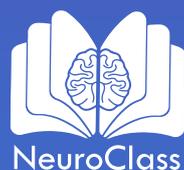


TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Evaluación y diagnóstico



TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Evaluación y diagnóstico

Este documento es un resumen que recoge los apuntes y contenidos académicos del curso *online* Trastorno Obsesivo Compulsivo: Evaluación y diagnóstico.

Disertante:

Lic. Camila Steigmeier

Redacción y edición:

Enzo Calicchio Saavedra, Matilde Gallo Fraga y Victoria López Ramírez

Objetivos:

- 1. Comprender los fundamentos del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)**, incluyendo su definición, criterios diagnósticos y especificadores según las clasificaciones actuales del DSM-5-TR.
- 2. Identificar los principales enfoques de evaluación clínica y cognitivo-conductual del TOC**, analizando sus patrones afectivos, cognitivos y conductuales para un diagnóstico preciso.
- 3. Diferenciar el TOC de otros trastornos mentales con síntomas similares**, como trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y otros trastornos relacionados, asegurando una correcta evaluación diferencial.
- 4. Desarrollar habilidades prácticas** para la aplicación de escalas de evaluación, entrevistas clínicas y análisis funcional del comportamiento en pacientes con TOC.
- 5. Analizar los subtipos del TOC y su perfil de comorbilidad**, comprendiendo la influencia de factores neurobiológicos, psicosociales y ambientales en su desarrollo y mantenimiento.

Disertante:



Lic. Camila Steigmeier

Psicóloga Clínica

Supervisora en TOC Argentina; Docente y Coordinadora del diplomado de Trastorno Obsesivo Compulsivo, en TOC Argentina.

Formación:

Licenciada en Psicología (UBA - 2011). Especialista en TOC, certificada por el BTTI de la International OCD Foundation (IOCDF); Graduada del curso intensivo de actualización del tratamiento cognitivo conductual del trastorno obsesivo compulsivo (Biobehavioral Institute Argentina); Graduada del curso de Evaluación y Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno Obsesivo Compulsivo - (Centro de Psicología Aaron Beck, Granada); Especialista en Psicoterapia Integrativa con orientación cognitiva. (Aiglé/UNMDP). Especialista en Psicoterapias breves orientación sistémica cognitiva conductual (Fundación Gregory Bateson). Sexóloga Clínica (SASH). Formación en RO DBT (CATC).

Índice

MÓDULO I

Definición, criterios diagnósticos y trastornos relacionados1

1.1. Definición y criterios diagnósticos2

1.2. Especificadores2

1.3. El TOC del DSM IV al DSM 53

1.4. Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados4

1.4.1. Trastorno Dismórfico Corporal4

1.4.2. Trastorno de Acumulación5

1.4.3. Tricotilomanía [Trastorno de arrancarse el pelo]5

1.4.4. Trastorno de Excoriación [Rascarse la piel]5

1.4.5. Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados
inducido por sustancias5

1.4.6. Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados
debido a otra afección médica [TOC-AM]5

1.4.7. Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados
especificados y no especificados6

1.4.8. Criterios Diagnósticos en el DSM 5 TR6

MÓDULO II

Evaluación clínica del Trastorno Obsesivo Compulsivo7

2.1. Iniciocurso de la enfermedad8

2.2. Factores psicosociales y ciclo vital9

2.3. Determinación de Síntomas Actuales9

2.4. Evaluación de Seguridad10

2.5. Familia10

2.6. Antecedentes terapéuticos11

MÓDULO III

Diagnóstico diferencial, comorbilidad y conceptualización del caso12

3.1. Diagnóstico Diferencial	13
3.1.1. Trastornos de Ansiedad	13
3.1.2. Trastornos Relacionados	14
3.1.3. Otros trastornos mentales	14
3.2. Comorbilidad	16
3.3. Conceptualización del caso	16
3.4. El patrón afectivo	17

MÓDULO IV

Evaluación cognitiva conductual: Patrón Cognitivo20

4.1. Características de las obsesiones	21
4.2. Intrusiones mentales normales y obsesivas	22
4.3. Evaluación de consecuencias temidas	23
4.4. Sesgos cognitivos típicos en el TOC	23
4.4.1. Importancia excesiva del pensamiento	23
4.4.2. Control de los pensamientos	24
4.4.3. Sobrestimación del peligro	24
4.4.4. Necesidad de certeza	24
4.4.5. Responsabilidad Excesiva	25
4.4.6. Perfeccionismo	25
4.4.7. Consecuencias del malestar	25
4.4.8. Miedo a las experiencias positivas	25

MÓDULO V

Evaluación cognitiva conductual: Patrón Conductual26

5.1. Características de las compulsiones	27
5.2. Tipos de estrategias de neutralización	28
5.2.1. Compulsión Motora	28
5.2.2. Compulsión Mental	28
5.2.3. Búsqueda de Reaseguro	28

5.2.4. Evitación	28
5.2.5. Compulsión encubierta	28
5.3. Estrategias de neutralización como factor de mantenimiento del TOC	29
MÓDULO VI	
Insight y automonitoreo	30
6.1. <i>Insight</i>	31
6.2. Evaluación del Insight	32
6.3 Escalas en la evaluación del Trastorno Obsesivo Compulsivo	32
6.3.1. Escala Obsesiva Compulsiva de Yale Brown	33
6.3.2. Escala Dimensional para TOC de Yale Brown	35
6.4. Automonitoreo y Registros	35
6.4.1. Análisis funcional	35
6.4.2. Análisis Topográfico	36
MÓDULO VII	
Subtipos de TOC y factores que influyen en su presentación	37
7.1. Motivadores de la conducta compulsiva	38
7.2. Subtipos de TOC	38
7.3. Perfil de comorbilidad de acuerdo con el subtipo	40
Referencias bibliográficas	41

MÓDULO I

Definición, criterios diagnósticos
y trastornos relacionados

1.1. Definición y criterios diagnósticos

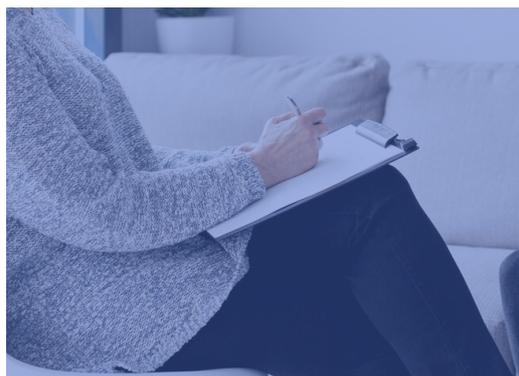
El trastorno Obsesivo Compulsivo es un trastorno mental **prevalente**, que afecta del **1 al 3% de la población mundial**. Se caracteriza por la presencia de obsesiones, entendidas como pensamientos, imágenes, sensaciones/impulsos que se presentan de forma intrusiva, generando un intenso malestar, y a los que la persona les otorga un significado importante, e intenta controlar, ignorar o suprimir. Y compulsiones, actos tanto mentales como físicos que una persona se ve obligada a realizar en respuesta a una obsesión, o ajustándose a **ciertas reglas** que debe seguir estrictamente, ya sea para disminuir el **malestar** o para neutralizar una amenaza percibida. Estos comportamientos u operaciones mentales o bien **no están conectados de forma realista** con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien **resultan claramente excesivos** [Pérez Rivera, 2017].

Además de la presencia de obsesiones y compulsiones, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición revisada [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision, DSM-5-TR*, en inglés], se mantiene el criterio respecto del **impacto funcional**: requiere que las obsesiones y compulsiones causen malestar significativo, interfieran en la vida cotidiana de la persona, o consuman tiempo considerable (generalmente más de una hora al día) [APA, 2022].

1.2. Especificadores

El DSM-5-TR, a diferencia de la edición anterior, introdujo **especificadores** de grado de *insight* para el TOC, es decir, clasifica el **nivel de conciencia o reconocimiento** que tiene la persona sobre la racionalidad de sus obsesiones y compulsiones:

- **Insight bueno o adecuado**: la persona reconoce que las creencias relacionadas con el TOC no son completamente realistas.
- **Insight pobre**: la persona cree que las creencias probablemente son ciertas.
- **Insight ausente/delirante**: la persona está completamente convencida de que las creencias son ciertas.



Asimismo, en la quinta edición del DSM se incluye el especificador para identificar si el TOC está **asociado con un trastorno de tics**. Esto es relevante porque se ha observado que algunas personas con TOC presentan o presentaron en algún momento de su vida tics y pueden requerir enfoques de tratamiento específicos [APA, 2022].

1.3. El TOC del DSM IV al DSM 5

La clasificación de los trastornos mentales dentro de **capítulos** o **categorías** en el DSM responde a **distintos criterios**. Algunos de los criterios principales que determinan esta clasificación son: similitudes de los síntomas clínicos; inicio y curso del trastorno; base neurobiológica; respuesta al tratamiento farmacológico y factores etiológicos y genéticos [Abramowitz, 2014].

El Trastorno Obsesivo Compulsivo, en la **edición cuarta del DSM**, se encontraba clasificado dentro del **capítulo de Trastornos de Ansiedad**, basándose en que la ansiedad era vista como mediadora entre las obsesiones que la aumentaban y las compulsiones que ayudaban a reducirla [Marks, 1987]. Además, la comorbilidad del TOC con otras condiciones, como fobias y trastorno de pánico, apoyaba un posible origen común [Pigott, 1994; Rasmussen, 1990].

Sin embargo, durante el desarrollo del DSM 5 se han tenido en cuenta **diversos estudios** que derivaron en retirar al Trastorno Obsesivo Compulsivo de este capítulo:

Investigaciones en **neuroimagen y neuroquímica** muestran que el TOC tiene patrones de activación cerebral distintos. En el TOC, se ha identificado la implicación de circuitos específicos, como el cortico-estriado-tálamo-cortical, los cuales están menos asociados con la fisiopatología típica de los trastornos de ansiedad [Krzanowska, 2017].

Comparado con otras condiciones anteriormente agrupadas en el capítulo de la ansiedad, el TOC tiende a tener un **inicio más temprano** y un mayor condicionamiento conductual durante la infancia [Pérez Rivera, 2017].

A nivel clínico, los síntomas característicos del TOC [obsesiones y compulsiones] son diferentes a los **síntomas primarios** de los trastornos de ansiedad, como el miedo y la evitación. Aunque el TOC genera ansiedad, los síntomas obsesivos-compulsivos no siempre están relacionados directamente con el miedo, sino con rituales repetitivos que buscan aliviar la angustia generada por pensamientos intrusivos, sin que estos estén siempre ligados a situaciones de peligro percibido, como es común en los cuadros ansiosos [Abramowitz, 2014]. El DSM-5 introdujo **especificadores** que reflejan distintos niveles de insight en el TOC [de bueno a ausente], así como un especificador de tics. Esto resalta la **variabilidad en la percepción** de los síntomas y en las presentaciones clínicas, que difiere de los trastornos de ansiedad, donde generalmente se tiene conciencia clara de la irracionalidad del miedo o la evitación [Abramowitz, 2014].



Si bien los desórdenes ansiosos también responden al **tratamiento farmacológico con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)**, se diferencian en las dosis necesarias para alcanzar una mejoría sintomática. Por su parte, los ansiolíticos no son efectivos en el tratamiento de los síntomas nucleares del TOC [Pérez Rivera, 2017].

1.4. Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados

El cambio más significativo del TOC en el DSM 5 es que ya no forma parte de los Trastornos de Ansiedad, si no que se incluye en una **nueva categoría**: Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados (*Obsessive-Compulsive Disorder and Related Disorders*, OCRD, en inglés) [APA, 2013].

Los **argumentos** que respaldan esta nueva agrupación son que el TOC y los OCRDs tienen comportamientos repetitivos como **síntomas primarios**; comparten **características asociadas similares** (por ejemplo, edades de inicio, patrones de comorbilidad y antecedentes familiares); comparten **anormalidades en los circuitos cerebrales**, como mayor actividad en circuitos fronto-estriatales, y se solapan en cuanto a **perfiles de respuesta al tratamiento** [Abramowitz, 2014].

No exenta de críticas [Abramowitz, 2014], esta nueva agrupación puede tener utilidad en la valoración clínica y aproximación terapéutica al recordar al evaluador la existencia de la **familiaridad** entre estos trastornos, para realizar un adecuado **diagnóstico diferencial y búsqueda de comorbilidades** [Pérez Rivera, 2017].

