

UNIVERSIDAD DE PALERMO

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

PROCESO TERAPEUTICO DE UN PACIENTE CON TRASTORNO

OBSESIVO-COMPULSIVO

Alumna: SABRINA PANDOLFI

Tutor: GREGORIO TRAVERSO

Buenos Aires, Julio de 2021

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	2
2	OBJETIVOS	3
2.1	Objetivo general.....	3
2.2	Objetivos Específicos	3
3	MARCO TEÓRICO	3
3.1	Definición y características del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC).....	3
3.2	Criterios diagnósticos y prevalencia	7
3.2.1	Factores psicológicos y biológicos	10
3.2.2	Tratamientos psicofarmacológicos	14
3.3	Breve recorrido histórico de la teoría sistémica.....	17
3.3.1	Evolución del modelo Estratégico MRI	21
3.4	Intervenciones psicoterapéuticas	23
4	MÉTODOLOGIA	28
4.1	Tipo de estudio.....	28
4.2	Participante	28
4.3	Instrumentos.....	28
4.4	Procedimiento	29
5	DESARROLLO	29
5.1	Descripción de síntomas de un paciente con TOC	30
5.2	Técnicas empleadas dirigidas a las obsesiones	35
5.3	Técnicas aplicadas en relación a las compulsiones.....	37
5.4	Análisis de cambios en la sintomatología	39
6	Conclusiones	40
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

INDICE DE TABLAS O FIGURAS

Figura 1:	Ciclo de sintomatología TOC.....	5
Figura 2:	Diferencias entre modelos de terapia sistémica.....	18

1 INTRODUCCIÓN

La Práctica y Habilitación Profesional fue realizada en un Instituto de capacitación de profesionales y asistencia terapéutica, de orientación sistémica, ubicada en el barrio de Palermo, en Capital Federal.

El instituto fue creado con el objetivo de investigar y capacitar profesionales dentro del modelo sistémico y la Teoría de la Comunicación, como también la atención psicológica a individuos, parejas e instituciones.

El presente trabajo se basa en el marco de la Práctica y Habilitación profesional, supervisado por profesionales de la Institución y de la Universidad de Palermo. La encargada de coordinar las actividades de la práctica es una psicóloga de dicha Institución, quien además es docente en la Universidad de Buenos Aires (UBA) y lo fue en la Universidad de Palermo. Ésta práctica consta de 280 horas, con un promedio de 15 horas semanales, que se dividen en diferentes actividades como participar en observaciones de entrevistas de admisión a pacientes a través de cámara Gessell, observación de material fílmico de admisiones y entrevistas realizadas por profesionales. Se participa de supervisiones de profesionales que realizan posgrados en la fundación, como también en las reuniones que mantienen los terapeutas de la institución. Se trabaja en investigaciones de la fundación y la UBA, y se concurre a talleres dentro de la fundación tales como *terapia de pareja y sexualidad* y *tratamiento de trastorno límite de la personalidad*.

La intención de este trabajo es describir el tratamiento de un paciente que fue diagnosticado con trastorno obsesivo-compulsivo, su sintomatología, las intervenciones realizadas y técnicas aplicadas por el psicólogo tratante, y luego se analizará si el paciente, en lo que va de tratamiento, tuvo alguna evolución con respecto al trastorno que se le diagnosticó.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

- Describir el tratamiento psicológico de un paciente de 21 años diagnosticado con Trastorno Obsesivo-Compulsivo bajo el modelo sistémico.

2.2 Objetivos Específicos

- Describir los síntomas de un paciente con trastorno obsesivo-compulsivo.
- Identificar las técnicas empleadas por el psicólogo tratante dirigidas a las obsesiones.
- Describir las técnicas aplicadas en relación a las compulsiones por el psicólogo tratante.
- Analizar si se produjeron cambios en la sintomatología del paciente en relación a las obsesiones y compulsiones.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Definición y características del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

Botella y Robert (citado en Belloch, Sandín & Ramos, 1995) explican la etimología del término obsesión. Esta deriva del vocablo latino *obsessio- onis*, que significa *asedio*, lo que implica, por un lado, que hay algo exterior con lo que se lucha y se resiste activamente y, por otro lado, la posibilidad de agotamiento y rendición final.

