales** marcadas también juegan un papel crucial en la predicción de una respuesta limitada al tratamiento. Las personas con TOC que experimentan un deterioro significativo en áreas clave de la vida, como el trabajo, la educación o las relaciones personales, pueden tener menos recursos internos para comprometerse con el tratamiento. Por ejemplo, alguien que ha perdido su empleo debido a los rituales compulsivos puede estar tan abrumado por el estrés financiero y la falta de autoestima que no puede concentrarse adecuadamente en el proceso terapéutico. Esta situación se ve agravada si el paciente tiene una visión limitada, es decir, una comprensión reducida de la naturaleza irracional de sus obsesiones y compulsiones. La falta de insight puede llevar a una resistencia a participar plenamente en tratamientos que desafían sus creencias y comportamientos profundamente arraigados.
- **El tipo específico de obsesiones y compulsiones** también desempeña un papel crucial en la respuesta al tratamiento del TOC, ya que ciertos contenidos obsesivos y tipos de compulsiones pueden conllevar desafíos únicos que influyen en la eficacia de las intervenciones terapéuticas. Las obsesiones de contenido sexual o religioso, por ejemplo, a menudo están acompañadas por una intensa vergüenza o culpa, lo que puede llevar a los pacientes a minimizar o incluso ocultar la naturaleza completa de sus pensamientos y comportamientos a los terapeutas. Este ocultamiento, a su vez, puede limitar la capacidad del terapeuta para desarrollar un plan de tratamiento integral y adaptado a las necesidades específicas del paciente. Un estudio reciente de Greenberg y Lebowitz (2022) ha destacado que los pacientes con obsesiones sexuales intrusivas, como el miedo irracional a ser un abusador sexual, suelen experimentar una mayor autocrítica y sentimientos de indignidad, lo que puede crear una barrera significativa para la terapia al aumentar la renuencia a revelar estos pensamientos por temor a ser juzgados o malinterpretados por el terapeuta. Esta dinámica puede dar lugar a una participación limitada en la terapia, a una falta de adherencia a los ejercicios terapéuticos, y a un círculo vicioso de autopercepción negativa y evitación.

De manera similar, los pacientes con compulsiones de acaparamiento enfrentan desafíos únicos que pueden hacer que los ejercicios de EPR sean especialmente complicados y, en muchos casos, insuficientemente efectivos. Aquellos con acaparamiento tienden a experimentar una fuerte resistencia a desprenderse de objetos debido a una intensa ansiedad anticipatoria y apego emocional a los objetos, lo que puede hacer que los ejercicios de exposición sean extremadamente angustiosos. Según Williams et al. (2023), dicha resistencia no solo está relacionada con el temor de perder algo valioso o necesario, sino también con la sensación de identidad y seguridad que los objetos proporcionan al individuo. Esta percepción subjetiva hace que los intentos de eliminación gradual o de exposición a espacios despejados resulten no solo emocionalmente perturbadores, sino también interpretados como una amenaza existencial a la propia seguridad y bienestar. Además, este estudio encontró que los pacientes con acaparamiento que participan en EPR a menudo necesitan un período mucho más prolongado de adaptación y preparación antes de comenzar las exposiciones directas, lo que subraya la necesidad de enfoques terapéuticos más personalizados y la integración de estrategias de regulación emocional y apoyo social.

- La **alta tasa de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos**, como la depresión, los trastornos de ansiedad o los trastornos de personalidad, puede complicar aún más el tratamiento del TOC. Tal interacción entre múltiples trastornos no solo exacerba la severidad de los síntomas, sino que también puede interferir con la capacidad del paciente para participar de manera efectiva en las intervenciones terapéuticas. Un paciente con TOC y un trastorno de personalidad evitativa, por ejemplo, puede mostrar una resistencia significativa a enfrentar situaciones que le generan incomodidad, tanto en su vida diaria como en el entorno terapéutico. Esta evitación activa no solo impide el progreso terapéutico, sino que también puede reforzar los síntomas del TOC, limitando la eficacia de las técnicas de exposición terapéutica, que son fundamentales en el tratamiento.

La presencia de depresión comórbida también puede desempeñar un papel crucial en la reducción de la motivación del paciente para participar activamente en el tratamiento y para implementar los cambios necesarios en su vida cotidiana. Estudios recientes han señalado que la depresión puede alterar la percepción del paciente sobre la eficacia del tratamiento y disminuir su capacidad para tolerar el malestar emocional que a menudo acompaña a las terapias de exposición. Por ejemplo, según un estudio, los pacientes con TOC y síntomas depresivos concurrentes tienen menos probabilidades de comprometerse completamente con el tratamiento debido a sentimientos de desesperanza o fatiga, lo que reduce la efectividad de la EPR. Además, la depresión puede llevar a un estilo de pensamiento rumiativo, que no solo exacerba las obsesiones, sino que también interfiere con la capacidad del paciente para centrar la atención en las tareas terapéuticas [Stein et al., 2023].

Por otro lado, investigaciones de Kuckertz et al. (2023) han encontrado que la comorbilidad con trastornos de personalidad, especialmente aquellos del espectro evitativo y obsesivo-compulsivo, puede hacer que los pacientes perciban la terapia como una amenaza a su identidad o a sus formas establecidas de afrontamiento, aumentando la resistencia al tratamiento. En estos casos, los pacientes pueden interpretar la terapia de exposición no como una herramienta para mejorar, sino como una invasión a sus mecanismos de defensa, lo que lleva a una disminución en la cooperación terapéutica y, en última instancia, a una respuesta terapéutica menos eficaz.

- La **falta de adherencia a los protocolos de tratamiento** es otro predictor significativo de una respuesta deficiente. Esta falta de adherencia puede deberse a múltiples factores, como el miedo al malestar asociado con las tareas de exposición, la falta de comprensión del tratamiento, la falta de apoyo social, o la simple dificultad para asistir regularmente a las sesiones de terapia debido a problemas logísticos o financieros. Por ejemplo, un paciente puede no seguir las recomendaciones del terapeuta de realizar ejercicios de exposición en casa debido a la intensa ansiedad que experimenta al enfrentar sus miedos. Además, sin un apoyo adecuado de amigos, familiares o un sistema de apoyo terapéutico robusto, los pacientes pueden sentirse aislados y abrumados, lo que aumenta las probabilidades de abandono del tratamiento.

Veamos un caso:

Marta es una mujer de 32 años que vive sola en un apartamento en la ciudad. Trabaja como contadora en una pequeña empresa y ha estado en su puesto actual durante los últimos cinco años. Es hija única y mantiene una relación distante con sus padres, quienes viven en otra ciudad. Aunque tiene algunos amigos, se describe a sí misma como una persona reservada y tiene dificultades para mantener relaciones cercanas. Marta acude a consulta psicológica después de una serie de recomendaciones de su médico general debido a su creciente ansiedad y dificultades para manejar su vida diaria.

La paciente relata que durante los últimos tres años ha experimentado pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la posibilidad de causar daño accidentalmente a otros, especialmente al cerrar su casa o dejar electrodomésticos encendidos. Aunque reconoce que estos pensamientos son irracionales, se siente incapaz de ignorarlos. Para mitigar esta ansiedad, se ha visto obligada a realizar rituales compulsivos, como revisar varias veces las cerraduras de las puertas y los interruptores de luz antes de salir de casa o acostarse. Estos rituales pueden durar desde 30 minutos hasta más de dos horas y han comenzado a interferir con su trabajo y su vida personal. Además, ha empezado a llegar tarde al trabajo debido a la repetición de estos rituales, lo que ha generado tensiones con su empleador.

Menciona que, desde la adolescencia, ha tenido una inclinación hacia la evitación de situaciones que la hacen sentir incómoda o vulnerable. Recuerda episodios en los que evitó hablar en público o participar en actividades grupales en la escuela por miedo a ser juzgada o criticada. Durante la universidad, estas conductas de evitación se hicieron más pronunciadas; evitaba formar parte de grupos de estudio o socializar con sus compañeros. En su vida adulta, esta tendencia se ha manifestado en su dificultad para iniciar y mantener relaciones personales significativas. Marta informa que, a menudo, se siente incapaz de acercarse a otros por miedo al rechazo o al fracaso, y generalmente evita confrontaciones o discusiones, prefiriendo mantenerse en segundo plano incluso cuando sus necesidades no están siendo satisfechas.

Durante la evaluación inicial, presenta síntomas consistentes con el TOC, caracterizados por obsesiones relacionadas con el miedo a causar daño accidentalmente y compulsiones de verificación. Además, se identifican características significativas de un Trastorno de Personalidad Evitativa (TPE), como un patrón de evitación de interacciones sociales y de actividades que implican una evaluación personal, un sentimiento profundo de insuficiencia y una sensibilidad extrema a la evaluación negativa.

Marta expresa un temor intenso a ser evaluada negativamente, tanto en su vida personal como profesional. Esto se manifiesta en su resistencia a asumir nuevas responsabilidades en el trabajo o a expresar sus opiniones en reuniones, por miedo a equivocarse o a ser criticada. Sus patrones de evitación también se reflejan en su reticencia a participar en actividades sociales o a desarrollar amistades profundas, lo que la deja sintiéndose sola y aislada.

Indicaciones para gestionar complicaciones

En muchos casos, las complicaciones en el tratamiento surgen debido a factores como la resistencia al cambio, la baja motivación, la alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, y la necesidad de un enfoque más personalizado y flexible.

1. Comprensión profunda del perfil sintomático del paciente

Para prevenir complicaciones en el tratamiento del TOC, es crucial que los terapeutas desarrollen un perfil detallado del paciente que incluya un análisis exhaustivo de sus síntomas específicos. El TOC se manifiesta de muchas formas, con diferentes tipos de obsesiones (por ejemplo, miedo a la contaminación, miedo a causar daño) y compulsiones (lavado excesivo, verificación, conteo, etc.). Cada paciente puede tener un conjunto único de síntomas, influenciados por factores biológicos, psicológicos, y contextuales. Una comprensión profunda del perfil sintomático implica identificar no solo las obsesiones y compulsiones primarias, sino también cómo se manifiestan en la vida diaria del paciente, cuáles son los desencadenantes específicos y los mecanismos de mantenimiento.