Además del Trastorno Obsesivo Compulsivo, el capítulo incluye:

1.4.1. Trastorno Dismórfico Corporal

El trastorno dismórfico corporal [TDC] se caracteriza por la **preocupación con un defecto imaginado o menor en la apariencia propia** que causa angustia significativa o interferencia funcional. Aunque ha sido trasladado de los trastornos somatoformes al capítulo de OCRDs en el DSM-5, los criterios diagnósticos para el TDC son esencialmente los mismos que en el DSM-IV-TR. Una excepción es que ahora se incluye un criterio que establece que se deben realizar **comportamientos repetitivos** o **actos mentales** en respuesta a las preocupaciones obsesivas. Un segundo cambio es la adición de los mismos **especificadores** de nivel de conciencia [insight] que se añadieron para el TOC. Un tercer cambio es la inclusión del especificador con **dismorfia muscular**, que refleja una presentación del TDC en la que la persona está excesivamente preocupada por no ser lo suficientemente musculosa [Abramowitz, 2014].



1.4.2. Trastorno de Acumulación

El trastorno de acumulación es una **nueva entidad diagnóstica** en el DSM-5 y se caracteriza por la dificultad para **desechar o separarse** de posesiones, sin importar el valor que otros atribuyan a estas posesiones. Anteriormente, el acopio se listaba como un síntoma del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP) y, a menudo se consideraba un síntoma del TOC, aunque la investigación sugiere firmemente que es distinto a nivel neurobiológico, respuesta a la farmacoterapia y requiere una **aproximación psicoterapéutica específica** para la acumulación compulsiva (Abramowitz, Wheaton, & Storch, 2008).

1.4.3. Tricotilomanía (Trastorno de arrancarse el pelo)

Caracterizado por la necesidad compulsiva de **arrancarse el cabello**, lo que lleva a una pérdida notable de cabello, este problema se clasificaba anteriormente como un trastorno de control de impulsos (Abramowitz, 2014).

1.4.4. Trastorno de Excoriación (Rascarse la piel)

Caracterizado por el **rascado constante y recurrente de la piel**, lo que resulta en lesiones cutáneas, el trastorno de excoriación también es un **diagnóstico nuevo** en el DSM-5. La persona debe haber realizado intentos repetidos para detener el rascado, lo que causa angustia significativa o deterioro en el funcionamiento (Abramowitz, 2014).

1.4.5. Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados inducido por sustancias

Los síntomas de TOC son provocados directamente por el **consumo**, la **abstinencia** o la **exposición a ciertas sustancias**, como drogas, medicamentos o incluso toxinas (APA, 2013). Este diagnóstico es particularmente relevante en casos donde los síntomas obsesivo-compulsivos surgen en **relación temporal cercana** al inicio de una sustancia, en lugar de ser parte de un TOC primario.

Drogas estimulantes, como la anfetamina o la cocaína, también pueden desencadenar estos síntomas durante su uso o abstinencia, imitando un cuadro de TOC (Karno et al., 2015).

1.4.6. Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados debido a otra afección médica (TOC-AM)

Los síntomas son una **consecuencia directa de una condición médica**, como daño cerebral, infecciones neurológicas, enfermedades neurodegenerativas o incluso lesiones traumáticas en áreas específicas del cerebro (APA, 2013). Por ejemplo, enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Huntington y el Parkinson pueden incluir síntomas compulsivos que requieren un **enfoque clínico distinto** y que subrayan la importancia de **distinguir** entre TOC primario y TOC-AM, ya que el tratamiento efectivo del TOC-AM implica abordar tanto el trastorno obsesivo-compulsivo como la afección médica subyacente (Saxena & Rauch, 2000).

1.4.7. Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados especificados y no especificados

Manifestaciones de síntomas obsesivo-compulsivos que **no cumplen completamente con los criterios diagnósticos** del TOC clásico o de otros trastornos relacionados, pero que aún generan **malestar significativo** o **deterioro** en la vida del paciente. Otros comportamientos repetitivos excesivos centrados en el cuerpo (por ejemplo, morderse las uñas, morderse los labios, masticarse las mejillas), acompañados de intentos infructuosos de disminuir o detenerlos, pueden diagnosticarse bajo esta etiqueta. A alguien con celos obsesivos, que se caracteriza por una preocupación no delirante con la infidelidad percibida de una pareja, también se le daría este diagnóstico.

Especificados se refiere a los casos en los que el clínico opta por **especificar el motivo específico** por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados específico (por ejemplo, “trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo”).

Cabe destacar que el **no figurar en el capítulo** de TOC y Trastornos Relacionados **no implica** que un trastorno **no tenga relación con el TOC**. Como es el caso del **Síndrome de Gilles de la Tourette**, que tiene una relación demostrada en cuanto a lo heredo-familiar, comorbilidad y fenomenología, sin embargo, el no responder terapéuticamente a los ISRS hizo que no fuera tenido en cuenta al momento de su inclusión en el capítulo (Pérez Rivera, 2017).

1.4.8. Criterios Diagnósticos en el DSM 5 TR

Los **criterios diagnósticos** para el TOC en el DSM 5 TR incluyen como principales la presencia de **obsesiones, compulsiones o ambas**.

A su vez, **para el diagnóstico**, las obsesiones o compulsiones deben consumir una **cantidad significativa de tiempo** (generalmente más de una hora diaria) o causar un **malestar clínicamente significativo**, interfiriendo en el **funcionamiento** social, laboral u otras áreas importantes de la vida. Además, estos síntomas no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica; y no deben explicarse mejor por otro trastorno mental, como preocupaciones excesivas en el trastorno de ansiedad generalizada, por ejemplo.

El diagnóstico puede **especificarse** de acuerdo a si el individuo presenta **buena, poca o nula introspección**, en función de si reconoce que sus ideas son claramente irracionales, considera que pueden o no ser ciertas, o está completamente convencido de ellas, respectivamente. Asimismo, debe especificarse la presencia de historia reciente o antigua de **trastorno de tics** (APA, 2022).

MÓDULO II
Evaluación clínica
del Trastorno Obsesivo Compulsivo

La evaluación clínica de un paciente con Trastorno Obsesivo Compulsivo requiere un **enfoque detallado y estructurado**. A continuación, se presentan los **principales aspectos** que deben considerarse durante la **evaluación inicial** del paciente.

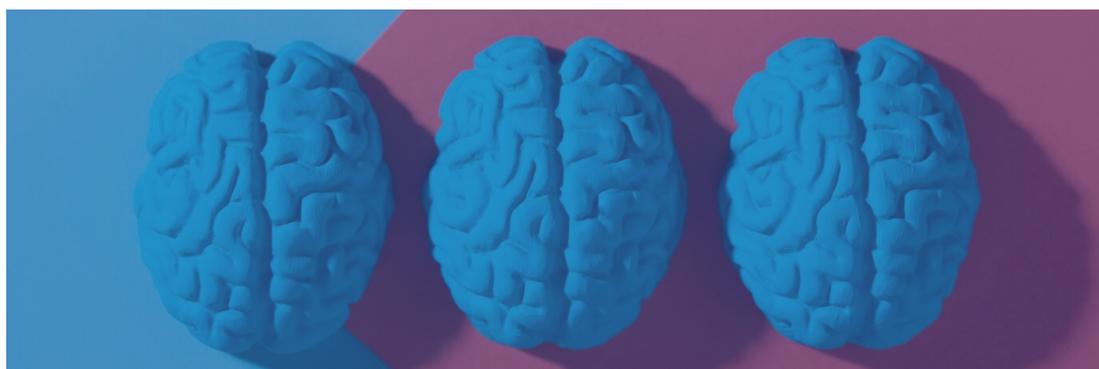
2.1. Inicio/curso de la enfermedad

Es fundamental determinar la **edad de inicio** de los síntomas obsesivo-compulsivos (SOC), incluso si no causaron disfuncionalidad en ese momento. También se debe establecer si la **dimensión sintomática**, o subtipo de TOC predominante ha sido estable o ha variado con el tiempo.

Es importante investigar la presencia de **tics o el síndrome de Gilles de la Tourette** (SGT), condiciones frecuentemente comórbidas con el TOC. La comorbilidad entre TOC y tics o el SGT puede afectar significativamente la presentación clínica y la respuesta al tratamiento. Los pacientes que presentan ambos trastornos a menudo requieren un **enfoque terapéutico multifacético**, que incluya tanto intervenciones farmacológicas como psicoterapéuticas, ya que las opciones de tratamiento son diferentes para cada trastorno. La coexistencia de TOC y SGT puede **complicar** el diagnóstico y el tratamiento, lo que resalta la importancia de un **enfoque clínico integral y personalizado** (Pérez Rivera, 2017).

Asimismo, se debe evaluar antecedentes de **PANDAS** (Trastorno Neuropsiquiátrico Autoinmune Pediátrico asociado a infección por estreptococos). Se trata de una condición en la cual una **infección por estreptococo** desencadena una **respuesta autoinmune** que afecta el sistema nervioso central, llevando al **desarrollo abrupto de síntomas obsesivo-compulsivos** y otros síntomas neuropsiquiátricos en niños.

Este trastorno es parte del **síndrome PANS** (Síndrome Neuropsiquiátrico de Inicio Agudo en Niños) y se caracteriza por un **inicio súbito de síntomas de TOC**, frecuentemente acompañado de **tics motores** y otras alteraciones como ansiedad, irritabilidad y regresión conductual. Se ha planteado que los anticuerpos generados en respuesta a la infección atacan erróneamente los **ganglios basales**, región cerebral asociada con el control de la conducta y el procesamiento emocional, lo que explica la aparición de síntomas conductuales y emocionales distintivos (Swedo et al., 1998; Murphy et al., 2014). El tratamiento de PANDAS generalmente combina antibióticos, para eliminar la infección, con inmunoterapia y enfoques psicoterapéuticos para abordar los síntomas psiquiátricos (Williams et al., 2018; Thienemann et al., 2017).



2.2. Factores psicosociales y ciclo vital

Como parte de la evaluación clínica, es importante analizar la relación entre el TOC y las **etapas del desarrollo o períodos reproductivos**, como el inicio o empeoramiento del trastorno durante el embarazo o el puerperio.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo puede verse influenciado por los **cambios hormonales y psicosociales** que ocurren durante las etapas reproductivas, como el embarazo y el puerperio. Durante el **embarazo**, el incremento en los niveles de hormonas como el estrógeno y la progesterona puede influir en la neurobiología del trastorno, exacerbando o incluso desencadenando síntomas obsesivo-compulsivos en mujeres con una predisposición genética al TOC. Este fenómeno ha sido documentado en diversas investigaciones que señalan un **aumento en los síntomas obsesivos durante el embarazo**, así como una mayor vulnerabilidad al desarrollo de TOC en mujeres embarazadas sin antecedentes del trastorno [Meyer et al., 2015; Fontenelle et al., 2018]. Estos cambios en la presentación del TOC durante el embarazo y el puerperio destacan la **importancia de un enfoque terapéutico integral**, que considere los factores hormonales, psicológicos y sociales, y que sea sensible a las necesidades particulares de las mujeres en estas etapas del ciclo de vida.

A su vez, es fundamental investigar **eventos traumáticos o ciclos vitales críticos** (por ejemplo, cambios importantes como la paternidad o la finalización de estudios). Como también, analizar la **historia psicosocial** del paciente, incluyendo su transición por distintas etapas escolares, su capacidad para mantener relaciones familiares y sociales, así como su historia laboral y ocupacional.

Obtener una **historia personal y del desarrollo** del paciente es una cuestión clínica estándar para cualquier profesional de la salud. Los datos históricos y del desarrollo del paciente, nos muestran los **aprendizajes pasados** y nos ponen en **contexto** las dificultades presentes.

2.3. Determinación de Síntomas Actuales

Identificar y clasificar los **síntomas obsesivos** (cogniciones, imágenes, impulsos o sensaciones) y **compulsivos** (motoras y mentales). A la vez que se evalúa el **nivel de malestar** asociado, el estado anímico general, y el subtipo o **dimensión predominante** de TOC.

Puntos fundamentales para planificar un tratamiento serán, por un lado, determinar el **grado de severidad** y el **insight** o conciencia del paciente sobre su trastorno. Y, por otro lado, establecer la **frecuencia, duración e intensidad** de los síntomas del paciente en cuestión.

Se deberá también reconocer y analizar el grado en que las obsesiones y compulsiones afectan el funcionamiento del paciente en los ámbitos personal, social, laboral o académico. Considerar el impacto en la calidad de vida y el bienestar general. Los **objetivos** de cualquier tratamiento psicoterapéutico deberán incluir no sólo la **reducción sintomática**, sino también, y principalmente, la **mejoría en la calidad de vida** del paciente [Pérez Rivera, 2017].