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por obsesiones, las cuales se entienden como ideas, pensamientos, imágenes o impulsos persistentes que se experimentan, por lo menos, al principio, como invasores y sin sentido. Fundamentalmente

se hace referencia a pensamientos intrusivos, que son de carácter molesto y difícilmente pueden ser evitados (Rodríguez Acevedo, Alfonso & Martínez Taboas, 2009). Por lo tanto, la persona intenta suprimirlos o neutralizarlos. Esto da cuenta que la obsesión no es voluntaria, sino, por el contrario, que es vivenciada por la persona como algo que invade su conciencia, no desea que la obsesión aparezca y se resiste a ella. La persona no considera la obsesión como algo externo a ella misma, sino que reconoce que se trata de su propio pensamiento. Ésta es una característica fundamental que sirve para distinguir las obsesiones de otros trastornos psicológicos (Botella & Robert, citado en Belloch et al., 1995).

En cuanto a las compulsiones, están definidas por conductas o acciones mentales, repetitivas e intencionales que se efectúan para aliviar o prevenir la preocupación, la ansiedad o la angustia, de un evento temido como la muerte, una enfermedad o un daño a uno mismo o en otros. Generalmente estas conductas no están relacionadas con lo que se pretende prevenir. Por ejemplo, encender y apagar la luz un determinado número de veces, para mantener a salvo a un ser querido, a esto se lo denomina “pensamiento mágico”. Cuando las compulsiones están lógicamente conectadas, como lavarse las manos, para eliminar gérmenes, llegan a ser excesivas. Al realizar estas acciones, las personas con TOC obtienen alivio de la ansiedad, pero dichas acciones no son placenteras (Landsman, Rupertus & Pedrick, 2005).

Salkovskis (1985) afirma que las intrusiones, es decir los pensamientos automáticos, sólo se convertirán en un problema si dan lugar a una serie de pensamientos automáticos negativos, a través de la interacción entre dichas intrusiones inaceptables para el individuo y su sistema de creencias. En algunas personas las intrusiones pueden activar esquemas disfuncionales y dan lugar a pensamientos automáticos negativos. En personas diagnosticadas con TOC los pensamientos automáticos negativos se producen en respuesta a intrusiones que están relacionadas con la idea de tener la responsabilidad de posibles perjuicios o daños ya sea a uno mismo como a otros. Ésta percepción de que las obsesiones informan sobre un daño o un temor, hace que el paciente asuma la responsabilidad de remediarlo a través de los rituales compulsivos.

Kaplan y Sadock (1999) añaden que las obsesiones y compulsiones recurrentes son lo suficientemente graves como para consumir tiempo, o causar un malestar marcado o deterioro significativo. Cuando una persona descubre que cierta acción reduce la ansiedad asociada a un pensamiento obsesivo desarrolla estrategias activas de evitación en forma de compulsiones o rituales con el fin de controlar la ansiedad. Dichas estrategias, si son eficaces, se fijan como patrones aprendidos de conductas compulsivas.

El TOC puede ser incapacitante y provoca un malestar clínicamente significativo, dado que las obsesiones pueden consumir un gran tiempo e interferir de forma significativa en la rutina normal de una persona, en su funcionamiento laboral o académico, actividades sociales o relaciones con amigos y familiares (Rodríguez Ferret, 2018).