Ejemplo:

Un paciente puede presentar obsesiones sobre la posibilidad de causar daño involuntariamente y, como resultado, evitar situaciones que percibe como peligrosas (como cocinar o conducir). Sin embargo, otro paciente con obsesiones similares podría participar en rituales de verificación excesiva, como revisar repetidamente si apagó la estufa o si cerró la puerta con llave. Un perfil sintomático detallado permitirá al terapeuta diseñar un plan de tratamiento que se adapte a las necesidades específicas del paciente, como enfocarse más en la prevención de la respuesta de exposición para uno, y en técnicas de manejo de la evitación para el otro.

2. Integración de técnicas de reestructuración narrativa

Es una técnica terapéutica que implica ayudar a los pacientes a reinterpretar sus experiencias y pensamientos desde una perspectiva más adaptativa y menos autocrítica. En el contexto del TOC, esto puede ser particularmente útil, ya que muchos pacientes desarrollan narrativas negativas y autocríticas sobre sí mismos a partir de sus síntomas. Estas narrativas pueden incluir creencias como "Soy una mala persona porque tengo pensamientos intrusivos" o "Estoy loco porque no puedo controlar mis compulsiones". La reestructuración narrativa se centra en identificar estas narrativas negativas y trabajar con el paciente para desarrollar una historia más equilibrada y positiva de sí mismo, reconociendo sus esfuerzos, resiliencia, y el contexto de sus síntomas.

Ejemplo:

Un paciente que experimenta pensamientos intrusivos violentos puede tener una narrativa autocrítica de "Soy una persona peligrosa". A través de la reestructuración narrativa, el terapeuta puede trabajar con el paciente para desarrollar una narrativa alternativa, como "Mis pensamientos no definen quién soy. Son síntomas de una enfermedad que estoy aprendiendo a manejar". Esta nueva narrativa puede ser reforzada a través de ejercicios de escritura terapéutica o sesiones de terapia cognitiva.

3. Atención a los patrones de evitación experiencial

La evitación experiencial es la tendencia a evitar pensamientos, sentimientos o situaciones que generan malestar. En el contexto del TOC, esto puede incluir la evitación de situaciones que desencadenan obsesiones o compulsiones, así como la evitación de la exposición a la ansiedad misma. La evitación experiencial es una complicación significativa en el tratamiento del TOC porque impide que los pacientes se expongan gradualmente a sus miedos y se habitúen a la ansiedad, lo cual es un componente crucial de la terapia de EPR.

Ejemplo:

Un paciente con miedo a la contaminación puede evitar tocar objetos en lugares públicos o evitar por completo ciertos lugares, como hospitales o baños públicos. Esta evitación refuerza la creencia de que estos lugares son peligrosos y que la evitación es necesaria para mantenerse a salvo. Incluso durante la terapia, este paciente podría mostrar resistencia a la exposición gradual, optando por cancelar sesiones o abandonar los ejercicios de exposición.

4. Implementación de enfoques basados en la comunidad

Que implica crear redes de apoyo social y fomentar la participación en grupos de apoyo para el TOC, actividades comunitarias y programas educativos que aborden el TOC. La falta de apoyo social y el aislamiento pueden ser factores complicadores significativos en el tratamiento del TOC, ya que los pacientes pueden sentirse incomprendidos o estigmatizados debido a sus síntomas. La comunidad puede proporcionar una red de apoyo que refuerce positivamente los esfuerzos del paciente por enfrentar sus síntomas y adherirse al tratamiento.

Ejemplo:

Un paciente con TOC severo puede participar en un grupo de apoyo comunitario donde otros miembros comparten sus experiencias, desafíos y estrategias de afrontamiento. Esta interacción puede normalizar los síntomas del TOC, reducir el estigma, y proporcionar un sentido de pertenencia y comprensión que puede ser motivador y alentador.

5. Uso de intervenciones tecnológicas avanzadas

Las intervenciones tecnológicas avanzadas, como las aplicaciones móviles, la terapia virtual (teleterapia), y las plataformas de realidad virtual (RV), están emergiendo como herramientas prometedoras para personalizar y adaptar el tratamiento del TOC. Estas tecnologías pueden ofrecer alternativas accesibles y flexibles al tratamiento tradicional en persona, permitiendo a los pacientes acceder a intervenciones basadas en evidencia en su propio tiempo y espacio.

Las aplicaciones móviles pueden proporcionar ejercicios de exposición guiada, recordatorios de prácticas de prevención de respuesta, y herramientas de autoayuda para la gestión de la ansiedad. Y las plataformas de RV pueden simular escenarios de exposición que serían difíciles o imposibles de recrear en la vida real.

Ejemplo:

Un paciente con TOC que teme las alturas podría utilizar una plataforma de realidad virtual para exponerse gradualmente a diferentes alturas en un entorno controlado. A través de esta exposición repetida en un entorno seguro, el paciente puede habituarse gradualmente a la ansiedad inducida por la altura, disminuyendo así sus síntomas.

Consultas

La TCC es particularmente eficaz en el tratamiento del TOC porque proporciona un marco estructurado para identificar y desafiar los pensamientos irracionales que subyacen a las obsesiones, al mismo tiempo que fomenta la modificación de los comportamientos compulsivos. La EPR son técnicas clave en este proceso. Por ejemplo, un paciente que experimenta una obsesión intensa con la contaminación podría evitar tocar objetos en lugares públicos por miedo a los gérmenes. La intervención con EPR consistiría en exponer al paciente a tocar estos objetos [exposición] y evitar que se lave las manos inmediatamente después [prevención de la respuesta]. Con el tiempo y la repetición, el paciente aprende que la ansiedad disminuye por sí misma sin necesidad de realizar el ritual, lo que reduce su dependencia de los comportamientos compulsivos.

Ejemplo práctico 1: Compulsión de lavado de manos

Caso: *María, una mujer de 35 años, presenta una obsesión severa con la contaminación y un miedo constante a contraer enfermedades graves. Para manejar su ansiedad, se lava las manos hasta 50 veces al día, lo que ha resultado en lesiones cutáneas graves y dermatitis. María evita tocar cualquier superficie en su casa y en lugares públicos, llevando guantes de goma incluso en situaciones inapropiadas.*

Intervención: El terapeuta comienza la intervención utilizando la EPR. En la primera fase, María es expuesta a tocar un objeto que considera levemente contaminado, como la perilla de una puerta dentro de su casa, sin usar guantes. Luego, se le pide que no se lave las manos durante un período de tiempo acordado, comenzando con cinco minutos y aumentando gradualmente. Durante esta exposición, el terapeuta utiliza técnicas de reestructuración cognitiva para ayudar a María a desafiar sus pensamientos irracionales acerca de la contaminación, como "Si no me lavo las manos, definitivamente me enfermaré".

Consideraciones médicas en el tratamiento del TOC

El tratamiento del TOC debe ser integral, abordando tanto los síntomas psicológicos como cualquier condición médica asociada que pueda surgir. En casos donde el paciente presenta compulsiones que tienen consecuencias físicas directas, como en el caso de María con su dermatitis, es esencial coordinar el cuidado con otros profesionales de la salud. En el ejemplo anterior, la consulta con un dermatólogo fue necesaria para tratar las lesiones cutáneas resultantes de los rituales de lavado excesivo. Este tipo de atención coordinada asegura que se atienden todas las dimensiones del problema del paciente, lo que contribuye a una mejor adherencia al tratamiento y a una recuperación más completa.

Ejemplo práctico 2: Comprobación compulsiva

Caso: Roberto, un hombre de 28 años, muestra una compulsión de comprobación excesiva. Tiene la obsesión de que podría causar un incendio accidentalmente al olvidar apagar la estufa o desenchufar electrodomésticos. Como resultado, Roberto pasa horas cada día comprobando repetidamente estos elementos en su hogar, lo que le causa un retraso significativo en su rutina diaria y aumenta su nivel general de ansiedad.

Intervención: En este caso, la intervención también implica EPR. El terapeuta y Roberto trabajan juntos para crear una jerarquía de exposición, comenzando con situaciones de menor ansiedad (por ejemplo, verificar una vez y luego salir de la habitación) y avanzando gradualmente hacia situaciones de mayor ansiedad (dejar la casa después de una única verificación sin regresar para comprobar). Al mismo tiempo, se emplean técnicas de reestructuración cognitiva para ayudar a Roberto a desafiar sus pensamientos distorsionados sobre el riesgo de incendio. Se le enseña a reemplazar pensamientos como "Debo revisar varias veces para asegurarme de que nada se incendiará" con pensamientos más adaptativos como "Comprobar una vez es suficiente para estar seguro".

Importancia de la coordinación multidisciplinaria

El tratamiento eficaz del TOC, especialmente en casos complejos con comorbilidades o complicaciones físicas, requiere un enfoque multidisciplinario. Además de la coordinación con dermatólogos, como en el caso de María, o con otros especialistas que podrían ser relevantes dependiendo de la naturaleza de las compulsiones (por ejemplo, neurólogos si hay tics motores), es fundamental trabajar estrechamente con médicos de atención primaria o pediatras. Esto es especialmente relevante en contextos donde se prescriben medicamentos como los ISRS para el manejo de los síntomas del TOC. La colaboración entre los terapeutas y los médicos puede ayudar a monitorear los efectos secundarios potenciales de estos medicamentos, como el aumento de peso, la somnolencia o los cambios en la función motora.

Ejemplo práctico 3: Uso de medicación y monitorización de efectos secundarios

Caso: Laura, una adolescente de 16 años, ha sido diagnosticada con TOC con predominio de pensamientos intrusivos agresivos. Su psiquiatra ha prescrito un ISRS para ayudar a manejar la intensidad de sus pensamientos obsesivos, en combinación con TCC con EPR.