Será necesario identificar la presencia de **alucinaciones** (cenestésicas, auditivas) o **ilusiones** que puedan acompañar el cuadro clínico. En pacientes con TOC con **nulo insight**, es frecuente la presentación de **alucinaciones cenestésicas** (por ejemplo, la sensación de haber tocado con la frente el piso y contaminarse, estando parados). También pueden **presentarse ilusiones** (por ejemplo, ver una mancha roja en el piso y estar convencido de que es sangre contaminada) (Pérez Rivera, 2017).

A su vez, es importante considerar la necesidad de una **evaluación neuropsicológica adicional**, especialmente si hay dudas sobre el funcionamiento cognitivo.

2.4. Evaluación de Seguridad

Es crucial determinar si existe **riesgo de suicidio o de agresión física** hacia sí mismo o hacia terceros, y el grado de **agitación psicomotriz** al interrumpir un ritual o al negarse a colaborar con las compulsiones.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo y el riesgo de suicidio están estrechamente relacionados. Estudios indican que **los pacientes con TOC tienen un riesgo significativamente mayor de ideación suicida**, y comportamientos suicidas en comparación con la población general (Benatti B, 2021). Un factor importante en este riesgo elevado es la **naturaleza crónica y debilitante del trastorno**, que causa angustia emocional y deterioro en las funciones sociales, laborales y familiares, lo que puede contribuir a **sentimientos de desesperanza y desesperación**. Además, la **comorbilidad con otros trastornos**, como la depresión, puede agravar este riesgo (Benatti B, 2021).

2.5. Familia

La evaluación familiar en casos de TOC implica una **exploración exhaustiva** de diversos aspectos. En primer lugar, es fundamental investigar antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, especialmente aquellos relacionados con el espectro obsesivo-compulsivo, tics o el síndrome de Gilles de la Tourette. Esto permite entender la **predisposición genética** y el **contexto psicosocial** en el que se desarrolla el TOC. Además, es importante evaluar el nivel de contención familiar y la posibilidad de que la familia participe en el tratamiento, ya que su apoyo puede ser clave en el proceso terapéutico.



Desde el **enfoque cognitivo-conductual**, no se considera que la familia sea la causante del TOC; sin embargo, investigaciones señalan **su papel crucial en el mantenimiento de los síntomas y en la interacción con la predisposición biológica** de la persona afectada [Pérez Rivera, 2017]. En muchos casos, la familia puede desarrollar **conductas de "acomodación" hacia el TOC**, participando activamente en los rituales del paciente o modificando su rutina para evitar situaciones que desencadenen las obsesiones y compulsiones. **Este patrón de acomodación puede reforzar los síntomas del TOC**, creando una dinámica de dependencia y una **"espiral negativa"** entre los síntomas del paciente y las respuestas familiares [Pérez Rivera, 2017].

Otra variable relevante en la dinámica familiar es la **emoción expresada**, que puede incluir **altos niveles de crítica, hostilidad o sobreinvolucramiento afectivo**, factores que suelen agravar los síntomas del TOC [Pérez Rivera, 2017]. Por esta razón, durante el proceso terapéutico, tanto la actitud de la familia como sus patrones de respuesta deben ser **monitoreados y abordados**, empleando herramientas como la **Escala de Acomodación Familiar** para el TOC [*Family Accommodation Scale for OCD* de Calvocoressi, 1999]. Este abordaje es relevante para adaptar el tratamiento y mejorar su eficacia en niños, adolescentes y adultos con TOC.

2.6. Antecedentes terapéuticos

Evaluar la **historia de tratamientos anteriores** en pacientes con TOC permite entender la evolución del trastorno y la respuesta a intervenciones previas. Es importante indagar la **edad de inicio del primer tratamiento**, así como el curso que ha seguido el TOC desde entonces [episódico, fluctuante o crónico]. Esta información ayuda a **contextualizar el grado de disfuncionalidad** que el TOC ha generado en la vida del paciente y a identificar posibles **comorbilidades asociadas**.

Además, se debe realizar un **análisis detallado de la historia terapéutica** del paciente, que incluya el **uso de medicación** psicofarmacológica, las **dosis alcanzadas**, durante **cuánto tiempo** se sostuvo, y la experiencia con distintas **modalidades psicoterapéuticas**. Este análisis debe también considerar la aparición de efectos adversos y los resultados de las intervenciones anteriores, lo cual es clave para orientar el tratamiento actual y **evitar estrategias previamente ineficaces** o mal toleradas.

Por otro lado, es fundamental **explorar las expectativas sobre el tratamiento**, evaluando cuánto conoce el paciente sobre su diagnóstico y sus percepciones respecto al proceso terapéutico. Esta evaluación permite no solo alinear las expectativas del paciente con las posibilidades del tratamiento, sino también identificar si existen **creencias erróneas que podrían influir en la adherencia al mismo**.

MÓDULO III

Diagnóstico diferencial, comorbilidad
y conceptualización del caso

Tal como se ha mencionado, dentro de la evaluación de un paciente con TOC se deberán incluir el establecimiento de un diagnóstico diferencial adecuado y el reconocimiento de posibles comorbilidades. Siguiendo con una evaluación cognitiva conductual, será fundamental la delimitación de una minuciosa conceptualización del caso, y el análisis de los tres patrones característicos del TOC: afectivo, cognitivo y conductual.

3.1. Diagnóstico Diferencial

Aunque el TOC tiene características clínicas definidas, su diagnóstico puede verse complicado debido a la **superposición de síntomas con otros trastornos mentales**. Esto hace que el diagnóstico diferencial sea una parte crucial para asegurar un tratamiento adecuado. En este contexto, **es esencial distinguir el TOC de otros trastornos** con los que comparte síntomas similares, como el Trastorno de Ansiedad Generalizada [TAG], el Trastorno de la Personalidad Obsesivo-Compulsiva [TPOC], el Trastorno Depresivo Mayor [TDM], el Trastorno de la Alimentación, y trastornos relacionados con el control de impulsos, entre otros.

3.1.1. Trastornos de Ansiedad

Uno de los aspectos más desafiantes en el diagnóstico diferencial del TOC es su comorbilidad con trastornos de ansiedad. En particular, los síntomas del TOC pueden **solaparse con los del TAG**, dado que ambos trastornos comparten la presencia de preocupación excesiva. Sin embargo, mientras que en el TOC las obsesiones son intrusivas, específicas y relacionadas con el temor de causar daño o de que algo terrible ocurra, en **el TAG la preocupación tiende a ser más generalizada**, varía en función del **contexto particular** y no está vinculada a una obsesión específica [APA, 2013]. Además, en el TOC, las compulsiones se realizan para reducir la ansiedad asociada con las obsesiones, lo cual no es un rasgo característico del TAG [Veale, 2016].

La **Fobia Específica**, por su parte, se distingue por un **miedo intenso y la evitación de situaciones u objetos concretos y delimitados**. En el caso del TOC, el miedo y la evitación hacia un objeto o situación específica están motivados por el deseo de prevenir el desencadenamiento de una obsesión o compulsión. Por ejemplo, evitar la suciedad en una persona con obsesiones relacionadas con la contaminación.

En el caso de la **Ansiedad Social [TAS]**, el miedo se centra en la **evaluación negativa por parte de los demás**, como hacer el ridículo o ser rechazado, relacionado con el juicio externo y la desaprobación social [Leichsenring & Leweke, 2017]. Las preocupaciones son más realistas, no ajenas al sistema de valores de la persona, como muchas veces ocurre en el TOC. En el TOC la evitación se enfoca en objetos o situaciones relacionadas con las obsesiones, como evitar tocar superficies para prevenir contaminación, mientras que **en el TAS la evitación está ligada a situaciones sociales donde el paciente teme ser evaluado negativamente**, como reuniones o entrevistas laborales.

Con respecto al **Trastorno de Pánico (TP)**, una diferencia importante radica en los **desencadenantes de la ansiedad**. En el TOC, los desencadenantes están relacionados con las obsesiones específicas, mientras que, **en el TP, el miedo se centra en los síntomas físicos del pánico y sus posibles consecuencias**, como la percepción de un problema médico subyacente. En el TP, también se observa un **patrón de evitación fóbica** que busca prevenir situaciones o actividades que el paciente asocia con la posibilidad de experimentar un ataque de pánico [Craske & Barlow, 2008].

3.1.2. Trastornos Relacionados

Los trastornos relacionados con el **control de impulsos**, como la **tricotilomanía** y el **Trastorno de Excoriación**, también deben ser diferenciados del TOC. Aunque ambas pueden parecer compulsivas, existen ciertas diferencias entre las conductas en el TOC y los trastornos de control de impulsos. En el caso del TOC, las compulsiones están **asociadas con la reducción de la ansiedad** provocada por obsesiones específicas. Por otro lado, en los trastornos de control de impulsos, las conductas repetitivas se encuentran asociadas con una **necesidad de aliviar tensiones** o sensaciones internas desagradables, **sin la presencia de una obsesión previa** [McGuire, 2013].

El **Trastorno de Acumulación** se caracteriza por una dificultad persistente para descartar o separarse de posesiones y por una acumulación excesiva de objetos [APA, 2022]. Sin embargo, cuando esta **conducta está explicada desde el contenido de la idea obsesiva, se considera que el acopio es producto del TOC**, por ejemplo: no descartar objetos como respuesta a la idea obsesiva de que al tocar esos objetos, se dejan partes de uno mismo a nivel celular y desecharlos significaría perder esas partes [Pérez Rivera, 2017].

En el **Trastorno Dismórfico Corporal (TDC)**, las conductas repetitivas surgen como respuesta a una preocupación patológica por un supuesto defecto en la apariencia física. En comparación con el TOC, el **TDC presenta menor insight, mayor sintomatología depresiva y riesgo de suicidio**. A su vez, en el TDC las ideas obsesivas **se centran en la imagen corporal**, mientras que en el TOC se dan temáticas más variadas [Pérez Rivera, 2017].

3.1.3. Otros trastornos mentales

El diagnóstico diferencial entre **esquizofrenia y TOC** suele ser claro, ya que los pacientes con TOC generalmente reconocen la irracionalidad de sus síntomas, incluso cuando estos son extraños. Sin embargo, en casos con bajo *insight* o ideas delirantes, la diferenciación se complica. En estos escenarios, **la ausencia de síntomas esquizofrénicos típicos**, como alucinaciones auditivas autorreferenciales, inserción o fuga del pensamiento, e ideación paranoide, **es clave para el diagnóstico**. Aunque algunos pacientes con TOC presentan alucinaciones cenestésicas o estados de hiperalerta similares a la esquizofrenia paranoide [por ejemplo, cuando el temor a contaminarse es tan severo que necesitan controlar también los movimientos de aquellos con quienes interactúan], **estas manifestaciones están asociadas a temores obsesivos específicos**. Además, es importante considerar que el TOC puede ser **comórbido con la esquizofrenia en hasta un 15-25% de los casos**, o que en algunos casos, los **síntomas obsesivo compulsivos pueden ser inducidos por ciertos antipsicóticos**, como la clozapina, lo que refuerza la importancia de una evaluación cuidadosa.

Por otro lado, el **Trastorno de la Personalidad Obsesivo-Compulsiva (TPOC)** puede ser confundido con el TOC, ya que ambos trastornos involucran **patrones de pensamiento y comportamiento rígidos y perfeccionistas**. No obstante, la diferencia clave radica en que el TOC está marcado por la presencia de obsesiones y compulsiones que generan angustia y que el individuo busca suprimir, mientras que **en el TPOC los síntomas son más bien rasgos de personalidad**, que no necesariamente son vistos por el individuo como problemáticos (Müller, 2016). **En el TPOC, las conductas rígidas y el perfeccionismo son constantes** y se presentan a lo largo de la vida, mientras que en el TOC las obsesiones y compulsiones pueden ser episódicas o fluctuantes (APA, 2013).

El **Trastorno Depresivo Mayor (TDM)** también puede complicar el diagnóstico diferencial, especialmente cuando los síntomas obsesivos se presentan como **pensamientos intrusivos relacionados con la culpabilidad, la autocrítica o la desesperanza**, comunes en la depresión. Sin embargo, en el TOC, las obsesiones tienen una cualidad más específica y no están **relacionadas directamente con la baja autoestima o la tristeza profunda**, como ocurre en la depresión (Roth, 2014). Además, las compulsiones en el TOC no son simplemente un intento de evitar la tristeza o la desesperanza, sino un esfuerzo por aliviar la ansiedad asociada con las obsesiones (Veale, 2016).

Otro trastorno con el que el TOC puede confundirse es el **Trastorno de la Alimentación**, especialmente la anorexia nerviosa, debido a que ambas condiciones **pueden presentar rituales de control, pensamientos recurrentes sobre el cuerpo o la comida**. No obstante, mientras que en la anorexia los pensamientos recurrentes se centran en la alimentación, el peso corporal y la figura, **en el TOC las obsesiones son de naturaleza más amplia**, abarcando una variedad de temas, como el daño, la limpieza o el orden, y las compulsiones pueden incluir rituales que no están necesariamente relacionados con la comida (Fairburn, 2015).