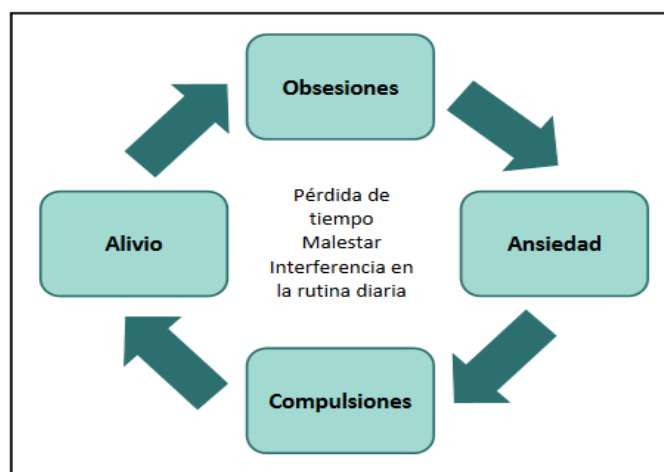


Figura 1. Ciclo de la sintomatología TOC (Rodríguez Ferret, 2018).

Vallejo Pareja (2001) expone que lo paradójico del trastorno es que el paciente reconoce como producto de sí mismo tales pensamientos y/o conductas. Por eso, el grado de incapacidad que produce el trastorno es especialmente relevante, ya que la recurrencia de los rituales compulsivos dificulta el comportamiento cotidiano, teniendo en cuenta la cronicidad y persistencia del trastorno. Sookman (2016) también señala que el deterioro ocurre en diversos ámbitos y dominios de la vida, tales como el auto-cuidado básico, la crianza de los hijos, la capacidad para la escuela o el trabajo, y el funcionamiento social. Por lo que, la calidad de vida de una persona con TOC, está gravemente reducida, generando un aumento del deterioro psicosocial. Por ejemplo, a la mayoría de estas

personas les cuesta conservar su trabajo, debido a las intrusiones sobre la necesidad de ser perfecto, las cuales interfieren con la finalización de sus proyectos laborales, lo que resulta en la pérdida del empleo.

En el año 2013 fue publicada la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés). Algunos de los cambios que incluyeron fueron la re-estructuración de los capítulos, reuniendo los trastornos más similares, y aparentemente relacionados entre sí, con la esperanza de avanzar en la comprensión de sus relaciones suponiendo que el mayor conocimiento acerca de tales relaciones podría identificar patrones comunes y eventuales causas de los trastornos y a futuro el desarrollo de nuevos tratamientos. Debido al progreso en el conocimiento de diversos trastornos, algunos de ellos han sido separados de sus anteriores agrupaciones, como en el caso del TOC que ya no se incluye dentro de los trastornos de ansiedad. La nueva categoría pasa a llamarse Trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos relacionados (Maass, 2014).

Dentro de ésta nueva agrupación se encuentra: (a) el TOC; (b) el Trastorno dismórfico corporal (TDC), anteriormente incluido en los trastornos somatomorfos; (c) la Tricotilomanía, que se encontraba en los trastornos por control de impulsos; dos nuevos trastornos, (d) el Trastorno por excoriación y (e) el Trastorno por acumulación; (f) el TOC y trastornos relacionados inducidos por otra enfermedad médica; (g) el TOC y trastornos relacionados inducidos por sustancias; (h) otros TOC y trastornos relacionados especificados; y por último (i) otros TOC y trastornos relacionados no especificados (Castelló Pons, 2014).

Aunque el TOC haya sido separado de los trastornos de ansiedad, como se explicaba anteriormente, su clasificación se encuentra seguida a los trastornos de ansiedad, ya que la APA (2013) reconoce su componente ansioso, pero al mismo tiempo lo diferencia, debido al curso, la comorbilidad, los antecedentes familiares y personales, factores de riesgo genético, el procesamiento cognitivo emocional y la respuesta al tratamiento. El DSM-5 reconoce -entre otras- una gran diferencia entre ambas categorías, y

es que, en el TOC y los trastornos del espectro obsesivo, lo nuclear de la psicopatología es la compulsión y no la ansiedad (Lozano Vargas, 2017).