Intervención y coordinación: Durante el curso de la terapia, Laura comienza a experimentar un aumento de peso significativo, un efecto secundario común de los ISRS. El terapeuta coordina con el pediatra de Laura para monitorear su peso y su salud general. Además, se realiza una consulta con un nutricionista para desarrollar un plan alimenticio saludable que considere las necesidades dietéticas de Laura mientras minimiza el aumento de peso. Al mismo tiempo, el terapeuta trabaja con Laura para desarrollar un plan de ejercicio moderado que no solo la ayude a mantener un peso saludable, sino que también funcione como una técnica adicional de manejo del estrés.

Terapias no adecuadas

En el tratamiento del TOC, ciertas intervenciones, aunque bien intencionadas, pueden no ser adecuadas o incluso ser contraproducentes. Esto se debe a que pueden reforzar las obsesiones y compulsiones, perpetuar el ciclo del TOC, o no abordar los mecanismos psicológicos subyacentes del trastorno. A continuación, se detallan algunas de estas intervenciones no adecuadas y se explica por qué no son eficaces en el tratamiento del TOC:

1. Reaseguramiento frecuente

El reaseguramiento frecuente implica proporcionar repetidas garantías o confirmaciones para calmar la ansiedad del paciente con TOC. Aunque parece una manera compasiva de ayudar a reducir el malestar del individuo, en realidad refuerza el ciclo de obsesiones y compulsiones. Cada vez que una persona con TOC recibe reaseguramiento, se valida su creencia de que sus preocupaciones son válidas y que necesitan ser abordadas a través de la búsqueda de seguridad externa.

2. Terapias de "conversación" no estructuradas o basadas únicamente en el apoyo

Pueden proporcionar alivio emocional temporal. Sin embargo, estas intervenciones no abordan las obsesiones y compulsiones específicas ni modifican los patrones de pensamiento disfuncionales característicos del TOC.

3. Intervenciones que fomentan la evitación

Algunas intervenciones pueden fomentar la evitación de situaciones que desencadenan ansiedad u obsesiones. Esto puede parecer útil a corto plazo para reducir el malestar del paciente, pero la evitación refuerza la idea de que estas situaciones son peligrosas y deben ser evitadas.

4. Participación en rituales compulsivos

Participar en rituales compulsivos del paciente, ya sea por parte del terapeuta o de los familiares, puede parecer una forma de mostrar apoyo o reducir temporalmente la ansiedad. Sin embargo, esta participación refuerza directamente la compulsión, lo que da legitimidad al comportamiento compulsivo.

5. Uso de técnicas de distracción o supresión de pensamientos

Estas pueden parecer útiles para ayudar al paciente a evitar la ansiedad a corto plazo. Sin embargo, intentar suprimir o distraerse de los pensamientos intrusivos suele aumentar la frecuencia e intensidad de esos pensamientos.

6. Intervenciones basadas en explicaciones excesivamente racionales o lógicas

Algunas intervenciones intentan desafiar las obsesiones del paciente usando la lógica o la razón. Aunque esto puede parecer útil, las obsesiones del TOC no suelen responder bien a la lógica, ya que son irracionales por naturaleza y están impulsadas por la ansiedad, no por la lógica.

7. Terapias centradas exclusivamente en la causa del TOC

Algunas intervenciones pueden centrarse exclusivamente en identificar las causas o eventos pasados que podrían haber desencadenado el TOC, como traumas infantiles o dinámicas familiares.

MÓDULO VI

La psicoeducación en el TOC

Psicoeducación

En el TOC, **la mayoría de los pacientes mantienen una conciencia clara de la naturaleza intrusiva e irracional de sus pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos**. Solo un pequeño porcentaje, entre el 2 % y el 4 %, carece de *insight* o conocimiento sobre la naturaleza problemática de su TOC [Fineberg et al., 2021]. Esta conciencia, sin embargo, no se traduce necesariamente en la búsqueda temprana de tratamiento. De hecho, la mayoría de las personas con TOC no buscan atención profesional hasta que el trastorno ha progresado a una etapa grave, donde los síntomas interfieren de manera significativa con la vida diaria, las relaciones y el funcionamiento laboral o académico [Pittenger, 2015].

Factores que contribuyen a la demora en la búsqueda de tratamiento

La demora en buscar tratamiento para el TOC puede atribuirse a varios factores. En primer lugar, existe una considerable falta de comprensión pública sobre el TOC, lo que puede llevar a la estigmatización y a sentimientos de vergüenza o culpa en aquellos que experimentan síntomas. Muchas personas con TOC pueden sentirse avergonzadas de sus pensamientos o rituales, temiendo que los demás no los comprendan o los vean como "locos" o "anormales". Este estigma puede ser particularmente fuerte en contextos culturales donde la salud mental está altamente estigmatizada o mal comprendida.

Además, como los síntomas del TOC suelen comenzar en la adolescencia, un periodo en el que los jóvenes están en pleno desarrollo social, emocional y académico, muchos de ellos pueden carecer de la madurez o el conocimiento necesario para reconocer la necesidad de ayuda profesional. En muchos casos, los adolescentes pueden ocultar sus síntomas a sus padres, maestros o compañeros, temiendo el rechazo o la incompreensión. Esta falta de divulgación contribuye a un retraso significativo en el diagnóstico y en la intervención temprana.

Importancia de la educación y la sensibilización

Dado que la mayoría de los síntomas del TOC emergen durante la adolescencia, es fundamental que los profesionales de la salud tomen un rol proactivo en la educación y sensibilización sobre este trastorno. Los médicos deben estar equipados no solo para reconocer los síntomas tempranos del TOC, sino también para educar a las personas apropiadas, incluidos los padres, otros miembros del personal médico y aquellos dentro de los sistemas escolares, sobre la naturaleza del TOC y la importancia de una intervención temprana. Estudios recientes han mostrado que la capacitación y sensibilización de maestros y consejeros escolares sobre los signos y síntomas del TOC puede facilitar una identificación temprana y la derivación a profesionales de salud mental, mejorando significativamente los resultados a largo plazo para los jóvenes afectados.

Rol de los padres y la familia en el reconocimiento del TOC

La implicación de los padres y la familia es crucial en la detección temprana y la intervención del TOC. Los padres, a menudo, son los primeros en notar los cambios en el comportamiento de sus hijos, aunque no siempre reconozcan estos cambios como síntomas de TOC. Los padres pueden interpretar los rituales compulsivos como manías o rarezas, o pueden ver los síntomas obsesivos como preocupaciones comunes de la adolescencia exacerbadas por estrés o cambios hormonales. Por lo tanto, es esencial que los médicos informen a los padres sobre las manifestaciones del TOC y la diferencia entre conductas normales y patológicas en la adolescencia.

Además, involucrar a los padres en el proceso terapéutico puede aumentar la eficacia del tratamiento. La terapia familiar puede ayudar a los miembros de la familia a comprender mejor el TOC y a aprender cómo apoyar adecuadamente al adolescente sin reforzar inadvertidamente sus compulsiones. Por ejemplo, enseñar a los padres a responder de manera neutra ante los rituales del niño o adolescente, en lugar de participar o facilitarlos, puede ser un componente clave para reducir la gravedad de los síntomas.

Importancia de la capacitación del personal médico y escolar

La capacitación del personal médico, como pediatras y médicos de familia, y del personal escolar, como maestros, consejeros y psicólogos escolares, es fundamental para mejorar la detección y la intervención temprana del TOC. Los médicos de atención primaria, en particular, desempeñan un papel crucial, ya que a menudo son el primer punto de contacto para los padres que buscan ayuda para sus hijos. Equipar a estos profesionales con herramientas de evaluación básicas para el TOC y otras condiciones comórbidas, como la ansiedad o la depresión, puede ayudar a reducir la demora en el diagnóstico.

Por otro lado, dentro del entorno escolar, los maestros y consejeros a menudo tienen una visión única del comportamiento del niño o adolescente en un contexto social y académico. La capacitación en el reconocimiento de los síntomas del TOC puede ayudarles a diferenciar entre comportamientos típicos de la edad y signos de un TOC más grave que requiere intervención clínica. Esta capacitación puede incluir técnicas para abordar a los estudiantes de manera compasiva y estrategias para involucrar a los padres en un proceso de intervención temprana.

Intervención temprana: Beneficios y desafíos

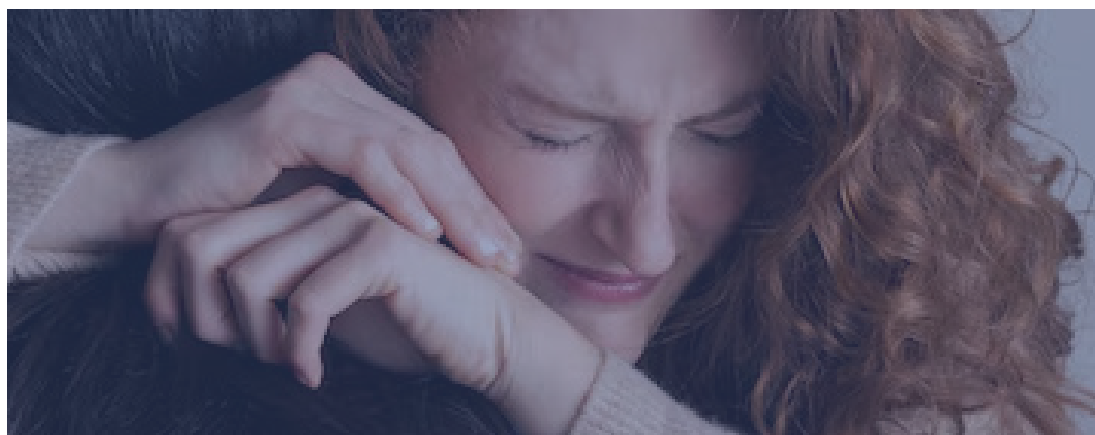
La intervención temprana en el TOC es crucial para prevenir el agravamiento del trastorno y mejorar el pronóstico a largo plazo. Cuando el TOC no se trata en sus primeras etapas, puede convertirse en una condición debilitante que impacta severamente el rendimiento académico, las relaciones interpersonales y la calidad de vida general del individuo. La intervención temprana, idealmente mediante TCC con un enfoque en EPR, puede detener la progresión del trastorno y reducir la necesidad de tratamientos farmacológicos más invasivos.