Además de estas consideraciones diagnósticas, se deben tener en cuenta las **comorbilidades que a menudo acompañan al TOC**, como el Trastorno de Ansiedad Social, el Trastorno de Estrés Post-traumático, la Depresión Mayor y otros trastornos de ansiedad. Estas comorbilidades pueden enmascarar o exacerbar los síntomas del TOC, **complicando aún más su diagnóstico** (Mataix-Cols, 2008).



3.2. Comorbilidad

En lo que respecta al Trastorno Obsesivo Compulsivo, **la comorbilidad es más la excepción que la regla**. Se han reportado tasas altas de comorbilidad a lo largo de la vida en muestras tanto comunitarias como clínicas. **Entre el 60 % y el 90 % de los pacientes con TOC presentan al menos un diagnóstico neuropsiquiátrico comórbido**. Esto parece ser consistente a lo largo del ciclo vital: el 70 % de los niños, el 84 % de los adolescentes y el 91 % de los adultos cumplen con los criterios para al menos otro trastorno psiquiátrico a lo largo de la vida [Pittenger, 2017].

Los **Trastornos del Ánimo y Trastornos de Ansiedad son los trastornos comórbidos más frecuentes** en el TOC, con una **prevalencia** a lo largo de la vida del **75.8% y 63.3%** respectivamente [Ruscio, 2010].

Siguiendo el estudio realizado por Ruscio [2010] dentro de los trastornos de ansiedad, la **Fobia Social** [43.5%], la **Fobia Específica** [42.7%], y la **Ansiedad de Separación** [37.1%] fueron los más comunes, seguidos por el **Trastorno de Pánico** [20%] y el **Trastorno de Estrés Postraumático** [19.1%]. El **trastorno Depresivo Mayor** en un 40.7%, **Trastorno Bipolar** 23.4% y **distimia** en el 13.1% de las personas con TOC [Ruscio, 2010].

Dentro del **espectro obsesivo compulsivo** [Pérez Rivera, 2017], uno de los trastornos más frecuentes en comorbilidad con el TOC, es la **Hipocondría**. Alrededor del 10% de los pacientes con TOC presentan comorbilidad con Hipocondría [Abramowitz, 1999].

El **Síndrome de Gilles de la Tourette** [SGT] y el **Trastorno por Tics** están fuertemente relacionados al TOC [Pérez Rivera, 2017]. Aproximadamente un **30% de los pacientes con TOC padecerá un cuadro de tics a lo largo de su vida** [Richter, 2003]. Un 40% de los pacientes con SGT padecen síntomas obsesivos compulsivos y un 20% TOC comórbido [Pinto, 2016].

La comorbilidad del TOC con trastornos de la personalidad también ha sido reportada. Siendo el **Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsiva el más frecuente [25%]** seguido por el **Trastorno Evitativo de la Personalidad** [16%] [Pinto, 2006]. Otros trastornos de la personalidad se pueden presentar en comorbilidad con el TOC que, aunque menos frecuentes, también es fundamental considerarlos debido a las implicancias clínicas que tienen. Por ejemplo, el **Trastorno de la Personalidad Dependiente** tiene una prevalencia del 7.6% en pacientes con TOC y el **Trastorno Límite de la Personalidad**, 5.6% [Denys, 2004].

3.3. Conceptualización del caso

La conceptualización del caso en el tratamiento del TOC es una **herramienta esencial** para construir un **plan terapéutico efectivo y adaptado** a las necesidades particulares del paciente.

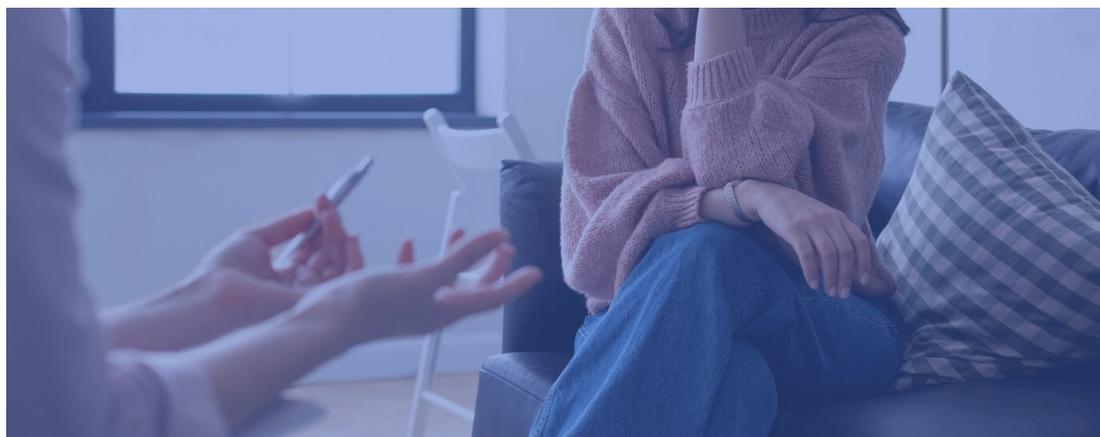
Este proceso implica una **evaluación exhaustiva y sistemática** que va más allá de la descripción de síntomas, integrando el contexto social, familiar y cultural del paciente para entender el rol funcional e interpersonal de sus síntomas obsesivo-compulsivos [Pérez Rivera, 2017].

Una buena conceptualización no sólo **refuerza la alianza terapéutica** entre el paciente, el terapeuta y la familia, sino que también permite **organizar las intervenciones** de acuerdo con los modos particulares en los que en cada paciente se relacionan sus conductas funcionales y/o disfuncionales con el ambiente, las relaciones intra e interpersonales, dentro de un contexto cultural y desarrollo neurobiológico (Friedberg, 2002).

La conceptualización de casos también **facilita la adaptación de técnicas terapéuticas al perfil único de cada paciente**, permitiendo anticipar posibles obstáculos y establecer estrategias efectivas para negociar desafíos terapéuticos y eliminar esfuerzos inservibles. Este enfoque, flexible y dinámico, requiere del terapeuta la **formulación y revisión constante de hipótesis sobre el caso**, basadas en un análisis detallado de datos clínicos y contextuales que abarcan desde cuestionarios hasta factores **contextuales y culturales** (Friedberg, 2002). El contexto cultural, en particular, es crucial en el caso del TOC, ya que impacta en la expresión y percepción de los síntomas, influido por variables tales como las normas religiosas, la estructura familiar y las actitudes hacia las emociones y la autoridad (Pérez Rivera, 2017).

Es necesario **definir los síntomas obsesivos compulsivos integrando las dimensiones fisiológica, emocional, cognitiva, conductual e interpersonal**, lo que facilita una comprensión precisa de los síntomas y de la situación actual del paciente y su familia. Así, el tratamiento puede avanzar de manera coherente y específica, considerando el **impacto del entorno cultural y familiar** en el mantenimiento de los síntomas, lo que optimiza la eficacia de las intervenciones y permite **adaptar el tratamiento al contexto de vida único de cada individuo** (Pérez Rivera, 2017).

Es posible conceptualizar al Trastorno Obsesivo Compulsivo de acuerdo con sus **tres componentes principales**: el patrón afectivo, el patrón cognitivo y el patrón conductual.



3.4. El patrón afectivo

Como ya se ha mencionado anteriormente, el TOC se caracteriza por la presencia de **obsesiones** (pensamientos intrusivos, repetitivos y no deseados) y **compulsiones** (conductas motoras o mentales repetitivas realizadas para reducir el malestar).

Si bien desde los criterios diagnósticos que caracterizan al trastorno (APA, 2013), parecieran predominar los patrones cognitivo y conductual, **el patrón afectivo atraviesa el TOC**. El TOC es sustancialmente un trastorno emocional (Pérez Rivera, 2017).

La ansiedad fue inicialmente el foco principal en el estudio del TOC debido a su asociación evidente con las obsesiones. Este malestar emocional se genera cuando las **obsesiones activan interpretaciones catastróficas**, lo que lleva a una percepción de amenaza (Abramowitz, 2021). Por ejemplo, una persona con obsesiones de contaminación puede temer contraer o transmitir enfermedades, lo que genera una respuesta de ansiedad intensa. Las compulsiones, como lavarse repetidamente las manos, se realizan para aliviar esta ansiedad, reforzando el ciclo obsesivo compulsivo.

Aunque la **ansiedad** sigue siendo un componente central del TOC, se ha evidenciado que **no siempre es la emoción más predominante** (Kenny NC, 2023). Por ejemplo, en subtipos específicos de TOC, como las obsesiones relacionadas con responsabilidad moral o perfeccionismo, **otras emociones como la culpa y la vergüenza pueden superar a la ansiedad en intensidad**.

La **culpa es una emoción fundamental en el TOC**, especialmente en individuos que experimentan obsesiones sobre posibles transgresiones morales o daño a otros. Esta culpa se relaciona con una **exagerada sensación de responsabilidad**, en la que el individuo siente que debe evitar, a toda costa, que ocurran resultados negativos, incluso si las probabilidades son mínimas (Shafran, 1996). Por ejemplo, una persona podría realizar rituales complejos para asegurarse de que no ha causado daño involuntario a alguien, como revisar repetidamente si cerró una puerta para evitar que un ladrón entre.

La **vergüenza también puede desempeñar un papel importante en el TOC**, especialmente cuando los pensamientos intrusivos implican contenido socialmente inaceptable, como obsesiones sexuales o agresivas. **Esta emoción está relacionada con el temor al juicio de los demás o con una autopercepción negativa** (Weingarden & Renshaw, 2015). La vergüenza puede intensificar el **deseo de ocultar las compulsiones** o evitar situaciones en las que puedan ser observadas. Asimismo, la vergüenza puede operar como **obstáculo para el tratamiento** si la persona oculta sintomatología al terapeuta.

El asco, otra emoción clave en el TOC, se asocia predominantemente con obsesiones de contaminación. A diferencia de la ansiedad, que implica una percepción de amenaza, el asco refleja una respuesta visceral a algo percibido como sucio, impuro o contaminado. Esta emoción **puede extenderse más allá de los agentes físicos** (como suciedad o gérmenes) **a conceptos abstractos**, como "impureza moral" o el miedo a pensamientos tabúes (Knowles et al., 2020).



Por ejemplo, una persona con obsesiones de contaminación podría experimentar asco intenso al tocar un objeto considerado contaminado, lo que la impulsa a lavarse compulsivamente las manos, muchas veces en combinación con un temor exagerado a contaminarse, pero muchas otras, los pacientes refieren no poder tolerar el asco, aún si no creen que estén en peligro de contaminarse.

La **coexistencia de estas emociones** subraya la **complejidad del perfil afectivo** del TOC. De hecho, las emociones pueden variar según el contenido de las obsesiones y el tipo de compulsiones. Además, las personas con TOC intentan **suprimir estas emociones negativas mediante rituales compulsivos o evitación**, lo que a menudo perpetúa el trastorno [Abramowitz, 2021].

Comprender que **el TOC involucra múltiples emociones** tiene implicaciones importantes para el tratamiento, el cual deberá estar planificado de acuerdo a las **características particulares de cada paciente**. Por ejemplo, trabajar con la culpa puede incluir ejercicios de autocompasión y revisión de creencias irracionales sobre la responsabilidad personal. En el caso del asco, intervenciones basadas en la exposición pueden ayudar a reducir la aversión visceral asociada a estímulos específicos.



MÓDULO IV

Evaluación cognitiva conductual:
Patrón Cognitivo

4.1. Características de las obsesiones

Las obsesiones no solamente involucran **pensamientos frecuentes y repetitivos**, sino también **sensaciones, impulsos o imágenes** que vuelven **una y otra vez** a pesar de que la persona intente resistirlos o desestimarlos. Se viven como **intrusos** y, muy frecuentemente, **inapropiados** a la forma de ser de la persona. El contenido habitualmente acompaña el ciclo vital, y muchos pacientes refieren que sus obsesiones están **vinculadas con aquello que consideran más importante**, por ejemplo, salud, trabajo, su reputación personal [Pérez Rivera, 2017].