3.2 Criterios diagnósticos y prevalencia

La Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-5 (2013) describe los criterios diagnósticos que deben cumplirse para el trastorno obsesivo-compulsivo:

A) Deben existir la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas. Definiendo las obsesiones como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, por lo menos en algún momento del trastorno, como intrusas o no deseadas y que causan ansiedad o malestar importante. La persona intenta ignorarlos o suprimirlos con algún otro pensamiento o acto, es decir realizando una compulsión. Las compulsiones son comportamientos o actos mentales repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo a reglas que aplica de manera rígida, como, por ejemplo, lavarse las manos, ordenar, controlar o rezar, contar, repetir palabras en silencio. El objetivo es disminuir la ansiedad o evitar alguna situación temida. Estos actos no están conectados de una manera realista con los destinados a suprimir o bien resultan claramente excesivos.

B) Tanto las obsesiones como las compulsiones requieren mucho tiempo (más de una hora por día) o causan malestar clínicamente significativo y deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, por lo que es importante evaluar el nivel de angustia y el deterioro del funcionamiento del individuo.

C) Los síntomas no se explican por los efectos fisiológicos de una sustancia o enfermedad médica.

D) Tampoco se explica por los síntomas de otro trastorno mental, como, por ejemplo, las preocupaciones excesivas, en el trastorno de ansiedad generalizada, o la dificultad de deshacerse de posesiones, como en el trastorno por acumulación.

Las creencias en personas con TOC son disfuncionales, pueden tener un sentido de responsabilidad exagerada y tendencia a sobreestimar la amenaza. Además, pueden ser muy perfeccionistas, no suelen tolerar la incertidumbre, y le dan excesiva importancia a sus

pensamientos, por ejemplo tener un pensamiento prohibido es igual de malo como actuar en consecuencia, por lo que sienten la necesidad de controlar sus pensamientos (APA, 2013).

El DSM-5 (APA, 2013) detalla el contenido de las obsesiones y compulsiones. Si bien pueden variar entre cada individuo, hay determinados temas o dimensiones comunes en el trastorno: limpieza (obsesiones por la contaminación y compulsiones por la limpieza), simetría (obsesiones de simetría y la compulsión de repetir, ordenar y/o contar), pensamientos prohibidos o tabú (obsesiones agresivas, sexuales, como pueden ser experimentar imágenes recurrentes sexualmente explícitas como el miedo a ser homosexual, o religiosas, y compulsiones relacionadas), acumulación (se les dificulta descartar objetos como consecuencia de obsesiones y compulsiones típicas) y daño (es el miedo a hacerse daño o uno mismo o a otros y el poder contrar las compulsiones). Pueden a su vez presentar síntomas en más de una dimensión y son constantes en el tiempo.

Cuando estas personas se enfrentan a situaciones que desencadenan obsesiones y compulsiones experimentan una variedad de respuestas afectivas como, por ejemplo, ataques de pánico -como respuesta a una marcada ansiedad- o sentimientos fuertes de disgusto o inquietud. A raíz de estos sentimientos, es común que eviten personas, lugares o diversas cosas que podrían llegar a desencadenar sus obsesiones o compulsiones.

Puntualizando en las personas que padecen obsesiones con contenido de orientación sexual, Zúñiga Campos y Rodríguez Orozco (2021) explican que estas personas suelen padecer rumiaciones mentales cuyo contenido los lleva a cuestionarse su orientación sexual, siendo esto producto del trastorno y no precisamente de una crisis de identidad sexual. Como consecuencia sufren una intensa angustia, incomodidad extrema y vergüenza, motivo por el cual muchas veces no se busca ayuda profesional. A pesar de que estas obsesiones son relativamente comunes en el TOC, pueden llegar a confundirse, tanto por profesionales como por los propios pacientes, dado que pueden malinterpretarse como anhelos o fantasías y resultar en un diagnóstico de ansiedad o depresión interpretando que la causa es por un conflicto de identidad sexual.