Sin embargo, implementar programas de intervención temprana enfrenta varios desafíos. Uno de los principales obstáculos es la falta de recursos y acceso a profesionales capacitados en TCC y EPR, especialmente en áreas rurales o en sistemas escolares con recursos limitados. Además, la resistencia de algunos padres a aceptar un diagnóstico de TOC debido al estigma asociado con los trastornos mentales puede dificultar la intervención temprana. Superar estos desafíos requiere una combinación de educación comunitaria, mejora de la capacitación de los profesionales y políticas de salud pública que promuevan un mayor acceso a la atención de salud mental especializada.

Educar al entorno

El entorno de una persona con TOC puede influir significativamente en la evolución y mantenimiento del trastorno, incluso cuando sus miembros actúan con las mejores intenciones. Desde una perspectiva psicológica, la interacción entre el individuo y su entorno puede reforzar inadvertidamente las obsesiones y compulsiones características del TOC. A continuación, se ofrece una explicación más amplia y detallada de cómo y por qué esto ocurre, junto con ejemplos específicos que ilustran los mecanismos psicológicos subyacentes. Ojo que estos ejemplos no están en el manual, así que toma nota.

- **Reaseguramiento constante:** El reaseguramiento es una respuesta común de los familiares y amigos cuando intentan calmar a alguien con TOC. Desde una perspectiva cognitivo-conductual, el reaseguramiento actúa como un reforzador negativo: al proporcionar una sensación temporal de alivio a la ansiedad del individuo con TOC, se refuerza la necesidad de buscar confirmación en el futuro. Este alivio temporal hace que el comportamiento de buscar reaseguramiento sea más probable en el futuro, perpetuando así el ciclo obsesivo-compulsivo. Imaginemos, una persona con TOC teme que haya dejado el gas abierto en su casa. Repetidamente, pide a su pareja que compruebe si el gas está cerrado. La pareja, queriendo reducir la ansiedad de la persona, revisa el gas cada vez que se lo piden. Aunque la pareja piensa que está ayudando a disminuir la ansiedad, en realidad está reforzando la idea de que la preocupación del paciente es válida. El individuo con TOC aprende que la única forma de reducir su ansiedad es mediante la verificación constante, lo que puede llevar a un aumento en la frecuencia y severidad de las compulsiones. Este comportamiento se basa en el principio del condicionamiento operante: la reducción de la ansiedad [reforzador negativo] fortalece la conducta de buscar reaseguramiento.



• **Evitar situaciones desencadenantes:** La evitación es una estrategia común utilizada tanto por individuos con TOC como por sus seres queridos para manejar la ansiedad. Sin embargo, desde un punto de vista psicológico, la evitación es problemática porque impide la habituación natural a los estímulos desencadenantes. Cuando el entorno ayuda a evitar situaciones que provocan ansiedad, refuerza la idea de que esas situaciones son peligrosas y deben evitarse, lo cual incrementa el miedo y perpetúa la ansiedad y las compulsiones. Por ejemplo, los padres de un adolescente con TOC evitan llevarlo a lugares como centros comerciales o parques porque saben que estos espacios generan ansiedad relacionada con el miedo a los gérmenes y desencadenan conductas compulsivas de lavado de manos. Evitar estos lugares refuerza la creencia del adolescente de que los gérmenes son peligrosos y deben evitarse a toda costa. En lugar de aprender que puede enfrentar su miedo de manera segura y que la ansiedad disminuirá con el tiempo [habituación], el joven recibe el mensaje de que la evitación es la única forma de estar seguro. Esta respuesta de evitación contribuye a mantener la ansiedad alta y refuerza las compulsiones, haciendo más difícil el tratamiento exitoso del TOC.

• **Modificación del comportamiento del entorno para acomodar las compulsiones:** Las familias y amigos, en un esfuerzo por ser comprensivos y apoyar a la persona con TOC, pueden cambiar sus propios comportamientos para evitar desencadenar las obsesiones y compulsiones del individuo. Aunque esto parece ser una forma de apoyo, en realidad refuerza indirectamente las compulsiones del paciente. Desde la teoría del aprendizaje, esta adaptación del entorno actúa como un reforzador positivo para el TOC, ya que comunica que las compulsiones son una respuesta legítima y necesaria a las obsesiones. Una persona con TOC que teme la contaminación exige que todos en la casa se quiten los zapatos al entrar y se laven las manos inmediatamente. La familia sigue estas reglas estrictamente, incluso cuando la persona no está presente. La modificación del comportamiento del entorno refuerza la idea de que las compulsiones del individuo son necesarias y justificadas. Desde un punto de vista conductual, la familia está participando en el reforzamiento del TOC al acomodar las compulsiones, lo que dificulta que la persona desafíe sus creencias irracionales y comience a exponerse gradualmente a sus miedos sin realizar compulsiones. Esta dinámica también puede crear un "ambiente de TOC" donde las reglas y rituales del trastorno comienzan a dictar la rutina diaria de todos.

• **Sobreprotección y evitar la exposición al estrés:** La sobreprotección ocurre cuando los seres queridos intentan proteger a la persona con TOC de cualquier situación estresante, creyendo que están ayudando a prevenir el malestar asociado con las obsesiones y compulsiones. Sin embargo, desde una perspectiva psicológica, esta sobreprotección impide que el individuo desarrolle habilidades de afrontamiento efectivas. Evitar cualquier forma de estrés puede evitar la "exposición" necesaria para disminuir la sensibilidad a los desencadenantes del TOC, evitando la habituación y fortaleciendo la ansiedad generalizada. Un padre de un adolescente con TOC evita cualquier conversación sobre temas de salud porque sabe que esto provoca ansiedad en su hijo, pensando que así está ayudando a reducir el estrés. La evitación de temas estresantes evita que el adolescente desarrolle la capacidad de enfrentar su ansiedad de manera saludable. El adolescente no aprende que puede tolerar la ansiedad y que esta disminuirá con el tiempo sin necesidad de recurrir a compulsiones. Esto mantiene o incluso aumenta la sensibilidad del adolescente a las obsesiones y refuerza la creencia de que evitar es la única forma de manejar la ansiedad.

- **Participación en rituales compulsivos:** Cuando los familiares o amigos participan activamente en los rituales compulsivos del individuo, están reforzando de manera directa las compulsiones. Según el modelo cognitivo-conductual del TOC, las compulsiones se mantienen porque reducen la ansiedad a corto plazo, pero aumentan la intensidad y frecuencia de las obsesiones a largo plazo. La participación en rituales no solo valida las compulsiones, sino que también sugiere que los demás ven las compulsiones como necesarias para la seguridad o el bienestar del individuo. Un compañero de trabajo acompaña a una persona con TOC para verificar repetidamente que la puerta de la oficina esté cerrada correctamente al final del día, con la intención de ayudarlo a sentirse más tranquilo. Al participar en el ritual, el compañero de trabajo refuerza la compulsión de verificar repetidamente, lo que sugiere que la ansiedad del individuo es justificada y que la compulsión es necesaria. Esta dinámica fortalece la asociación entre la compulsión y la reducción de la ansiedad, haciendo más difícil para el individuo resistirse a realizar el ritual en el futuro.

Pautas a seguir

- **Explicar qué es el TOC:** Es fundamental comenzar explicando de manera clara y comprensible qué es el TOC. Se debe definir el TOC como un trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de obsesiones (pensamientos intrusivos, repetitivos y no deseados) y compulsiones (acciones repetitivas realizadas para reducir la ansiedad provocada por las obsesiones). Por cierto, en el manual tienes en cada apartado un ejemplo que puede ayudarte a entenderlo, igual que en el apartado anterior. Ejemplo: "Imagina que tienes miedo constante de que algo malo suceda si no organizas tus libros de una manera específica. Aunque sabes que es irracional, no puedes evitar reorganizarlos repetidamente para sentirte seguro. Esta combinación de pensamientos intrusivos (el miedo a que ocurra algo malo) y las acciones repetitivas (reorganizar los libros) es un ejemplo de cómo se manifiesta el TOC." Esta explicación inicial ayuda a desmitificar el TOC al presentarlo como una combinación de síntomas claros. Utilizar ejemplos concretos permite al paciente y a sus seres queridos entender que el TOC no es simplemente "estar obsesionado con algo", sino una condición que genera una ansiedad significativa y un comportamiento compulsivo que busca aliviarla.

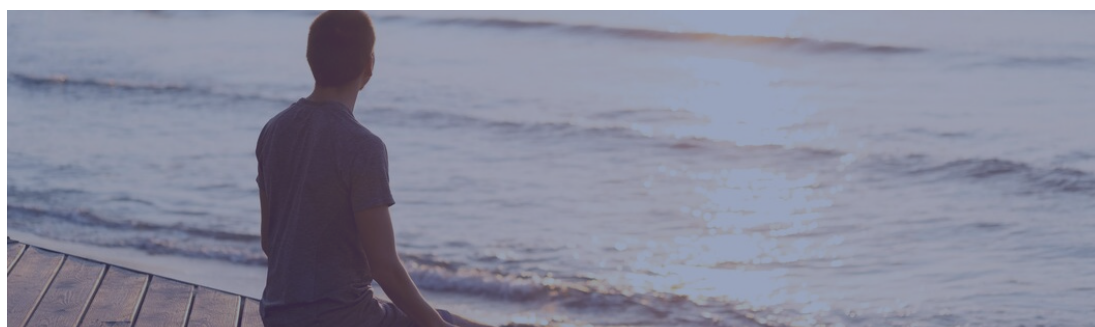
- **Normalizar la experiencia del paciente:** Es importante hacerle saber al paciente que no está solo en su experiencia. Muchas personas experimentan pensamientos intrusivos en algún momento de sus vidas, pero para quienes tienen TOC, estos pensamientos son más frecuentes y difíciles de manejar. El objetivo es reducir el estigma y la vergüenza que el paciente puede sentir. Ejemplo: "Todos tenemos pensamientos que no queremos; por ejemplo, pensar en gritar en una biblioteca silenciosa o en saltar desde un lugar alto. La mayoría de las personas dejan pasar estos pensamientos, pero en el TOC, estos pensamientos se quedan y causan mucho malestar." Al normalizar la experiencia del paciente, se reduce la sensación de aislamiento o de ser "anormal". Esto puede disminuir la ansiedad secundaria que surge de sentirse diferente o avergonzado por tener estos pensamientos.