Lee y Kwon [2003] clasifican a las obsesiones en **dos tipos**:

- **Autógenas:** Aparecen **súbitamente sin estímulos disparadores aparentes**. Son percibidas como **irracionales y aversivas**. Si se identifican estímulos disparadores, estos están **asociados de manera simbólica**. Ante la presencia de estas obsesiones, la persona **exagera su importancia** y considera fundamental controlarlas. Las estrategias empleadas habitualmente para **intentar controlar** este tipo de obsesiones son la **detención del pensamiento, distracción, imágenes contrarias, otras compulsiones mentales** [ej. Rezar, contar, repetir alguna palabra]. Suelen incluir contenido sexual, religioso, blasfemo, agresivo, inmoral.
- **Reactivas:** Son **gatilladas por estímulos identificables. Percibidas como racionales, como para actuar en consecuencia**. Suelen referirse a contaminación, errores, accidentes, asimetría, desorden y pérdida de objetos importantes. Frente a ellas, la persona exagera su **responsabilidad tanto en la ocurrencia como en la prevención** de consecuencias negativas. Suelen estar seguidas de **compulsiones observables** como comprobación, chequeo, lavado.

Las obsesiones **no siempre implican el temor de un daño específico**. En ocasiones, los pacientes dicen experimentar un malestar que no pueden tolerar si no llevan a cabo el ritual [Pérez Rivera, 2017]. Asimismo, **fenómenos sensoriales auditivos, visuales, táctiles o sensorioceptivos** también pueden ser formas de presentarse la obsesión [Abramowitz, 2003]. Por ejemplo, sentir que las manos están sucias; sentir haber tocado algo que no se tocó.

La **experimentación de pensamientos intrusivos es un fenómeno normal entre los seres humanos** [Rachman, 1978]. Si bien no existe una respuesta unívoca sobre las razones de este fenómeno, existen **dos teorías principales al respecto** [Pérez Rivera, 2017]. La primera, conocida como **“el pensamiento es generador de hipótesis”**, plantea que estos pensamientos son una expresión de la creatividad natural de la mente humana, diseñada para anticipar y resolver problemas, lo que permite imaginar una variedad de escenarios tanto positivos como negativos para protegernos de posibles peligros. La segunda teoría, llamada la **“hipótesis del ruido mental”**, sugiere que los pensamientos intrusivos no tienen una relevancia real, sino que son como fragmentos insignificantes que flotan en la mente, comparables a los ruidos de una máquina que, aunque funciona correctamente, emite sonidos ocasionales y extraños; de forma similar, un cerebro sano puede generar pensamientos inusuales sin importancia.

4.2. Intrusiones mentales normales y obsesivas

Los pensamientos intrusivos normales suelen tener una aparición y contenido similares a los de las **obsesiones clínicas**, pero estas últimas ocurren con **mayor frecuencia, duran más tiempo y generan un malestar emocional mucho más intenso** en personas con TOC. Además, la interpretación que se le da a estos pensamientos juega un papel crucial: las personas con TOC suelen asignarles un **significado personal y negativo**, lo que intensifica su impacto emocional. Los estudios sugieren que **este tipo de valoración de los pensamientos** intrusivos **incrementa la frecuencia de su aparición**, y su mala interpretación activa un **ciclo de ansiedad y preocupación**. Las personas con TOC intentan más intensamente controlar o eliminar estos pensamientos, lo cual puede reforzar su presencia y hacerlos más difíciles de gestionar. En cambio, **aquellos que no tienen TOC suelen restarles importancia**, evitando así el desarrollo de obsesiones crónicas y el malestar asociado (Pourdon, 2005; OCDWG, 1997; Wilhelm, 2006).

La **reacción** ante pensamientos intrusivos normales es **fundamental para determinar si estos se transformarán en obsesiones crónicas**. Cuando se interpreta un pensamiento intrusivo como algo muy importante o peligroso, se produce una respuesta corporal que **reacciona como si el contenido fuera real**, activando respuestas físicas y emocionales intensas que ponen al sujeto en estado de alerta máxima (Pérez Rivera, 2017). Este fenómeno provoca un **círculo vicioso** en el que la persona se **concentra cada vez más en la intrusión**, tratando de darle sentido, **buscarle lógica o neutralizarla**, lo cual solo **refuerza su recurrencia y agrava el malestar**. Modificar esta respuesta, interpretando los pensamientos intrusivos como menos significativos, reduce su frecuencia y el malestar asociado, logrando una experiencia menos invasiva y angustiante (Wilhelm, 2006).

En resumen, las características del patrón cognitivo del TOC, según Pérez Rivera (2017), incluyen:

- 1. Intrusivas:** Los pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos surgen de manera repentina e involuntaria en la mente, sin que la persona los provoque intencionalmente.
- 2. No deseados:** Estos contenidos obsesivos generan un malestar significativo, lo que lleva a la persona a desear no experimentarlos.
- 3. Resistencia:** Existe un esfuerzo constante por minimizar, eliminar o incluso evitar estos pensamientos, imágenes o sensaciones obsesivas.
- 4. Incontrolables:** Las obsesiones parecen tener vida propia, siendo percibidas como incontrolables por quien las experimenta.
- 5. No característicos:** El contenido de las obsesiones suele ser contrario a los estándares morales o valores de la persona, resultando egodistónico y opuesto a su autoconcepto.

4.3. Evaluación de consecuencias temidas

Siguiendo a Pérez Rivera (2017), al evaluar el patrón cognitivo, se debe **indagar también sobre las consecuencias temidas**. Se pueden analizar desde **diferentes niveles**. Por un lado, indagar acerca de la interpretación que la persona hace sobre la **mera existencia de una intrusión mental**. En ocasiones, los pacientes sienten miedo de tener obsesiones.

Por otro lado, **al indagar el para qué** el paciente realiza la estrategia de neutralización (compulsión), **nos especificarán los resultados terribles** o trágicos que, con diferente grado de convicción, **predicen que van a ocurrir**.

Las consecuencias temidas pueden ser **específicas** (ej. “se incendiará la casa”) o **inespecíficas** (ej. “algo malo sucederá”). A **corto plazo** (ej. “perderé el control y saltaré del balcón”) o a **largo plazo** (ej. “Dios se enojará y me irá al infierno”).

En ocasiones los pacientes refieren **no temer una consecuencia determinada**, si no que llevan a cabo la compulsión por **no poder tolerar el malestar que les genera**. Por eso es importante evaluar también las creencias que el paciente tiene **sobre las emociones** que sus síntomas le generan y sus posibles consecuencias. (ej. “Si no logro bajar mi ansiedad, me volveré loco”).

4.4. Sesgos cognitivos típicos en el TOC

Dentro del patrón cognitivo, se evalúan **errores o sesgos cognitivos** que caracterizan el procesamiento mental del paciente. Los sesgos cognitivos son ciertas **predisposiciones mentales** que tienen las personas en el modo de ver y entender el mundo que los rodea. Actúan como **filtros, condicionando los pensamientos y, en consecuencia, el accionar**. Todas las personas los tienen.

Desde el modelo cognitivo conductual la interpretación sesgada que la persona tiene de los pensamientos intrusivos lleva al ciclo vicioso de obsesionarse. En personas con TOC, hay **algunos sesgos que se dan con mayor frecuencia** (OCDWG, 1997. Pérez Rivera, 2017):

4.4.1. Importancia excesiva del pensamiento

Crear que la mera presencia de un pensamiento indica que es algo importante, o que significa algo importante para uno mismo. La creencia de que el contenido del pensamiento revela la **“auténtica naturaleza”** de uno mismo.

La **Fusión Pensamiento-Acción**, refiere a la idea de que los pensamientos señalan acciones (OCDWG, 1997).



Puede ser de **tipo moral**: Creer que los pensamientos son moralmente equivalentes a las acciones. **Pensar en algo es tan malo como hacerlo**. (por ej. "pensar en golpear a alguien es tan inmoral y condenable como hacerlo").

O de **probabilidad**: Creer que pensar en algo **incrementa la probabilidad** de su ocurrencia real. "Si pienso en que me va a ocurrir un accidente, es más probable que me ocurra".

Este tipo de distorsión cognitiva es frecuente en personas con obsesiones supersticiosas, sexuales, religiosas y de agresión (Pérez Rivera, 2017).

4.4.2. Control de los pensamientos

creencia acerca de la importancia sobrevalorada de **ejercer un control completo** sobre pensamientos, imágenes e impulsos intrusos, y la creencia de que **dicho control es posible y deseable**. Esfuerzos para controlarlos o suprimirlos. Esto suele dar lugar a un **efecto rebote**, por lo cual, tratar de suprimir o bloquear los pensamientos, en realidad hace que se repitan con mayor frecuencia.

Incluye también la creencia de que el **fracaso en controlar** los propios pensamientos puede tener consecuencias muy negativas.

4.4.3. Sobrestimación del peligro

Exagerar la posibilidad de que sucedan daños o de su gravedad. Expectativas generalizadas sobre la peligrosidad de las situaciones u objetos de la vida cotidiana.

Los pacientes con TOC a menudo **sobrestiman la probabilidad de peligro, de cometer errores, y de resultados adversos** (Pérez Rivera, 2017). En contraste con la mayoría de las personas que presumen estar seguros a menos que haya claras pruebas de peligro, los pacientes con TOC parecen asumir la inversa, **una situación es peligrosa a menos que la seguridad pueda ser absolutamente comprobada**.

Es muy frecuente la **confusión entre posibilidad y probabilidad**, de forma que cualquier cosa que sea posible, por muy remota que sea, la persona lo considera erróneamente altamente probable.

4.4.4. Necesidad de certeza

Creencias sobre la necesidad de certeza absoluta. Creencias de que uno tiene **poca capacidad para afrontar los cambios no predecibles**. Creencias sobre la dificultad de desenvolverse de manera adecuada en situación ambiguas.

Los pacientes con TOC tienen **dificultad para tolerar situaciones ambiguas** e inciertas y tienden a **dudar de la idoneidad de sus decisiones** y acciones. Algunas investigaciones (Abramowitz, 2009) consideran la **intolerancia a la incertidumbre** como el **sesgo cognitivo más destacado** en el TOC.

4.4.5. Responsabilidad Excesiva

Se refiere a la creencia de que uno tiene el **poder fundamental para causar o prevenir determinados resultados no deseados**. La persona cree que es fundamental evitar o impedir que ocurran estos sucesos. Pueden considerarse exclusivamente responsables por los resultados temidos, excluyendo a los demás involucrados. Coherentemente con esta excesiva responsabilidad, se producen **sentimientos de culpa y compulsiones para aliviarla**.

4.4.6. Perfeccionismo

Las actitudes perfeccionistas presumen que es **posible y deseable encontrar una solución exacta** para cada problema.

La gente puede creer que incluso los pequeños errores tendrán consecuencias graves. Las creencias de perfeccionismo **se extienden a los pensamientos en sí mismos** [ej. “Mis pensamientos deben ser perfectos, debo pensar lo más exacta y adecuadamente posible para evitar cualquier error que tendría consecuencias desastrosas”].

4.4.7. Consecuencias del malestar

Creencias irracionales acerca de ser **incapaces de tolerar** el malestar emocional. Esto puede jugar un papel importante en el desarrollo y mantenimiento del TOC. Variantes extremas de estas creencias son el temor de que la persona va a **perder el control** y puede **volverse loco**. Otra variante incluye el temor de que ansiedad-asco-distrés-vergüenza o culpa marcada, harán que la persona **no pueda ser funcional**.

4.4.8. Miedo a las experiencias positivas

A medida que los pacientes progresan en el tratamiento, la mayoría expresa su preocupación por **no ser merecedores** o no ser **capaces de sostener** las mejoras o experiencias positivas que comienzan a experimentar. Aunque a veces estas creencias son meramente **supersticiosas**, otras veces, se convierten en dudas de carácter moral, creen no ser dignos de simplemente disfrutar de la vida.

Poder identificar y registrar en conjunto con el paciente los sesgos cognitivos es un **paso indispensable en la evaluación cognitiva conductual del caso**. Se incluirá la **flexibilización** de estos sesgos entre las estrategias del tratamiento.

MÓDULO V

Evaluación cognitiva conductual:
Patrón Conductual

Continuando con la evaluación cognitiva conductual, se deberá caracterizar el Patrón Conductual del TOC. Se delimitarán las estrategias de neutralización propias de cada paciente, y se identificará su función como factor de mantenimiento del trastorno.

5.1. Características de las compulsiones

El paciente con TOC intenta **suprimir o neutralizar** el contenido de las obsesiones mediante **pensamientos o acciones específicas**. Estas respuestas conforman **patrones conductuales rígidos y repetitivos** que pueden ser llamados **estrategias de neutralización** (Pérez Rivera, 2017). Estas conductas se realizan siguiendo reglas específicas creadas por el propio paciente.

Todo aquello que la persona haga (física o mentalmente) **como respuesta a una obsesión**, y con la **finalidad de disminuir el malestar** que ésta genera y/o neutralizar la amenaza, **es -en su función- una estrategia de neutralización**.