Principalmente la diferencia se basa en que las personas con TOC proporcionan una excesiva importancia a esos pensamientos no deseados. Es decir, cuando una persona

presenta un proceso de cuestionamiento sobre la identidad de género, ésta experimenta una progresión de conciencia y aceptación, y su temor se va desvaneciendo. Sin embargo, en la persona con TOC con contenido sexual, no se produce esa progresión y su nivel de homofobia es bajo en comparación con la angustia de ser gay (Zúñiga Campos & Rodríguez Orozco, 2021).

Las obsesiones se presentan de forma más severa en los pacientes que sufren pensamientos inaceptables, a diferencia de quienes presentan otros contenidos en su TOC. Específicamente en los pensamientos de índole sexual, se observa tasas de depresión más elevada y mayores obstáculos en sus vidas como resultado de sus síntomas. Las obsesiones sexuales incluyen temores referentes a experimentar un cambio en la orientación sexual, a participar en actos sexuales indeseables o imágenes mentales sexuales no deseadas. Los rituales compulsivos tienden a ser encubiertos o mentales, como rezar, reemplazar pensamientos o debatir consigo mismo y realizan un gran esfuerzo mental para intentar suprimirlos. No obstante, estos intentos producen el efecto contrario, aumentando la ansiedad y manteniendo los síntomas (Williams & Wetterneck, 2019).

Siguiendo con Williams y Wetterneck (2019) especifican que una persona heterosexual con TOC de contenido sexual puede dudar ansiosamente y cuestionar su orientación sexual si es tocada por una persona del mismo género y se excita, o si no presenta tal respuesta por alguien del sexo opuesto, dado que este contenido de TOC se define por el miedo obsesivo de ser o convertirse en homosexual. Buscan tranquilizarse a través de la racionalización, búsqueda de información o investigar con alguien a su alrededor si consideran que es gay. La continua repetición de estas compulsiones para reducir la ansiedad, generan un reforzamiento de la respuesta, ocasionando una fuerte resistencia a abandonarlas.

Conjuntamente, deben establecerse criterios según el grado de conciencia: con introspección buena o aceptable, en la que el individuo reconoce que las creencias son definitivamente o probablemente no ciertas; con poca introspección, en las que el individuo podrían reconocer que sus creencias no ser verdaderas; y con ausencia de introspección en

las que el individuo está convencido de que las creencias son verdaderas. Esta última especificación aporta información acerca de que las creencias son delirantes y refleja un grupo de pacientes obsesivos que se asemejan a la psicosis (Castelló Pons, 2014).

Se estima, que una de cada cuatro personas, es decir, un 25% de la población general, sufre algún trastorno mental a lo largo de su vida, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los trastornos mentales se encuentran entre los más perjudiciales, debido a su alta prevalencia y cronicidad, en algunos casos, además, por la temprana edad de aparición, sumándole la baja tasa de tratamiento, y en la mayoría de los casos, a la grave discapacidad que generan (Stagnaro et al., 2018).

El TOC afecta aproximadamente al 2% de la población mundial. Impacta mayormente en mujeres que en hombres en la edad adulta, siendo que en la infancia se ven afectados en mayor proporción los varones. Se ha observado que aproximadamente en una cuarta parte de la población, los síntomas de TOC tienen comienzo en la adolescencia temprana. Las personas suelen vivir con el trastorno durante muchos años antes de ser diagnosticados y finalmente tratados (APA, 2013; Rector, Kitchen, Katzman & Richter, 2016). En Latinoamérica la tasa de prevalencia del TOC es del 8%, mientras que en Argentina es del 2,5% (Stagnaro et al., 2018).

3.2.1 Factores psicológicos y biológicos

El inicio del TOC puede ocurrir a cualquier edad. Sin embargo, en la adolescencia y hasta la edad adulta joven, suele ser el pico de aparición. El inicio suele ser gradual. En la infancia puede manifestarse como una preocupación con rutina y orden, o con gestos típicos y se va desarrollando con más complejidad cognitiva. Cuando el inicio es durante la madurez, generalmente es desencadenado por un incidente crítico, sin embargo, en la mayoría de los casos, hay evidencia de precursores subclínicos premórbidos (O'Connor, Aardema & Péliissier, 2005).