- **Hay que destacar la diferencia entre pensamientos y acciones:** Es crucial ayudar al paciente a entender que tener un pensamiento, por más perturbador que sea, no significa que va a actuar en consecuencia. Es un error común pensar que un pensamiento negativo refleja deseos ocultos o intenciones. Ejemplo: "Tener un pensamiento de que podrías causar daño a alguien no significa que realmente quieras hacerlo. Es como tener un sueño extraño; no significa nada más que eso: un sueño. Lo mismo ocurre con los pensamientos intrusivos del TOC." Esta aclaración es vital porque muchas personas con TOC creen erróneamente que sus pensamientos indican algo malo sobre su carácter o sus deseos. Entender que los pensamientos son solo pensamientos puede reducir significativamente la angustia.

- **Enseñar sobre el ciclo del TOC:** Explicar cómo las obsesiones y compulsiones funcionan juntas en un ciclo que perpetúa el trastorno. Las obsesiones generan ansiedad, y las compulsiones se realizan para reducir esa ansiedad, pero a largo plazo, esto refuerza las obsesiones y aumenta la frecuencia y la intensidad de las compulsiones. Ejemplo: "Si tienes miedo de que tus manos estén contaminadas y lavas las manos repetidamente para reducir ese miedo, estás reforzando la idea de que el lavado es necesario para tu seguridad. Esto hace que el miedo a la contaminación se vuelva más fuerte con el tiempo." Al explicar el ciclo del TOC, el paciente puede comprender que las compulsiones no son una solución a largo plazo. Esta comprensión es el primer paso para introducir la idea de la EPR como tratamiento.

- **Desmitificar el tratamiento:** Es esencial hablar sobre las opciones de tratamiento disponibles y su eficacia, especialmente la TCC y, dentro de ella, la EPR. Es importante explicar cómo la EPR ayuda a romper el ciclo del TOC al exponer al paciente a sus obsesiones sin permitir la realización de compulsiones. *Ejemplo:* "En la EPR, si tienes miedo a los gérmenes, podrías tocar algo que consideras 'sucio' y luego no lavarte las manos de inmediato. Esto te enseña que la ansiedad puede disminuir por sí sola sin necesidad de realizar una compulsión." Desmitificar el tratamiento puede reducir el miedo del paciente hacia el proceso terapéutico y aumentar su disposición a participar activamente. Saber que hay tratamientos efectivos puede ser alentador y dar esperanza.

- **Fomentar el manejo de la ansiedad:** Enseñar técnicas para manejar la ansiedad sin recurrir a las compulsiones. Estas técnicas pueden incluir la respiración profunda, la atención plena (*mindfulness*) y la reestructuración cognitiva para cambiar patrones de pensamiento disfuncionales. *Ejemplo:* "Cuando sientas que necesitas realizar una compulsión, intenta primero tomar algunas respiraciones profundas, enfocándote en cómo el aire entra y sale de tu cuerpo. Esto puede ayudarte a calmarte y reducir la urgencia de realizar la compulsión." Proporcionar herramientas concretas para manejar la ansiedad puede empoderar al paciente y darle un sentido de control sobre sus síntomas. Además, estas técnicas complementan la EPR al ofrecer alternativas a las compulsiones.



- **Involucrar a la familia y seres queridos:** Es crucial educar también a la familia y amigos sobre el TOC para que puedan apoyar al paciente de manera adecuada. Esto implica enseñarles a no reforzar las compulsiones y a responder de manera que disminuya la ansiedad del paciente sin apoyar los comportamientos disfuncionales. *Ejemplo:* "Si un ser querido te pide que le asegures repetidamente que todo estará bien, en lugar de hacerlo, podrías responder diciendo: 'Entiendo que estás ansioso, pero ¿qué tal si intentamos juntos una técnica de respiración?'" Involucrar a la familia en el proceso terapéutico puede crear un ambiente más solidario y menos reforzador para el TOC. Esto puede ayudar a reducir la frecuencia e intensidad de las compulsiones y mejorar el pronóstico del paciente.

Psicoeducación de la psicofarmacología en el TOC

La **psicofarmacología** del TOC es un componente fundamental en el manejo del trastorno, especialmente en casos moderados a graves o cuando la TCC, particularmente la EPR, no es suficiente por sí sola. La educación en psicofarmacología para pacientes con TOC y sus familias es crucial para optimizar los resultados del tratamiento, mejorar la adherencia a la medicación y minimizar los efectos secundarios y riesgos asociados con el uso de psicofármacos.

1. Comprensión de los principios básicos de la psicofarmacología del TOC explicación detallada

La psicofarmacología del TOC se centra en el uso de medicamentos que afectan los neurotransmisores del cerebro, particularmente la serotonina, para ayudar a reducir los síntomas de obsesiones y compulsiones.

Objetivos de la psicofarmacología en el TOC:

- **Reducir la frecuencia y severidad de las obsesiones y compulsiones.**
- **Mejorar la calidad de vida del paciente.**
- **Facilitar la participación en la TCC/EPR.**
- **Prevenir recaídas y recurrencias de los síntomas.**

2. Principales medicamentos utilizados en el tratamiento del TOC a. ISRS

Los ISRS, como la fluoxetina, la sertralina, la paroxetina, el citalopram y el escitalopram, actúan bloqueando la recaptación de serotonina en las neuronas del cerebro, aumentando así la disponibilidad de este neurotransmisor en las sinapsis. Este aumento en la serotonina se cree que ayuda a reducir la ansiedad y las compulsiones al mejorar la comunicación entre las células nerviosas.

- Los ISRS son generalmente la primera línea de tratamiento farmacológico para el TOC.
- Pueden ser efectivos para reducir tanto las obsesiones como las compulsiones.

- A diferencia de su uso en la depresión, las dosis efectivas para el TOC suelen ser más altas, y el tiempo de respuesta puede ser más prolongado [8-12 semanas o más].
- Explicar que los ISRS no son una cura instantánea y que puede llevar varias semanas antes de que se observe una mejoría significativa.
- Informar sobre los posibles efectos secundarios comunes, como náuseas, insomnio, aumento de peso, disfunción sexual, y cómo estos suelen ser transitorios.
- Instruir sobre la importancia de no discontinuar el medicamento abruptamente, ya que puede provocar síntomas de discontinuación o un retorno rápido de los síntomas del TOC.

b. Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN):

Los IRSN, como la venlafaxina, también afectan la recaptación de serotonina, pero también afectan la noradrenalina. Estos medicamentos pueden ser utilizados en casos donde los ISRS no han sido efectivos o no han sido tolerados bien por el paciente.

- Pueden ser considerados como una segunda línea de tratamiento si los ISRS no son eficaces o no se toleran.
- Ayudan a reducir los síntomas del TOC, especialmente en aquellos pacientes que también presentan síntomas de ansiedad generalizada o depresión concomitante.
- Explicar que el mecanismo de acción es similar al de los ISRS, pero con el añadido de la noradrenalina, que puede ayudar en algunos casos.
- Informar sobre efectos secundarios adicionales posibles, como aumento de la presión arterial con dosis más altas.

c. Antipsicóticos atípicos (como potenciadores):

En algunos casos de TOC resistentes al tratamiento, se pueden añadir antipsicóticos atípicos como la risperidona, el aripiprazol o la quetiapina como agentes potenciadores a un ISRS.

- Se utilizan principalmente como potenciadores cuando los ISRS o IRSN por sí solos no han sido efectivos.
- Son especialmente útiles en pacientes con TOC que presentan comorbilidades con otros trastornos, como el trastorno bipolar o síntomas psicóticos leves.
- Explicar que estos medicamentos no son "antipsicóticos" en el sentido tradicional para el tratamiento de la psicosis, sino que se utilizan en dosis bajas para potenciar el efecto de los ISRS.
- Informar sobre los posibles efectos secundarios, como aumento de peso, sedación y, en raros casos, efectos extrapiramidales (movimientos involuntarios).

3. Consideraciones en la educación farmacológica para el paciente

a. Importancia de la adherencia al tratamiento:

La adherencia al régimen de medicación es fundamental para el éxito del tratamiento farmacológico del TOC. Muchos pacientes pueden tener la tentación de dejar de tomar sus medicamentos si no ven una mejoría inmediata o si experimentan efectos secundarios.

- Explicar que la mayoría de los medicamentos para el TOC pueden tardar varias semanas en mostrar beneficios significativos.
- Reforzar la importancia de tomar la medicación a la misma hora todos los días y de no omitir dosis, ya que la adherencia inconsistente puede reducir la eficacia del tratamiento.
- Discutir estrategias para manejar los efectos secundarios, como tomar la medicación con alimentos para reducir las náuseas o ajustar el tiempo de la dosis para minimizar la sedación.

b. Gestión de los efectos secundarios y monitoreo:

Los efectos secundarios son una preocupación común que puede afectar la adherencia. Es importante educar a los pacientes sobre cómo manejar estos efectos secundarios y cuándo contactar a su proveedor de atención médica.

- Proporcionar información detallada sobre los posibles efectos secundarios comunes y cómo manejarlos.
- Asegurar a los pacientes que muchos efectos secundarios disminuyen con el tiempo.
- Aconsejar a los pacientes que contacten a su proveedor de atención médica si experimentan efectos secundarios graves o persistentes.

c. Ajuste de medicación y cambios de régimen:

En algunos casos, puede ser necesario ajustar la dosis o cambiar de medicamento si no hay respuesta o si hay efectos secundarios intolerables.