Una característica de las estrategias de neutralización es que o bien **no están conectados de forma realista** con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, o bien resultan **claramente excesivos** (Pérez Rivera, 2017). En este sentido, podemos pensar a las estrategias de neutralización en función de si las mismas implican conductas:

No funcionales: la conducta **no está relacionada de forma racional o realista** con la amenaza que intenta neutralizar, por ejemplo: frente al temor obsesivo de que suceda algo malo a un familiar, la compulsión es tocar tres veces la pared.

Disfuncionales: se basan en conductas funcionales y relacionadas de forma realista con el temor obsesivo, pero **son realizadas de forma excesiva**. Por ejemplo, frente al temor de contaminación, lavarse las manos durante 10 minutos.

Las estrategias de neutralización **implican tanto conductas abiertas** (por ejemplo: lavarse las manos, repetir una acción, ordenar) **o encubiertas** (por ejemplo: actos mentales como contar, rezar, cambiar una imagen mental por otra). Son **repetitivos** y la persona **se siente obligada** a realizar **en respuesta a una obsesión**, o de acuerdo con **reglas rígidas**.

Muchas veces los términos compulsión y ritual se utilizan de forma indistinta en la bibliografía. Siguiendo a Pérez Rivera (2017) se puede diferenciar a estos conceptos entendiendo a los **rituales como la forma de la conducta**, es decir, el patrón rígido y secuencia de pasos o etapas con un principio y final bien establecidos. Y la **compulsión como la necesidad imperiosa** de la conducta de ser realizada.



5.2. Tipos de estrategias de neutralización

5.2.1. Compulsión Motora

Involucran un **movimiento muscular**. Como lavarse las manos, verificar, volver a leer o escribir, ordenar, acumular, y la repetición de actividades físicas rutinarias como sentarse y pararse de una silla, o abrir y cerrar la puerta.

5.2.2. Compulsión Mental

La persona se siente obligada a realizar determinada **actividad mental**. Como por ejemplo contar, repetir mentalmente palabras o frases, dibujar imágenes mentales, chequeo mental de objetos, juegos ritualísticos, etc.

5.2.3. Búsqueda de Reaseguro

Implica conductas tendientes a disminuir el malestar o incertidumbre, **consultando a diversas fuentes** de información o a otras personas, con frecuencia de manera reiterada.

5.2.4. Evitación

Puede ser **mental o física**. Se evitan situaciones, lugares, personas, palabras, números, colores, etc. cualquier estímulo que pueda llegar a gatillar el miedo obsesivo.

5.2.5. Compulsión encubierta

Pueden ser **motoras o mentales**, se realizan de forma tal que el entorno **no pueda darse cuenta** de que la persona las está realizando. Cabe resaltar que, aunque puedan demandar poco tiempo o esfuerzo, siguen cumpliendo la misma función.

Es necesario considerar que, en muchas ocasiones, las compulsiones mentales **pueden confundirse con estrategias de afrontamiento** como la detención del pensamiento o reformulaciones cognitivas [Rachman, 2003]. No es el contenido de estas estrategias lo que define su rol dentro del trastorno, sino su función [Pérez Rivera, 2017].



5.3. Estrategias de neutralización como factor de mantenimiento del TOC

El punto central de la fenomenología cognitiva conductual del TOC gira en torno a la interrelación entre pensamiento, emoción y conducta (Pérez Rivera, 2017). Las distorsiones cognitivas típicas del TOC llevan a interpretaciones sesgadas de las intrusiones mentales, generando un intenso malestar, que derivará en la necesidad imperiosa de llevar a cabo una conducta neutralizadora.

El componente afectivo del TOC es aliviado mediante las estrategias de neutralización (Abramowitz, 2009). Pero este alivio es a **corto plazo**. En el largo plazo, las estrategias de neutralización empiezan a **deteriorar la calidad de vida** de la persona. Su **realización le otorga veracidad** a la obsesión, al no permitirle analizar o poner a prueba su contenido, generando la posibilidad de una nueva intrusión de la idea obsesiva. Del mismo modo, las estrategias de neutralización **impiden** que la persona experimente la **disminución natural de la emoción**, por efecto de la **habitación** (tendencia natural del sistema nervioso a tornarse insensible ante repetidos y prolongados contactos con un estímulo [Groves, 1970]).

Las compulsiones, al igual que el control del pensamiento, hacen que la **atención se focalice** en todo aquello relacionado con el **contenido de la idea obsesiva**, y que estas vuelvan con mayor frecuencia. La realización de cualquier estrategia de neutralización lleva a un **círculo vicioso entre los patrones cognitivos y conductuales en el TOC** (Pérez Rivera, 2017).

Con el tiempo, los patrones de conducta característicos del TOC se vuelven progresivamente **más demandantes, elaborados y complejos** en el intento de alcanzar el bienestar o la sensación de seguridad que inicialmente proporcionaban. Estas conductas, sin embargo, generan un impacto cada vez mayor, llegando a **interferir significativamente en áreas fundamentales** como el trabajo, los estudios, la vida social y el tiempo de ocio. Aunque algunos pacientes logran posponer temporalmente la realización de los rituales, rara vez consiguen abandonarlos por completo (Pérez Rivera, 2017).

En resumen, las características del patrón conductual del TOC, según Pérez Rivera (2017), incluyen:

- 1. Actos intencionales, repetitivos y excesivos:** Las conductas, aunque puedan parecer automáticas, son realizadas de forma consciente y deliberada, pero su frecuencia resulta desproporcionada.
- 2. Carácter obligatorio:** Estas acciones se experimentan como absolutamente necesarias, generando una fuerte sensación de obligación para realizarlas.
- 3. Falta de control:** Resultan extremadamente difíciles de evitar, interfiriendo significativamente con la capacidad de realizar actividades funcionales y adaptativas.
- 4. Función tranquilizadora:** Cumplen una función de reducción momentánea del malestar, proporcionando una sensación pasajera de bienestar o tranquilidad.

MÓDULO VI

Insight y automonitoreo

6.1. Insight

El término "**insight**" hace referencia a la capacidad del paciente para **reconocer** que sus obsesiones y compulsiones son **irracionales o excesivas**. Este insight puede **variar significativamente** de manera inter e intra-individual.

La heterogeneidad del Trastorno Obsesivo Compulsivo se manifiesta en diversos aspectos, entre los cuales destaca la **variabilidad del insight**. Este fenómeno puede observarse en **tres dimensiones**: primero, la variabilidad **entre individuos**, ya que cada persona con TOC puede presentar diferentes niveles de conciencia sobre la irracionalidad de sus pensamientos y comportamientos; segundo, la **variabilidad intraindividual**, que puede cambiar en función de la fase o evolución del trastorno, es decir, un paciente puede tener más insight en un momento determinado de su tratamiento y menos en otro; y tercero, el insight puede variar según el **subtipo** o dimensión del TOC evaluada.

Aproximadamente un **4% de las personas diagnosticadas con TOC están extremadamente convencidas** de que sus miedos obsesivos son realistas (Foa & Kozak, 1995).

A lo largo de las **diferentes clasificaciones nosológicas** del TOC, se le ha dado al grado de **insight un lugar diferente**. En el DSM IV, se requería que los individuos reconocieran que sus obsesiones o compulsiones eran irracionales. Este requisito fue eliminado en el DSM 5, lo que refleja la variabilidad en el nivel de insight.

De acuerdo con Pérez Rivera (2017), es posible conceptualizar un **espectro cognitivo en relación con el insight**. En un extremo, se encuentran las **ideas obsesivas** asociadas con un **insight adecuado**. En un punto intermedio, el **bajo insight** se manifiesta en **ideas sobrevaloradas**, mientras que, en el extremo opuesto, la **ausencia de insight** se caracteriza por **ideas de naturaleza delirante**.

Espectro Cognitivo del TOC (Pérez Rivera, 2017)



Las **ideas sobrevaloradas** son un indicador de **mal pronóstico**, lo que subraya la importancia de evaluarlas adecuadamente utilizando **escalas específicas** que permitan identificar su presencia y severidad (Neziroglu, 1999). Esta evaluación es crucial para **adaptar las estrategias terapéuticas** y mejorar los resultados clínicos.

6.2. Evaluación del *Insight*

Algunas escalas que se utilizan para evaluar el insight son la **Escala de Valoración de las Ideas de Brown (BABS)** (Eisen, 1998) y la **Escala de Ideas Sobrevaloradas (OVIS)** (Neziroglu, 1999). Asimismo, la **Escala Obsesiva Compulsiva de Yale Brown (Y-BOCS)** en su versión cuantitativa (Goodman, 1989) cuenta con un ítem para evaluar el grado de insight. Para población infantojuvenil existen versiones de las anteriores como la **Children's Assessment of Beliefs Scale (CABS)** (Storch, 2014); y la Children's Yale Brown Obsessive Compulsive Scale [CY-BOCS] (Scahill, 1997).

Además de las escalas, el grado de insight puede evaluarse mediante la **entrevista clínica**, a partir de la cual el profesional puede consultar al paciente sobre sus **creencias respecto a la racionalidad** de su comportamiento compulsivo, o cuán efectivas cree que son sus compulsiones a la hora de evitar las consecuencias temidas. Personas con bajos niveles de insight pueden llegar a considerar adecuados sus comportamientos y que las otras personas deberían actuar como ellos (Hamblin, 2017).

6.3 Escalas en la evaluación del Trastorno Obsesivo Compulsivo

Además de las entrevistas clínicas, existen **escalas diagnósticas** que permiten determinar si los síntomas del paciente **cumplen los criterios específicos** de algún trastorno mental, tales como “**Entrevista Clínica Estructurada para DSM-5**” (“Structured Clinical Interview for DSM-5” [SCID-5-CV]) (First, 2016) en su versión para pacientes. En el caso de niños y adolescentes, se recomienda la aplicación del “**Cuestionario de Trastornos de Ansiedad**” (“**Anxiety Disorders Interview Schedule**” [ADIS-5-L]) (Brown, 2014) para padres y docentes.

Una vez que la presencia de TOC fue evaluada, se utilizan **escalas específicas para este trastorno**. La escala más utilizada tanto en la clínica como en la investigación es la **Escala Obsesiva Compulsiva de Yale Brown (Y-BOCS)** (Goodman, 1989) en sus **versiones cualitativa y cuantitativa** permite conocer la sintomatología obsesiva compulsiva del paciente, y severidad del cuadro al evaluar tiempo consumido, interferencia, distrés, resistencia y control de los síntomas. Existe, como se mencionó anteriormente, la **versión adaptada para niños y adolescentes (CY-BOCS)** (Scahill, 1997) y la **versión dimensional (DY-BOCS)** (Rosario-Campos, 2006).

Otra escala que resulta de gran utilidad es la que evalúa la frecuencia y el impacto de la **acomodación familiar** en los síntomas del TOC. **La Escala de Acomodación Familiar (Family Accommodation Scale for OCD)** (Calvocoressi, 1999). Contiene preguntas relacionadas con acciones específicas realizadas por familiares para adaptarse a los síntomas y las emociones relacionadas con estas acciones. **La FAS-Self Report (FAS-SR)** es una versión de **autoinforme** diseñada para que los propios familiares respondan. Permite evaluar la acomodación desde la perspectiva de los familiares y facilita su aplicación en entornos clínicos y de investigación.

6.3.1. Escala Obsesiva Compulsiva de Yale Brown

Como se mencionó anteriormente, la escala Obsesiva Compulsiva de Yale Brown [Goodman, 1989] permite una evaluación exhaustiva de las obsesiones y compulsiones del paciente a través de una serie de ítems que valoran tanto la frecuencia como la severidad de estos síntomas.

Específicamente, el listado de síntomas permite conocer **40 tipos de obsesiones, 15 conductas compulsivas, 5 compulsiones mentales y 9 compulsiones misceláneas**. De igual forma, algunos síntomas de condiciones del espectro son detalladas como: conductas disfuncionales alimenticias, conductas de autoinjuria, tricotilomanía, hipochondría, dismorfia. En cuanto a la severidad del TOC, esta escala posee 10 ítems que evalúan: **tiempo consumido, interferencia, distress, resistencia y control de los síntomas obsesivos-compulsivos**. Existen varios **ítems adicionales** que permiten una evaluación más completa y detallada de los aspectos del TOC.