Dada esa evidencia, se ha estudiado el papel hereditario en el desarrollo del trastorno, observándose que en familiares de primer grado diagnosticados con TOC, se ha multiplicado por cinco las posibilidades para desarrollarlo en algún momento de su vida. Se ha encontrado evidencia de que miembros de familias, de personas diagnosticadas con TOC, tenían tasas más altas de obsesiones y compulsiones, que en familias de control. Personas que experimentaron síntomas a una edad de inicio más temprana, es decir, antes de los 17 años, tenían familiares de primer grado con dicho diagnóstico, por lo que hay una estrecha relación entre la edad de aparición y la heredabilidad familiar. Después de los 17 años, no se encontró relación entre los diagnósticos familiares, lo que sugiere que quienes desarrollan TOC a una edad más avanzada pueden tener un origen diagnóstico diferente (Bridley & Daffin, 2019).

Rector et al. (2016) exponen que el TOC parece ser causado por una combinación de factores, tanto psicológicos como biológicos, aclarando que pese a la considerable investigación al respecto, no hay una respuesta certera. Con respecto a los factores psicológicos, lo explican a través de las teorías conductuales y cognitivas.

La primera supone que las personas con TOC asocian ciertos objetos o situaciones con miedo y aprenden a evitar las cosas que temen o realizan rituales que ayudan a reducir el miedo. Este patrón de miedo y evitación, o ritual, puede comenzar cuando la persona tiene periodos de un alto nivel de estrés emocional. Al realizar estas acciones reducen temporalmente el nivel del miedo, siendo este nunca desafiado ni tratado, por lo que refuerza el comportamiento.

Las teorías psicológicas explicativas del TOC lo denominan “hipótesis de la valoración inadecuada”. Reacciones de ansiedad extrema ante un determinado pensamiento que la persona valora muy negativamente o de manera catastrófica. Como se mencionaba anteriormente, la persona entra en un círculo vicioso, que agrava la sintomatología, ya que las estrategias de afrontamiento o neutralización, evitación o compulsión, aumentan la sensación de control y reducen el malestar y así sucesivamente. Ésta hipótesis de la valoración inadecuada, también incluye, procesos valorativos secundarios sobre la propia

capacidad de afrontamiento, siendo malinterpretado el fracaso en el control de las intrusiones obsesivas como una amenaza altamente significativa (Paula Pérez, 2013).

La teoría cognitiva se centra en cómo las personas con TOC malinterpretan sus pensamientos, ya que las personas que padecen este trastorno tienen pensamientos intrusivos que les generan un gran malestar psicológico, dado que tienden a exagerar la importancia del pensamiento y responden como si significara una amenaza real. Tanto es así que les genera un alto nivel de ansiedad y diferentes emociones negativas, como vergüenza, culpa y disgusto hacia sí mismo. Según esta teoría, las personas que atribuyen un peligro exagerado a sus pensamientos lo hacen debido a creencias falsas aprendidas en la vida (Rector et al., 2016). Esta orientación explicativa, o “hipótesis del déficit en el funcionamiento cognitivo”, supone entonces, que las personas con TOC padecen una serie de alteraciones neuroquímicas que afectan el proceso de la información, como por ejemplo, el control de la intrusión repetida de pensamientos, o deficiencias en los mecanismos inhibitorios de estímulos irrelevantes o no deseados, como la incapacidad de ignorar aquella información que se les pide que ignoren. Teniendo en cuenta a la memoria, se detectan deficiencias generalizadas o falta de confianza en el funcionamiento de su memoria, por ejemplo, les cuesta mucho olvidar información relacionada con sus obsesiones, o recuerdan mejor los estímulos relacionados con estas. Con respecto a la atención, se cree en la existencia de una atención selectiva, hacia aquellos estímulos relacionados con el contenido de sus obsesiones, lo que implica que la persona esté constantemente hipervigilante, por lo que, no puede ignorar la información amenazante (Paula Pérez, 2013).