- Explicar que encontrar el medicamento adecuado puede requerir algunos ajustes y que esto es una parte normal del proceso de tratamiento.
- Asegurar que cualquier cambio en la medicación debe ser supervisado por un profesional de la salud para minimizar los riesgos y maximizar la eficacia.

4. Integración de la psicofarmacología con la TCC

La combinación de psicofarmacología y TCC, especialmente la EPR, es a menudo más eficaz que cualquiera de los tratamientos por sí solo. La medicación puede ayudar a reducir la intensidad de los síntomas, permitiendo que el paciente participe más activamente en la terapia.

- Explicar cómo la medicación puede hacer que sea más fácil participar en la EPR al reducir la ansiedad a un nivel manejable.
- Discutir la importancia de la terapia como complemento a la medicación para abordar los patrones de pensamiento y comportamiento que mantienen el TOC.
- Reforzar que el objetivo del tratamiento es reducir los síntomas a un nivel manejable y mejorar la calidad de vida del paciente.

5. Educación continua para pacientes y familias

La educación continua es clave para ayudar a los pacientes y sus familias a entender mejor el TOC y su tratamiento, y a tomar decisiones informadas sobre su cuidado.

- **Materiales educativos:** Proporcionar folletos, videos y otros recursos sobre el TOC y su tratamiento farmacológico.
- **Sesiones educativas:** Organizar sesiones regulares de educación para pacientes y familias para discutir los avances en el tratamiento y resolver cualquier duda o preocupación.
- **Grupos de apoyo:** Fomentar la participación en grupos de apoyo donde los pacientes y sus familias puedan compartir experiencias y aprender de otros.

Pautas para educar en psicofarmacología

Educar a un paciente sobre la psicofarmacología del TOC es fundamental para asegurar que comprendas tu tratamiento, te adhieras al plan prescrito y puedas gestionar posibles efectos secundarios. La educación debe ser clara, comprensible y centrada en ti, utilizando un enfoque personalizado que tenga en cuenta tu nivel de conocimiento, preocupaciones y preferencias. Aquí te ofrezco una guía detallada de cómo educarte sobre la psicofarmacología del TOC:

Evaluar el conocimiento previo y las expectativas

Primero, es esencial evaluar lo que ya sabes sobre el TOC y su tratamiento, así como tus expectativas, preocupaciones y creencias sobre los medicamentos.

- **Preguntar abiertamente:** "¿Qué sabes sobre los medicamentos que tomarás para tu TOC?"

- **Explorar creencias y miedos:** "¿Hay algo que te preocupe acerca de comenzar con esta medicación?"
- **Identificar expectativas:** "¿Qué esperas lograr con el uso de estos medicamentos?"

2. Explicar los fundamentos del TOC y el rol de la medicación

Es importante que comprendas qué es el TOC, cómo afecta al cerebro y por qué se utilizan ciertos medicamentos. Esto proporciona un contexto para entender cómo la medicación puede ayudarte a aliviar los síntomas.

- **Explicación simple del TOC:** Usar metáforas sencillas para explicar el TOC, como compararlo con una "alarma cerebral" que se activa innecesariamente.
- **Rol de los neurotransmisores:** Explicar de manera accesible que los medicamentos ayudan a equilibrar los niveles de serotonina en el cerebro, lo que puede reducir las obsesiones y compulsiones.
- **Uso de materiales visuales:** Utilizar folletos, diagramas o videos que expliquen cómo funcionan los ISRS y otros medicamentos.

3. Describir los medicamentos específicos y su modo de acción

Es crucial que comprendas qué medicamentos específicos se te han recetado, cómo funcionan y qué puedes esperar en términos de efectos.

- **Presentación de medicamentos:** Explicar claramente qué es un ISRS, por ejemplo, "La sertralina es un ISRS que ayuda a aumentar los niveles de serotonina en el cerebro, lo que puede disminuir la ansiedad y las compulsiones."
- **Mecanismo de acción:** "Este medicamento trabaja en los neurotransmisores del cerebro, que son como mensajeros químicos. Al mejorar la disponibilidad de serotonina, ayuda a equilibrar las señales que contribuyen a las obsesiones y compulsiones."
- **Tiempo para ver resultados:** Explicar que puede llevar varias semanas, a veces hasta 12, ver una mejoría notable en los síntomas.

4. Hablar sobre los efectos secundarios y cómo manejarlos

Es fundamental que estés al tanto de los posibles efectos secundarios y cómo manejarlos para que no se conviertan en un obstáculo para la adherencia al tratamiento.

- **Listar efectos secundarios comunes:** Explicar que algunos efectos secundarios pueden incluir náuseas, insomnio o aumento de peso, pero que muchos de estos son temporales y tienden a disminuir con el tiempo.
- **Discutir estrategias de manejo:** "Si experimentas insomnio, podríamos ajustar la hora en que tomas el medicamento. Si sientes náuseas, tomarlo con comida puede ayudar."
- **Enfatizar la importancia de la comunicación:** "Si notas efectos secundarios que son incómodos o preocupantes, no dudes en comunicárnoslo. A veces, podemos ajustar la dosis o cambiar a otro medicamento."

5. Reforzar la importancia de la adherencia al tratamiento

La adherencia a la medicación es clave para el éxito del tratamiento. Es crucial que entiendas por qué es importante seguir tomando el medicamento incluso si comienzas a sentirte mejor.

- **Explicar la adherencia:** "Es importante que tomes el medicamento todos los días a la misma hora. Saltarse dosis puede reducir la efectividad del tratamiento."
- **Discutir los riesgos de interrumpir el tratamiento:** "Interrumpir el tratamiento de forma abrupta puede causar efectos adversos y un retorno rápido de los síntomas."
- **Fomentar la adherencia mediante recordatorios:** Sugerir el uso de pastilleros, alarmas en el teléfono o aplicaciones de recordatorio de medicación.

6. Promover la integración de la medicación con la TCC

Es importante que entiendas cómo la medicación y la TCC pueden trabajar juntas para proporcionar un tratamiento más eficaz.

- **Explicar la sinergia entre medicación y TCC:** "La medicación puede ayudarte a reducir la ansiedad lo suficiente como para participar de manera más efectiva en la terapia cognitivo-conductual, donde aprenderás estrategias para manejar los pensamientos obsesivos y las compulsiones."
- **Ejemplos prácticos:** "Por ejemplo, podrías sentirte más capaz de enfrentar situaciones que antes evitabas debido a tus pensamientos intrusivos, lo que facilita la práctica de técnicas de exposición."
- **Fomentar el compromiso con ambos tratamientos:** Discutir cómo el uso combinado de medicación y TCC ha mostrado ser más efectivo que cualquiera de los tratamientos por sí solo.

7. Proporcionar recursos educativos adicionales

Es esencial ofrecer materiales y recursos que puedas consultar en tu propio tiempo para reforzar lo que has aprendido y responder cualquier pregunta que puedas tener más adelante.

- **Folletos informativos:** Proporcionar materiales escritos que resuman los puntos clave sobre los medicamentos, su uso y sus efectos secundarios.
- **Videos educativos:** Sugerir videos confiables que expliquen cómo funcionan los medicamentos y qué esperar del tratamiento.
- **Grupos de apoyo:** Recomendar la participación en grupos de apoyo donde puedes aprender de las experiencias de otros y compartir tus propias experiencias.

8. Fomentar una comunicación abierta y continua

Es crucial que te sientas cómodo comunicándote con tu equipo de atención médica sobre cualquier preocupación, duda o cambio en tus síntomas.

- **Programar citas de seguimiento regulares:** "Queremos verte regularmente para ver cómo estás respondiendo al tratamiento y ajustar cualquier cosa si es necesario."
- **Abrir líneas de comunicación:** "Si tienes alguna pregunta o inquietud entre citas, no dudes en llamarnos o enviar un correo electrónico."
- **Evaluar la efectividad del tratamiento:** "Haremos un seguimiento de tus síntomas para asegurarnos de que el tratamiento esté funcionando y hacer ajustes según sea necesario."



MÓDULO VII

Mejorar los resultados del equipo
de atención médica

La gestión de la TOC requiere un equipo de atención médica integrado e interprofesional para ofrecer atención centrada en el paciente, optimizar los resultados del tratamiento, garantizar la seguridad del paciente y maximizar la eficiencia del equipo. **El equipo está compuesto por médicos de atención primaria, psiquiatras, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionales, farmacéuticos y trabajadores sociales**, cada uno con un papel distinto pero colaborativo. La comunicación efectiva entre los miembros del equipo es fundamental para una atención óptima al paciente.

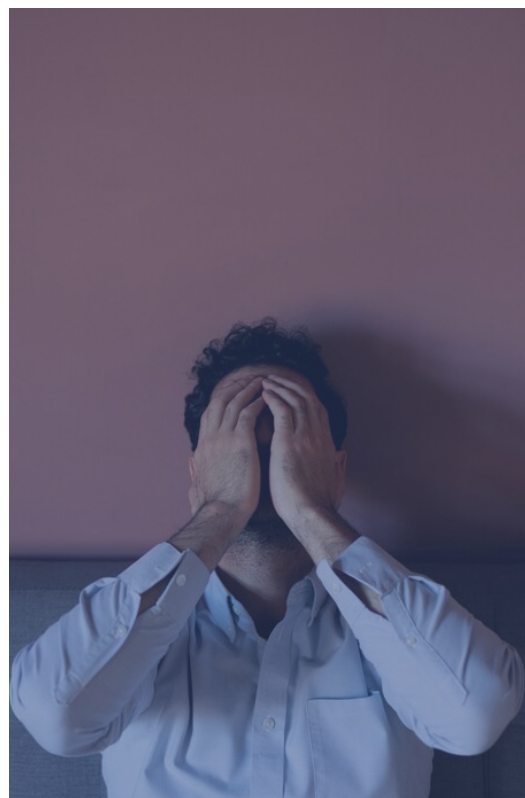
Los médicos de atención primaria suelen servir como el punto de contacto inicial y son responsables de identificar rápidamente los síntomas del TOC y remitir a los pacientes a una atención especializada. Los psiquiatras supervisan el diagnóstico y la farmacoterapia, mientras que los psicólogos clínicos realizan pruebas psicométricas especializadas para confirmar o descartar el diagnóstico de TOC, además de proporcionar terapia cognitiva conductual. La comunicación clara y abierta entre los miembros del equipo permite una intervención rápida.