Ítems principales (10 ítems):

- 1. Frecuencia de obsesiones:** Evalúa la frecuencia con la que el paciente experimenta pensamientos, impulsos o imágenes obsesivas.
- 2. Interferencia de las obsesiones:** Mide la interferencia que las obsesiones tienen en las actividades diarias del paciente.
- 3. Ansiedad o angustia generada por las obsesiones:** Evalúa el nivel de malestar o ansiedad generado por las obsesiones.
- 4. Intentos de suprimir las obsesiones:** Mide el esfuerzo que el paciente realiza para controlar o suprimir las obsesiones.
- 5. Respuestas compulsivas a las obsesiones:** Evalúa la frecuencia con la que el paciente realiza compulsiones en respuesta a las obsesiones.
- 6. Frecuencia de compulsiones:** Mide la frecuencia con la que el paciente lleva a cabo compulsiones o rituales para reducir la ansiedad asociada a las obsesiones.
- 7. Interferencia de las compulsiones:** Evalúa el grado de interferencia que las compulsiones tienen en la vida diaria del paciente.
- 8. Ansiedad o malestar por no realizar las compulsiones:** Mide el nivel de angustia experimentado por el paciente cuando no realiza sus compulsiones.
- 9. Grado de control sobre las compulsiones:** Evalúa el grado en que el paciente puede inhibir o controlar sus compulsiones.
- 10. Impacto de las compulsiones en la vida diaria:** Mide cómo las compulsiones afectan la capacidad del paciente para realizar actividades cotidianas.

Cada ítem es puntuado en una **escala de 0 a 4**, con 0 indicando la ausencia de síntomas y 4 la mayor severidad posible. Los puntajes se suman para obtener una puntuación total que varía entre 0 y 40.

0 – 7: sub-clínico 8 – 15: leve 16 – 23: moderado 24 – 31: severo 32 – 40: extremo.

Los ítems adicionales de la Y-BOCS incluyen:

- 11. Insight** (Conciencia de los síntomas): Evalúa el nivel de conciencia del paciente sobre la irracionalidad de sus obsesiones y compulsiones. Se clasifica desde la ausencia total de conciencia (0) hasta un reconocimiento parcial o total de su irracionalidad (3-4).
- 12. Evitación de situaciones:** Mide si el paciente evita lugares, personas o situaciones para prevenir la aparición de obsesiones o compulsiones, evaluando la frecuencia e intensidad de dicha evitación.
- 13. Grado de interferencia en la funcionalidad global:** Evalúa cómo los síntomas afectan las actividades diarias generales del paciente, incluyendo su vida laboral, académica, familiar y social.
- 14. Conductas de control mental:** Examina el uso de compulsiones mentales, como contar o rezar, que el paciente emplea para prevenir la materialización de sus obsesiones o reducir la ansiedad.
- 15. Conductas compulsivas no relacionadas con el contexto obsesivo:** Evalúa compulsiones que no están directamente relacionadas con las obsesiones, como el orden excesivo o verificaciones de seguridad.
- 16. Compulsiones asociadas a la sumisión a reglas o normas personales:** Mide la adherencia estricta a reglas desarrolladas por el paciente, como rituales fijos o patrones específicos.
- 17. Comportamientos de control sobre el ambiente o sobre los demás:** Evalúa compulsiones relacionadas con el control del entorno o de otras personas, como evitar que otros toquen sus pertenencias o prevenir que los demás cometan errores.
- 18. Frecuencia de los rituales de comprobación o revisión:** Mide la necesidad de realizar rituales de comprobación, como revisar puertas o electrodomésticos, o verificar la seguridad en otros aspectos de la vida cotidiana.



6.3.2. Escala Dimensional para TOC de Yale Brown

La Escala Dimensional para TOC de Yale Brown (DY-BOCS) evalúa la **presencia y gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos** (SOC) en **seis dimensiones** (Rosario-Campos, 2006). Consta de un listado de Síntomas Obsesivos Compulsivos y escalas semiestructuradas para evaluar la presencia y severidad de cada dimensión. El listado incluye **88 ítems** diseñados para describir detalladamente las obsesiones y compulsiones, que se agrupan en **seis dimensiones**: [1] obsesiones relacionadas con daño por lesiones, violencia, agresión o desastres naturales, y compulsiones asociadas; [2] obsesiones de contenido sexual, moral, religioso o lógico, y sus compulsiones; [3] obsesiones sobre simetría o percepciones de "just right", y compulsiones de contar u ordenar; [4] obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza; [5] obsesiones y compulsiones relacionadas con la acumulación; y [6] obsesiones y compulsiones misceláneas relacionadas con preocupaciones somáticas, supersticiones y otros síntomas. Al dividir los SOC en estas dimensiones, la DY-BOCS **permite identificar síntomas que suelen aparecer en más de una dimensión**, como comprobaciones, rituales mentales, conductas repetitivas y evitativas.

La segunda parte de la DY-BOCS incluye **escalas de severidad para cada dimensión** y una **estimación global de la gravedad** de los SOC. Estas escalas consisten en tres medidas ordinales de seis puntos que evalúan la frecuencia de los síntomas (de 0 a 5), el **nivel de angustia** que generan (de 0 a 5) y el **grado en que interfieren** con el funcionamiento del paciente (de 0 a 5). Adicionalmente, se pregunta a los pacientes sobre el impacto que los SOC tienen en sus actividades generales y autoestima, calificándolo de "ninguno" (0) a "severo" (15 puntos). El **puntaje global total** de la DY-BOCS se calcula **sumando las puntuaciones de severidad total** (frecuencia, angustia e interferencia, de 0 a 15) y **la puntuación de impacto** (de 0 a 15), con un **máximo de 30 puntos** (Rosario-Campos et al., 2006).

6.4. Automonitoreo y Registros

Existen diversos modos de evaluar, en conjunto con el paciente, su sintomatología obsesiva compulsiva.

6.4.1. Análisis funcional

El **análisis funcional** permite, además de recabar información precisa sobre las particularidades del caso, lograr en el paciente una mayor comprensión de la lógica del trastorno y del modelo cognitivo conductual. Está **basada en el modelo A-B-C** (antecedentes, conductas y consecuencias). Se implementa durante todo el tratamiento.

Mediante la autoevaluación funcional se le solicita al paciente que registre: **Situación desencadenante; Obsesión; Compulsión y Grado de malestar** (en una escala de 0-100, siendo 100 el máximo nivel de malestar) que le generaría el no poder realizar la compulsión (Pérez Rivera, 2017).

De esta manera, además de **evidenciar la relación funcional entre los tres patrones** (cognitivo, conductual, y afectivo), se **recaba información útil** para la aplicación más adelante en el tratamiento de la técnica de Exposición y Prevención de la Respuesta.

6.4.2. Análisis Topográfico

Para hacer un **análisis minucioso de las conductas compulsivas**, desde el cual se logra tener un número objetivo para luego modificarlo, se realiza un **análisis topográfico**, en el que se describe: **Intensidad** [Cuán intenso es el malestar]; **Frecuencia** [Cuántas veces realiza el ritual]; **Duración** [Cuántos minutos dura la compulsión]; **Tiempo de latencia en urgencia de compulsionar** [Cuanto tiempo pasa entre la idea obsesiva y el inicio del ritual].

Ejemplo de Autoevaluación Funcional:

SITUACIÓN DESENCADENANTE	OBSESIÓN	COMPULSIÓN	GRADO DE MALESTAR (0-100)
Qué tipo de situaciones/estímulos le generan malestar obsesivo? ¿Qué estímulos intenta evitar?	¿Qué imágenes, pensamientos, dudas o sensaciones desagradables tiene que le provocan malestar? ¿Cuál es la consecuencia que teme que ocurra si no realiza la compulsión?	¿Qué conductas (mental o física) se siente obligado a hacer para reducir el malestar, o para evitar alguna consecuencia?	¿Qué nivel de malestar le generaría no poder realizar la compulsión?
Mi hermano se sentó en mi cama.	Con la misma ropa que salió a la calle se sentó sobre mi cama, ahora sábanas y subrecama están contaminados.	Quitar las sábanas y cubracama y lavarlos.	90

MÓDULO VII

Subtipos de TOC y factores que influyen
en su presentación

7.1. Motivadores de la conducta compulsiva

Las principales conceptualizaciones cognitivas del TOC ubican a la **evitación del daño como principal motivador** de los síntomas obsesivos compulsivos (Belloch, 2016). Sin embargo, **varias personas** que padecen TOC **refieren no identificar** posibles amenazas en relación con sus síntomas obsesivos compulsivos (SOC), sino que se involucran en compulsiones para controlar y reducir **sentimientos internos y difusos de incompletitud (INC)** (Summerfeldt, 2004) o **experiencias de que las cosas no están bien (NJRE)**, hasta que alcanzan un estado o sentimiento de perfección (Belloch, 2016).

Algunos estudios sugieren una correlación entre las sensaciones de incompletitud (INC) y las experiencias de que las cosas no están suficientemente bien (NJRE), con **subtipos determinados de TOC, sobre todo los subtipos de simetría y orden** (Coles, 2016).

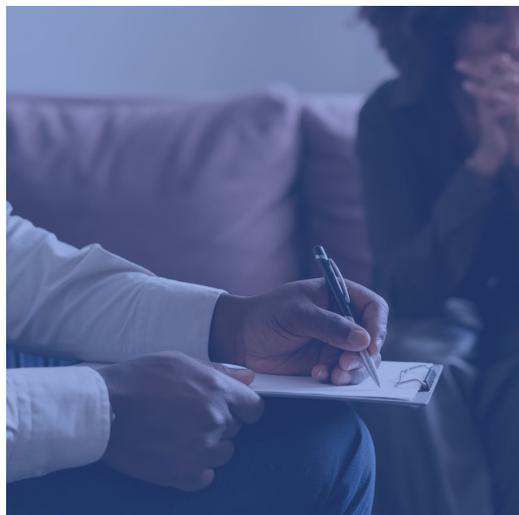
Estos resultados se encuentran en concordancia con estudios anteriores, como los publicados por Summerfeldt (2004), según los cuales, la sensación de **incompletitud** se asocia más comúnmente, pero no exclusivamente, a algunos síntomas del TOC, como la **simetría, contar, repetir, o la lentitud**. Además, se asocia con una **edad de inicio temprana** de los síntomas del TOC, particularmente en forma de un pródromo subclínico; **rasgos obsesivos de la personalidad**, sobre todo **perfeccionismo e indecisión**; y un perfil de comorbilidad más complicado, incluyendo algunas condiciones del espectro como **Tics y Trastorno de Excoriación**. (Summerfeldt, 2004).

En un estudio publicado por Ecker y cols. (2008) se evalúa la presencia de INC y NJRE como motivadores de síntomas obsesivos compulsivos, en los diferentes subtipos de TOC. Los resultados sugieren que **las sensaciones de incompletitud y las NJRE registran, al menos, el mismo nivel de implicancia como motivadores de SOC que la evitación del daño**. También plantean la posibilidad de que tanto la evitación del daño, como las NJRE se presenten de **forma combinada**. La evitación del daño como motivador principal al inicio de la compulsión, para que luego las NJRE tomen el mando.

7.2. Subtipos de TOC

El TOC es un trastorno **altamente heterogéneo en su fenomenología**. La diversidad de sus presentaciones clínicas desafía a los profesionales en su evaluación y diagnóstico.

A lo largo del tiempo se ha intentado **clasificar la diversidad de presentaciones** del TOC en **subtipos más homogéneos** (Pittenger, 2017). Aunque las implicancias que este tipo de clasificaciones categoriales puede tener en la clínica es limitada debido a que difícilmente se presente un paciente con un subtipo “puro” (Mataix-Cols, 2002).



Un ejemplo de clasificación de acuerdo con el tema o dimensión predominante (Calamari, 1999; Steketee, 1999):

- **Contaminación:** Incluye obsesiones sobre el miedo a contagiarse o dañar a otros por contacto con sustancias que se consideran peligrosas, como gérmenes, sangre o productos de limpieza. Las compulsiones comunes son lavarse, desinfectarse y limpiar; se evita el contacto con objetos contaminados y se toman medidas de protección como usar guantes o abrir puertas con los codos.
- **Daño accidental:** Preocupación por causar accidentes o daños indirectos, como olvidar cerrar la llave del gas o dañar a alguien al conducir. Las compulsiones incluyen revisar repetidamente las cerraduras, puertas o electrodomésticos, y buscar señales de que no ha ocurrido un daño.
- **Violencia física:** Obsesiones sobre dañar a otros o a uno mismo, como ideas de atacar a alguien. Las compulsiones buscan tranquilización, como repetir pensamientos positivos o evitar situaciones que involucren objetos potencialmente peligrosos.
- **Conducta socialmente inaceptable:** Obsesiones relacionadas con el temor a decir obscenidades o comportarse inapropiadamente. Las compulsiones incluyen controlar el propio comportamiento o buscar la aprobación de otros para confirmar que no ha actuado de manera inapropiada.
- **Sexo:** Inquietudes sobre orientación sexual o conductas sexuales no deseadas. Las compulsiones incluyen suprimir estos pensamientos o realizar rituales mentales.
- **Religión:** Pensamientos blasfemos o temor a ser castigado. Las compulsiones pueden incluir rezar o evitar lugares religiosos.
- **Acumulación:** Dificultad para deshacerse de objetos sin valor, lo que lleva a acumular objetos. Esta conducta puede presentarse también como un trastorno independiente.
- **Orden, simetría y exactitud:** Necesidad de que todo esté en un orden perfecto, con compulsiones como ordenar objetos simétricamente o repetir tareas hasta que “se sientan bien”.
- **Muerte:** Pensamientos intrusivos sobre seres queridos muertos, lo que genera evitación de temas o lugares relacionados con la muerte.
- **Tema somático:** se caracteriza por obsesiones relacionadas con funciones corporales involuntarias o sensaciones físicas, como la respiración, la deglución, el parpadeo o la postura. La persona se vuelve hiperatenta a estos procesos y teme perder el control sobre ellos, lo que genera una intensa ansiedad y malestar. Preocupación excesiva por enfermedades específicas. Las compulsiones incluyen buscar confirmación médica o evitar salir de casa.
- **Sin sentido:** Pensamientos o melodías repetitivas que interrumpen la concentración. Las compulsiones buscan minimizar la distracción.
- **Otros temas diversos:** Incluyen la necesidad de recordar datos irrelevantes o contar cosas repetidamente.