Paula Pérez (2013) puntualiza seis dominios de creencias o procesos meta cognitivos, que el grupo de trabajo sobre las cogniciones obsesivo-compulsivas (Obsessive-Compulsive Cognitions Work Group –OCCWG-) ha desarrollado (p.183):

- 1) *responsabilidad inflada* como creencias de que uno dispone del poder básico para producir o prevenir resultados negativos subjetivamente cruciales;
- 2) *importancia excesiva de los pensamientos* como creencias relativas a que la mera presencia de un pensamiento indica que algo es importante;
- 3) *sobreestimación de*

la amenaza como exageración de la probabilidad o gravedad del daño; 4) *importancia del control del pensamiento* como sobreevaluación de la importancia de ejercer un control absoluto sobre los pensamientos, imágenes e impulsos intrusivos, y la creencia de que es posible y deseable; 5) *intolerancia a la incertidumbre* como creencias sobre la necesidad de estar en lo cierto, la incapacidad personal de afrontar los cambios imprevisibles y la dificultad para funcionar en situaciones ambiguas; y 6) *perfeccionismo* como tendencia a creer que existe una solución perfecta para cada problema y que hacer algo perfecto, sin errores, no solo es posible si no necesario; incluso los pequeños errores tendrán consecuencias graves.

Por otra parte, deben tenerse en cuenta los factores biológicos. Los neurotransmisores son importantes en el TOC, estos incluyen la serotonina, la dopamina y el glutamato. La serotonina transmite señales entre las células cerebrales, por la que es uno de los responsables de regular el estado de ánimo, la agresión, los impulsos, el sueño, el apetito, la temperatura corporal y el dolor. Todos los medicamentos utilizados para tratar el TOC aumentan los niveles de serotonina. Además se ha observado en personas con TOC más actividad de la habitual en tres áreas del cerebro. El núcleo caudado actúa como un filtro para los pensamientos y manejo de conductas habituales y repetitivas, cuando se trata con medicamentos o terapia, la actividad en esta área del cerebro disminuye. La corteza orbito prefrontal afecta el comportamiento social apropiado. La disminución o daño en esta región está relacionado con sentirse desinhibido o mal juicio, por lo que una mayor actividad causaría más preocupación, como preocupaciones sociales, ser extremadamente ordenado o meticuloso, o tener miedo de actuar de manera inapropiada, todos ellos síntomas del TOC. Por último, la circunvolución del cíngulo, en el centro del cerebro, se cree que está involucrada en la detección de errores potenciales y la respuesta emocional a pensamientos obsesivos por lo que se debe realizar un comportamiento para corregirlo. Esta región del cerebro está interconectada con las anteriores mencionadas a través de una serie de vías de células cerebrales y están afectadas por la serotonina, por lo que se cree que los medicamentos que aumenten los niveles de serotonina pueden cambiar el nivel de actividad en estas áreas del cerebro (Rector et al., 2016).

Kodysz (s/f.) señala que en estudios de neuroimágenes cerebrales (PET) en pacientes con TOC se observa elevado el metabolismo de glucosa y un aumento del flujo sanguíneo cerebral en la corteza orbitofrontal, cabeza del caudado, tálamo y corteza cíngular anterior. En imágenes de Tomografía Axial Computada (TAC), entre pacientes con TOC, comparados con pacientes sanos, se observa hipertrofia ventricular y el núcleo caudado de menor tamaño. También se detectaron anomalías en regiones frontales en Resonancias Magnéticas. “Dichos estudios, muestran compromiso de corteza prefrontal y ganglios de la base. En el TOC se produciría un desajuste funcional en el sistema cortico-límbico-basoganglionar-talámico” (p. 16).