Los terapeutas ocupacionales evalúan el funcionamiento diario del paciente, y los trabajadores sociales facilitan el acceso a los recursos de la comunidad. Los farmacéuticos desempeñan un papel crucial en la gestión de las interacciones con los medicamentos y en garantizar la adherencia a los medicamentos, particularmente en casos de polifarmacia.

Las consideraciones éticas como la obtención del consentimiento informado son primordiales, al igual que la alineación de la atención con los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia. Se hace hincapié en la toma de decisiones compartida, colocando las preferencias de los pacientes en el centro de todas las decisiones de tratamiento. La educación continua y el desarrollo profesional mantienen al equipo actualizado sobre las mejores prácticas en el tratamiento del TOC. Este enfoque interprofesional para la gestión del TOC da prioridad a la atención al paciente integral, segura y de alta calidad.

Veamos un caso:

Carlos es un hombre de 28 años que ha estado experimentando síntomas de TOC desde hace varios años, pero en los últimos seis meses, sus síntomas se han centrado intensamente en obsesiones sexuales intrusivas. Se siente constantemente angustiado por pensamientos intrusivos de carácter sexual que no desea, como el miedo a ser un pedófilo o el miedo de haber mirado a alguien de manera inapropiada. Estos pensamientos le causan una gran cantidad de ansiedad, a pesar de que sabe racionalmente que no son verdaderos. Para tratar de controlar su ansiedad, Carlos evita situaciones que podrían desencadenar estos pensamientos, como estar cerca de niños o incluso de adultos en ciertos contextos sociales. Sus compulsiones incluyen la revisión mental de sus interacciones, la búsqueda constante de reaseguramiento y la evitación de situaciones sociales.



Solución a posibles obstáculos

Cuando surgen obstáculos entre un terapeuta y su paciente, es esencial abordarlos de manera efectiva para garantizar que el tratamiento siga siendo beneficioso y productivo. A continuación, algunas acciones a considerar según el caso [Gimeno, 2021]:

- **Si el consultante indica algún problema en la relación terapéutica:**

- Hablar sobre la alianza directamente con él explicando su importancia y significado en psicoterapia.
- Dar y pedir feedback sobre la relación que mantienen. ¿Qué está sucediendo entre clínico y consultante?
- Invertir más tiempo en explorar su experiencia [cómo se siente con respecto a la terapia o qué dificultades se encuentra, por ejemplo].
- Discutir experiencias compartidas.
- Revisar si hay acuerdo en las metas y tareas terapéuticas.
- Aclarar posibles malentendidos.
- Dar más feedback positivo.
- Usar más comunicaciones empáticas.
- Discutir si el estilo del clínico encaja con sus necesidades.
- Trabajar con la transferencia.

- **Si falta suficiente motivación para el cambio (estado pre contemplativo o contemplativo):**

- Discutir con el consultante directamente su motivación para el cambio.
- Dar y recibir feedback sobre su motivación.
- Ajustar los objetivos y las tareas para que sean desafiantes, pero no demasiado difíciles de conseguir.
- Conversar acerca de las consecuencias de cambiar o no cambiar.
- Conversar acerca del proceso de cambio y de las habilidades específicas que pueden ser de ayuda.

- **Si el consultante tiene escaso apoyo social:**

- Derivar a terapia grupal.
- Derivar a tratamiento con *biofeedback*.

- Derivar a entrenamiento en asertividad.
- Ensayar situaciones sociales en sesión.
- Asignar tareas relacionadas con este aspecto.
- Valorar las creencias sobre sí mismo.
- Incluir en las sesiones a otras personas significativas.
- Animar a realizar actividades con otras personas.
- Trabajar aspectos relacionados con la confianza hacia los demás.
- Animar a implicarse en organizaciones en las que es frecuente la interacción social.

- **Si se revisa la formulación del caso y existen otras opciones de intervención:**

- Consultar fuentes relevantes y cambiar el enfoque.

- **Si la medicación puede ser una opción eficaz:**

- Derivar a consulta con un psiquiatra.



MÓDULO VIII

Casos clínicos y diálogos en consulta

A continuación, podrás observar cómo se incorporan algunos de los aspectos aprendidos en el curso en varios casos reales. Puedes repasar las ideas principales de cada apartado del temario para asegurar que recuerdas qué se está tratando en cada uno de ellos. Todos los nombres y datos personales presentados son ficticios ¡Esperamos que te sea útil!

Laura, una paciente de 30 años diagnosticada recientemente con TOC sexual, está lidiando con pensamientos intrusivos de naturaleza sexual inapropiada que le generan una gran ansiedad. Ha estado evitando situaciones sociales por miedo a que estos pensamientos puedan significar que podría actuar de manera inapropiada. Laura ha acudido a una sesión con su terapeuta para discutir su tratamiento.

Terapeuta: Hola, Laura. ¿Cómo te has sentido desde nuestra última sesión?

Paciente (Laura): Hola. Bueno, la verdad es que sigo teniendo muchos de esos pensamientos intrusivos. No puedo dejar de preocuparme de que, tal vez, soy una mala persona porque tengo estos pensamientos. Me siento muy ansiosa y asustada.

Terapeuta: Entiendo. Lo primero que debes saber es que estos pensamientos no te definen. Son solo pensamientos. Es importante que te enfoques en eso.

Paciente: Lo sé, pero no puedo evitar sentir que si pienso en estas cosas, es porque hay algo mal en mí.

Terapeuta: Recuerda, Laura, todos tienen pensamientos extraños de vez en cuando. Lo que te pasa a ti es más común de lo que crees, y no significa que vayas a hacer algo inapropiado.

Paciente: Pero, ¿cómo puedo estar segura de que no lo haré? Me preocupa que, en algún momento, pierda el control.

Terapeuta: Bueno, los pensamientos intrusivos son justamente eso: pensamientos que no tienen que ver con tu intención o tus valores. Es importante que aprendas a aceptar que tienes estos pensamientos sin intentar combatirlos. Tal vez podrías distraerte cuando esos pensamientos vengan a tu mente.

Paciente: He intentado distraerme, pero solo parecen volver con más fuerza. Me siento atrapada y no sé cómo dejar de tener estos pensamientos.

Terapeuta: Entiendo, puede ser muy frustrante. Pero mira, también podríamos explorar algunas técnicas de respiración o relajación. ¿Has intentado la meditación para calmar tu mente?

Paciente: No, no lo he intentado. Me cuesta mucho relajarme cuando estoy tan ansiosa. Siento que no me estás entendiendo del todo... Es como si no pudieras entender lo aterrador que es tener estos pensamientos.

Terapeuta: Lo siento si sientes que no te estoy entendiendo. Estoy aquí para ayudarte a reducir tu ansiedad. Pero necesitas recordar que tú no eres tus pensamientos y que no debes tomarlos tan en serio.

Paciente: Sí, supongo que sí...

Caso clínico: TOC de contaminación

Paciente: Javier, 42 años, casado, padre de dos hijos.

Historia clínica: Javier ha sido diagnosticado recientemente con TOC con un subtipo de contaminación. Durante los últimos cinco años, Javier ha experimentado un miedo intenso y persistente a la contaminación por gérmenes, productos químicos y suciedad. Sus obsesiones incluyen pensamientos recurrentes de que él o su familia podrían enfermarse gravemente si están expuestos a estos contaminantes. Las compulsiones de Javier consisten en rituales de limpieza excesiva, como lavarse las manos durante largos períodos (hasta 30 minutos por lavado), desinfectar constantemente superficies en su casa y evitar lugares públicos como baños, transportes públicos y restaurantes. Ha desarrollado varios rituales complicados, como quitarse los zapatos inmediatamente al entrar en casa y cambiarse de ropa varias veces al día para evitar "contaminar" su hogar.

Impacto funcional: El TOC de Javier ha afectado significativamente su vida diaria y sus relaciones. Debido a sus rituales de limpieza, llega tarde al trabajo con frecuencia y ha tenido problemas de productividad. También ha limitado las actividades familiares, como salir a comer o ir al parque, debido a su miedo a los gérmenes. Su esposa ha expresado preocupación de que su comportamiento está afectando a sus hijos, quienes han comenzado a mostrar signos de ansiedad y evitan actividades que antes disfrutaban.

Tratamiento actual: Javier ha comenzado la TCC con énfasis en la EPR. También está tomando un ISRS para ayudar a controlar su ansiedad. En las primeras sesiones, Javier ha mostrado resistencia a realizar las tareas de exposición debido a su intenso miedo a la contaminación. Ha completado algunas exposiciones de baja intensidad (como tocar superficies "limpias" y no lavarse las manos durante 10 minutos), pero se niega a participar en exposiciones de mayor intensidad, como tocar el pomo de una puerta en un baño público sin desinfectarse después.

Caso clínico: TOC de simetría y orden

Paciente: Ana, 26 años, estudiante de arquitectura.

Historia clínica: Ana ha sido diagnosticada con TOC con un subtipo de simetría y orden. Desde la adolescencia, Ana ha sentido una necesidad abrumadora de alinear y organizar objetos de manera simétrica. Sus obsesiones incluyen pensamientos recurrentes de que algo terrible sucederá (como un accidente familiar) si los objetos a su alrededor no están perfectamente ordenados y simétricos. Sus compulsiones implican colocar repetidamente los objetos en su hogar y lugar de trabajo en patrones específicos y realizar rituales de alineación que pueden llevar varias horas al día. Ana ha desarrollado la creencia de que cualquier desviación de estos rituales podría llevar a consecuencias catastróficas.

Impacto funcional: El TOC de Ana ha afectado significativamente su vida diaria. Debido a la cantidad de tiempo que pasa realizando rituales, a menudo llega tarde a clase o se ausenta. Sus compañeros de clase han notado su comportamiento y esto ha comenzado a afectar sus relaciones sociales. Ana también ha evitado participar en actividades grupales por miedo a no poder controlar su entorno. Su rendimiento académico ha disminuido debido a su enfoque en mantener la simetría y el orden en lugar de sus estudios.