7.3. Perfil de comorbilidad de acuerdo con el subtipo

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo muestra una alta comorbilidad con diversos trastornos psiquiátricos, dependiendo de las dimensiones sintomáticas predominantes. Según el estudio de Torres [2016], realizado con una muestra de 1001 pacientes, esta relación aporta información crucial para entender las implicancias etiológicas y clínicas del TOC.

En cuanto a los subtipos de TOC y las comorbilidades asociadas, la dimensión de **agresión/daño** está relacionada con trastornos como el **Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)**, el **Trastorno de Ansiedad por Separación** y trastornos del control de impulsos, como la **tricotilomanía** y el "**skin-picking**" (**Excoriación**).

En la dimensión **sexual/religiosa**, se observan comorbilidades con **trastornos del estado de ánimo**, como la **depresión mayor**, la **distimia** y el trastorno **bipolar I**, así como **trastornos de ansiedad**, como **pánico**, **fobia social** y **ansiedad por separación**. También se asocia con el **trastorno dismórfico corporal** y otros **trastornos somatomorfos**, además de **trastornos de tics**.

Las **obsesiones sexuales o religiosas** suelen estar acompañadas de **sentimientos de culpa y síntomas depresivos secundarios**, y se ha encontrado una mayor prevalencia de trastornos bipolares en esta dimensión.

La dimensión de **contaminación/limpieza** se asocia con la **hipocondría** y presenta una particularidad: se encontró una **asociación negativa con el síndrome de Tourette**, lo que destaca diferencias neurobiológicas significativas.

En la dimensión de **acumulación**, se observan trastornos relacionados con la **depresión mayor** y la **distimia**, **fobias específicas**, **TEPT**, trastornos del control de impulsos como las **compras compulsivas** y el "**skin-picking**", el **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)** y **trastornos de tics**. La acumulación patológica se vincula con características impulsivas y afectivas, lo que la hace más difícil de tratar sin abordar comorbilidades subyacentes.

Finalmente, la dimensión de **simetría/orden**, en el estudio de Torres [2016] no presentó asociaciones significativas con otros diagnósticos. En otros estudios, se ha relacionado a la dimensión de orden y simetría con el **perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre** [Brakoulias, 2014]. A su vez, se lo asoció con menor funcionamiento global, mayor severidad del TOC, y un inicio más temprano de la enfermedad [Matsunaga, 2010].

Este estudio subraya la importancia de identificar las dimensiones predominantes del TOC para **personalizar los enfoques terapéuticos y abordar comorbilidades específicas**. Las dimensiones como agresión/daño o acumulación requieren estrategias que contemplen la presencia de TEPT, TDAH o trastornos del control de impulsos, mientras que las obsesiones sexuales/religiosas demandan un enfoque integrado para tratar la culpa y los síntomas depresivos asociados [Torres, 2016].

Referencias bibliográficas

- Abramowitz JS, Brigidi BD, Foa EB. Health concerns in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 1999 Sep-Oct; 13(5): 529-39.
- Abramowitz JS, Foa EB, Franklin ME. Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. *J Consult Clin Psych.* 2003; 71: 394-8.
- Abramowitz, Jonathan & Wheaton, Michael & Storch, Eric. [2008]. The status of hoarding as a symptom of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy.* 46. 1026-33. 10.1016/j.brat.2008.05.006.
- Abramowitz JS. *Getting Over OCD, a 10 step workbook for taking back your life.* Editor: The Guilford Press. 2009.
- Abramowitz, J. S. & Jacoby, R. J. [2014]. Obsessive-compulsive disorder in the DSM-5. *Clinical Psychology: Science and Practice,* 21, 221-235.
- Abramowitz, J. S., McKay, D., & Storch, E. A. [2021]. *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders.* Wiley-Blackwell.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, [DSM-5].* Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013. American Psychiatric Association. [2022]. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [5th ed., text rev.].* <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Belloch, A., Fornés, G., Carrasco, A., López-Solá, C., Alonso, P., & Menchón, J. [2016]. Incompleteness and Not Just Right Experiences in the explanation of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Research,* 236, 1-8.
- Benatti B, Dell'Osso B, Shen H, Filippou-Frye M, Varias A, Sanchez C, Jo B, Hollander E, Fineberg NA, Stein DJ, Nicolini H, Lanzagorta N, Marazziti D, Pallanti S, Van Ameringen M, Lochner C, Karamustafalioglu O, Hranov L, Figeo M, Drummond L, Grant JE, Densys D, Fontenelle LF, Menchon JM, Zohar J, Pellegrini L, Rodriguez CI. Prevalence and correlates of current suicide risk in an international sample of OCD adults: A report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) network and Obsessive Compulsive and Related Disorders Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. *J Psychiatr Res.* 2021 Aug;140:357-363. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.05.054. Epub 2021 May 27. PMID: 34139458; PMCID: PMC10168716.
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Hannan, A., & Martin, A. [2014]. The relationships between obsessive-compulsive symptom dimensions and cognitions in obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric Quarterly,* 85(2), 133-142.
- Brakoulias V, Starcevic V, Belloch A, Brown C, Ferrao YA, Fontenelle LF, Lochner C, Marazziti D, Matsunaga H, Miguel EC, Reddy YCJ, do Rosario MC, Shavitt RG, Shyam Sundar A, Stein DJ, Torres AR, Viswasam K. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder [OCD]: An international collaboration. *Compr Psychiatry.* 2017 Jul;76:79-86. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.04.002. Epub 2017 Apr 12. PMID: 28433854.
- Coles ME, Ravid A. Clinical presentation of not-just right experiences (NJREs) in individuals with OCD: Characteristics and response to treatment. *Behav Res Ther.* 2016 Dec;87:182-187. doi: 10.1016/j.brat.2016.09.013. Epub 2016 Sep 29. PMID: 27716490.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. [2008]. *Mastery of Your Anxiety and Panic: Workbook.* Oxford University Press.

- Denys, D., Tenney, N., van Megen, H. J., De geus, F., & Westenberg, H.G. (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 80(2-3), 155-162.
- Ecker, W., & Gonner, S. (2008). Incompleteness and harm avoidance in OCD symptom dimensions. *Behaviour Research and Therapy*, 46(8), 895e904.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152,90–96.
- Fontenelle, L. F., & Mendlowicz, M. V. (2018). Pregnancy and obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Psychiatry Research*, 259, 502-507.
- Friedberg RD, McClure JM. *Clinical Practice of Cognitive Therapy with children and adolescents*. Editors: The Guilford Press 2002.
- Groves PM, Thompson RF. Habituation: A Dual-Process Theory. *Psychol. Rev* 1970; 77: 419-450.
- Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*.1988Dec;45(12):1094-9. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800360042006. PMID: 3264144.
- Kenny NC, Starcevic V, Berle D. Associations Between Fear of Guilt and Obsessive–Compulsive Symptoms. *Behaviour Change*. 2023;40(3):169-181. doi:10.1017/bec.2022.14
- Knowles, K. A., Jessup, S. C., & Menzies, R. G. (2020). Disgust in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 27, 100589.
- Krzanowska, Eliza & Kuleta, Małgorzata. (2017). From anxiety to compulsivity – A review of changes to OCD classification in DSM-5 and ICD-11. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 19. 7-15. 10.12740/APP/76150.
- Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther*. 2003; 41(1):11-29.
- Leichsenring, F., & Leweke, F. (2017). Social Anxiety Disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(23), 2255–2264.
- Marks I. *Fears, Phobias and Rituals. Panic, Anxiety and their Disorders*. New York, Oxford University Press, 1987.
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Baer, L., Eisen, J. L., Shera, D. M., Goodman, W. K., ... Jenike, M. A. (2002). Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: Data from a naturalistic two-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 159(2), 263-268.
- Matsunaga, H., Hayashida, K., Kirike, N., Maebayashi, K., & Stein, D. J. (2010a). The clinical utility of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 180(1), 25-29.
- Meyer, B., Sweeney, D., & McGuire, D. (2015). Hormonal fluctuations and exacerbation of obsessive-compulsive disorder: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 172, 63-67.
- Murphy, T. K., Storch, E. A., & Mutch, P. J. (2014). PANDAS and PANS: Diagnosis and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(7), e815-e823. <https://doi.org/10.4088/JCP.13r08804>

- Neziroglu F, McKay D, Yaryura-Tobias JA, Stevens KP, Todaro J. The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1999; 37(9): 881-902.
- OCCWG. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. *Behav Res Ther.* 1997; 35(7): 667-81.
- Pérez Rivera, R. Trastorno Obsesivo Compulsivo. Buenos Aires. Editorial Akadia, 2017.
- Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, et al. Obsessive-compulsive disorder: comorbid conditions. *J Clin Psychiatry* 1994; 55[suppl]: 15-27.
- Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pagano, M. E., & Rasmussen, S.A. (2006). The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: Clinical features and symptoms of the sample at intake. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(5), 703-711.
- Pinto R, Monzani B, Leckman JF, Rück C, Serlachius E, Lichtenstein P, Mataix-Cols D. Understanding the covariation of tics, attention-deficit/hyperactivity, and obsessive compulsive symptoms: A population-based adult twin study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2016 Feb 27. doi: 10.1002/ajmg.b.32436
- Pittenger, Christopher, and others, 'Symptom Heterogeneity in OCD: A Dimensional Approach', in Christopher Pittenger (ed.), *Obsessive-compulsive Disorder: Phenomenology, Pathophysiology, and Treatment* [New York, 2017; online edn, Oxford Academic, 1 Oct. 2017], <https://doi.org/10.1093/med/9780190228163.003.0008>, accessed 17 Nov. 2024.
- Pourdon C, Clark, D. *Overcoming obsessive thoughts.* Editor: New Harbinger Publications, Inc. 2005.
- Rachman, S, de Silva, P. Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy* 1978; 16: 233–248.
- Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990; 51[suppl]: 10-13.
- Richter MA, Summerfeldt LJ, Antony MM, et al. Obsessive-compulsive spectrum conditions in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2003; 18: 118-127.
- 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, 53-63.
- Saxena, S., & Rauch, S. L. (2000). Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 563–586. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70181-7](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70181-7)
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought–action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379-391.
- Summerfeldt, L.J. (2004). Understanding and treating incompleteness in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1155-1168.

- Swedo, S. E., Leonard, H. L., & Garvey, M. [1998]. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections [PANDAS]. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(2), 137-146. <https://doi.org/10.1097/00004583-199802000-00003>
- Thienemann, M., Leckman, J. F., & McGuire, J. F. [2017]. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders [PANDAS]: Advances in understanding and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 19(9), 56. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0831-2>
- Torres, A. R., Fontenelle, R. G., Ferrão, Y. A., Rosário, M. C., Storch, E. A., & Miguel, E. C. [2016]. Comorbidity variation in patients with tics: Results from a large multicentre clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 190, 508-516.
- Weingarden, H., & Renshaw, K. D. [2015]. Shame in the obsessive compulsive related disorders: A conceptual review. *Journal of Affective Disorders*, 171, 74-84.
- Wilhelm S, Steketee G. *Cognitive Therapy for obsessive compulsive disorder*. Editor: New Harbinger Publications Inc. 2006.
- Williams, K. A., Frazier, T. W., & McGrath, L. M. [2018]. PANDAS/PANS: A review of the literature and current understanding. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 28(1), 49-57. <https://doi.org/10.1089/cap.2017.0059>