Tratamiento actual: Ana ha comenzado la TCC con un terapeuta. Después de varias sesiones de evaluación, el terapeuta decidió implementar una técnica de reestructuración cognitiva para ayudar a Ana a desafiar sus creencias irracionales sobre la simetría y el orden. La técnica utilizada por el terapeuta López es la de "Registro de pensamientos disfuncionales", donde Ana debe registrar cada pensamiento intrusivo y su nivel de ansiedad asociado, y luego desafiar estos pensamientos con evidencia objetiva.

Técnica utilizada: Registro de pensamientos disfuncionales

Descripción de la técnica: Se utiliza para ayudar a los pacientes a identificar y desafiar sus pensamientos automáticos negativos. El objetivo es que el paciente registre los pensamientos que surgen en situaciones de ansiedad, evalúe la evidencia a favor y en contra de esos pensamientos, y finalmente reestructure estos pensamientos en afirmaciones más realistas y equilibradas.

Instrucciones dadas a Ana por el terapeuta:

- **Registro de pensamientos:** Cada vez que Ana sienta la necesidad de realizar un ritual de simetría, debe detenerse y escribir el pensamiento intrusivo asociado, como "Si no alinee estos libros perfectamente, algo malo sucederá".
- **Evaluación de la evidencia:** Luego debe escribir todas las razones por las cuales este pensamiento podría ser verdadero y todas las razones por las cuales podría ser falso.
- **Reestructuración cognitiva:** Ana debe entonces reestructurar el pensamiento intrusivo en una declaración más equilibrada y racional, como "No hay evidencia que sugiera que mis acciones con los libros puedan causar un accidente".

Resultado inicial: Durante las primeras semanas, Ana muestra resistencia a usar la técnica de manera consistente, pero con la insistencia del terapeuta, comienza a registrar sus pensamientos. Sin embargo, aunque Ana realiza el registro de manera diligente, no muestra una reducción significativa en sus compulsiones ni en su nivel de ansiedad. Ana reporta que, incluso después de desafiar sus pensamientos, sigue sintiendo una intensa necesidad de alinear los objetos y no puede detener sus rituales de simetría.

Referencias bibliográficas

- **Batelaan, N. M., Bosman, R. C., Muntingh, A., Scholten, W. D., Huijbregts, K. M., & van Balkom, A. J. L. M. (2017).** Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *BMJ [Clinical research ed.]*, 358, j3927. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3927>
- **Belloch, A., Morillo, C., Luciano, J. V., García-Soriano, G., Cabedo, E., & Carrió, C. (2010).** Dysfunctional belief domains related to obsessive-compulsive disorder: a further examination of their dimensionality and specificity. *The Spanish journal of psychology*, 13(1), 376–388. <https://doi.org/10.1017/s1138741600003930>
- **Brock, H., Rizvi, A., & Hany, M. (2024).** *Obsessive-Compulsive Disorder*. StatPearls Publishing.
- **Costa, D. L. C., Diniz, J. B., Requena, G., Joaquim, M. A., Pittenger, C., Bloch, M. H., Miguel, E. C., & Shavitt, R. G. (2017).** Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of N-Acetylcysteine Augmentation for Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(7), e766–e773. <https://doi.org/10.4088/JCP.16m11101>
- **de Oliveira, K. C., Grinberg, L. T., Hoexter, M. Q., Brentani, H., Suemoto, C. K., Nery, F. G., Lima, L. C., Alho, A. T. D. L., Farfel, J. M., Ferretti-Rebustini, R. E. L., Leite, R. E. P., Moretto, A. C., da Silva, A. V., Lafer, B., Miguel, E. C., Nitrini, R., Jacob-Filho, W., Heinsen, H., & Pasqualucci, C. A. (2019).** Layer-specific reduced neuronal density in the orbitofrontal cortex of older adults with obsessive-compulsive disorder. *Brain structure & function*, 224(1), 191–203. <https://doi.org/10.1007/s00429-018-1752-8>
- **Fernández de la Cruz, L., Rydell, M., Runeson, B., D’Onofrio, B. M., Brander, G., Rück, C., & Mataix-Cols, D. (2017).** Suicide in obsessive-compulsive disorder: A population-based study of 36 788 Swedish patients. *Molecular Psychiatry*, 22(11), 1626-1632. <https://doi.org/10.1038/mp.2016.115>
- **Fineberg, N. A., Reghunandanan, S., Brown, A., & Pampaloni, I. (2019).** Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: Evidence-based treatment and beyond. *World Journal of Biological Psychiatry*, 21(1), 35-61. <https://doi.org/10.1080/15622975.2019.1578721>
- **Frost, R. O., & Steketee, G. (2010).** *Stuff: Compulsive Hoarding and the Meaning of Things*. Houghton Mifflin Harcourt.
- **Fineberg, N. A., Reghunandanan, S., Brown, A., & Pampaloni, I. (2021).** Obsessive-compulsive disorder: Diagnosis and management in primary care. *BMJ*, 373, n1165. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1165>
- **First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1996).** Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders [SCID-I]. American Psychiatric Association.
- **Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002).** The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485-496.

- **Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2011).** Cognitive behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(2), 251-261. <https://doi.org/10.1586/ern.10.200>
- **Franklin, M. E., Sapyta, J., Freeman, J. B., Khanna, M., Compton, S., Almirall, D., & March, J. S. (2019).** Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry*, 68(1), 1-12. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1121>
- **Geller, D. A., March, J., & AACAP Committee on Quality Issues. (2020).** Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(1), 98-120. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.10.013>
- **Gimeno, A. (2021).** *Mejorando los resultados en psicoterapia: Principios terapéuticos basados en la evidencia (Psicología)*. Piramide.
- **Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., & Charney, D. S. (1989).** The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- **Greenberg, J., & Lebowitz, E. R. (2022).** Shame and self-criticism in obsessive-compulsive disorder: The impact on treatment engagement and outcomes. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 34, 100612. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2022.100612>
- **Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977).** Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 389-395.
- **Hyman, B. M., & Pedrick, C. (2010).** *The OCD workbook: Your guide to breaking free from obsessive-compulsive disorder*. New Harbinger Publications.
- **Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015).** Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: An update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 337-346. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin>
- **Kuckertz, J. M., Zhang, Y., Correll, J. M., & Amir, N. (2023).** The role of comorbid personality disorders in treatment outcomes for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 85, 102-122. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102122>
- **Lebowitz, E. R., Panza, K. E., & Bloch, M. H. (2014).** Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: A five-year update. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(3), 227-237. <https://doi.org/10.1586/ern.13.82>
- **Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005).** A multi-dimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228-238. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.228>

- **Mataix-Cols, D., Fernández de la Cruz, L., & Nordsletten, A. E. (2017).** The environmental impact of the manifestations of obsessive-compulsive disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 456-461. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000354>
- **Piacentini, J., & Chang, S. (2006).** Behavioral treatments for childhood obsessive-compulsive disorder: Current status and future directions. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 791-809. <https://doi.org/10.101>
- **Pittenger, C. (2015).** Obsessive-compulsive disorder: Phenomenology, pathophysiology, and treatment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 203-214. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/cpittenger>
- **Ong, C. W., Clyde, J. W., Bluett, E. J., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2016).** A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 24-34. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.02.002>
- **Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. J. (2013).** Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1), 33-41. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020>
- **Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C. N., & Hakstian, A. R. (2004).** The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory [VOCI]. *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1289-1314.
- **Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2008).** The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53–63.
- **Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010).** The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53-63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>
- **Salkovskis, P., Shafran, R., Rachman, S., & Freeston, M. H. (1999).** Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1055–1072.
- **Schreiner, M. W., Aderka, I. M., & Zilcha-Mano, S. (2019).** The impact of stigma on the course of obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 23, 100485. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100485>
- **Simpson, H. B., Huppert, J. D., Petkova, E., Foa, E. B., & Liebowitz, M. R. (2006).** Response versus remission in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(2), 269-276. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0217>
- **Singh, A., Anjankar, V. P., & Sapkale, B. (2023).** Obsessive-compulsive disorder: A comprehensive review of diagnosis, comorbidities, and treatment approaches. *Cureus*, 15(11), e48960.

- **Stein, D. J., Scott, K. M., de Jonge, P., & Kessler, R. C. (2017).** Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19, 127–136.
- **Stein, D. J., Fineberg, N. A., Chamberlain, S. R., & Visser, H. A. (2023).** Depression comorbidity and treatment resistance in obsessive-compulsive disorder: Implications for clinical practice. *Depression and Anxiety*, 40(2), 205-216. <https://doi.org/10.1002/da.23313>
- **Storch, E. A., Lewin, A. B., McGuire, J. F., & Murphy, T. K. (2016).** Pediatric obsessive-compulsive disorder: A review of treatment outcomes and predictors of response. *International Journal of Cognitive Therapy*, 9(2), 117-135. <https://doi.org/10.1521/ijct.2016.9.2.117>
- **Viar, M. A., Bilsky, S. A., Armstrong, T., et al. (2011).** Obsessive beliefs and dimensions of obsessive-compulsive disorder: an examination of specific associations. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 108–117.
- **Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D. K., Brugha, T. S., Farrell, M., & Jenkins, R. (2006).** Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978-1985. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.1978>
- **Williams, M. T., Farris, S. G., Turkheimer, E., & Pinto, A. (2013).** *The Role of Obsessions in the Pathogenesis of Obsessive-Compulsive Disorder: A Review.* *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 1-12.
- **Williams, M. T., Farris, S. G., Turkheimer, E., & Franklin, M. E. (2015).** The impact of perceived stigma on the treatment outcomes of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 572-579. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.068>
- **Williams, M. T., Faber, S., & Olatunji, B. O. (2023).** Hoarding disorder: Emotional attachment, identity, and the role of exposure and response prevention. *Clinical Psychology Review*, 99, 102052. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102052>