Bridley y Daffin (2019) concuerdan en que los neurotransmisores tienen una participación directa en el desarrollo de comportamientos obsesivo-compulsivos, en particular la serotonina, la cual se ha identificado como factor que contribuye a conductas obsesivas y compulsivas. Dada toda la evidencia acerca de la participación tan directa de los neurotransmisores, es que se han estudiado las estructuras cerebrales que albergan estos neurotransmisores. Estudios de neuroimágenes en el lóbulo frontal, específicamente en la corteza orbitofrontal -responsable de mediar respuestas emocionales fuertes y las convierte en respuestas conductuales- recibe información sensorial/ emocional, esa información se transmite por impulsos, llegando los más fuertes al tálamo. Se cree que las personas con TOC experimentan una sobreactividad en dicha área lo que provoca la transferencia de demasiados impulsos al tálamo. Se ha demostrado que las personas con TOC que padecieron daño cerebral en la corteza orbitofrontal experimentaron una remisión de los síntomas del TOC.

3.2.2 Tratamientos psicofarmacológicos

Debido a la incapacidad que produce el TOC, la disminución en la calidad de vida, y el costo personal, social y económico, un tratamiento precoz es sumamente necesario. El riesgo de cronificación es alto, sobre todo si el inicio del trastorno es durante la infancia/adolescencia. Al momento de decidir el tratamiento de cada paciente, es importante tener en cuenta diversos factores, como la gravedad de los síntomas,

antecedentes familiares, factores psicosociales estresantes, el grado de implicancia del paciente y la familia en terapia, y la capacidad del individuo de entender el procedimiento de la terapia. Para mayor eficacia, el tratamiento recomendado debe incluir el uso de la terapia farmacológica, junto con la intervención psicológica (Rodríguez Ferret, 2018).

A través de los años, se ha demostrado la superioridad de la combinación de ambos tratamientos, respecto a las alternativas aisladas, a partir de la realización de ensayos con muestras mucho mayores, poblaciones seleccionadas con criterios más estrictos e intervenciones específicas para los trastornos a tratar (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2008).

Actualmente, este tipo de tratamiento se lo denomina Tratamiento Combinado (TC) y en el campo de la salud mental es una práctica habitual, dado que esta modalidad cuenta con apoyo empírico para diversos trastornos. En el TOC, el paciente es abordado desde dos disciplinas diferentes (psicología y psiquiatría), habitualmente, el psiquiatra administra la terapia psicofarmacológica y el psicólogo maneja la psicoterapia. Diversos estudios han mencionado los beneficios de dichos tratamientos, sugiriendo su influencia en el éxito terapéutico, comprobando, por ejemplo, que la aplicación de uno de los procedimientos facilita la aplicación del otro, es decir, que desde la psicoterapia se refuerza la adherencia a la medicación y viceversa. A su vez, es un beneficio para ambos profesionales, el poder contar con un aumento de información clínica, dado que ambos aportan distintos datos que el paciente provee, y ésta información puede ser complementaria. Por otra parte, el paciente se ve favorecido al contar con una red de apoyo más amplia (Donatti, Garay & Etchevers, 2015).

Desde la introducción de los antipsicóticos, los antidepresivos y los ansiolíticos modernos, en los años 50, el tratamiento de los trastornos mentales conllevó un nuevo arsenal de recursos terapéuticos (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2008).

Se han estudiado diversos tipos de fármacos para el tratamiento del TOC. Entre ellos se encuentran sustancias que influyen sobre la función serotoninérgica, antipsicóticos,

estabilizadores del ánimo, medicamentos que actúan sobre receptores del glutamato, opáceos, anti-inflamatorios, sustancias con acción colinérgica y antiandrógenos.

Los posibles tratamientos psicofarmacológicos para el TOC son los antidepresivos, específicamente de acción serotoninérgica, demostraron su eficacia inhibiendo la sintomatología del TOC. Sin embargo, sólo producen un resultado positivo en un 40% - 60% de los pacientes (Vega Dienstmaier, 2016).

La clomipramina es un antidepresivo de potente acción serotoninérgica y es el tratamiento anti-obsesivo que ha mostrado superioridad frente a otras estrategias terapéuticas, pero por sus efectos anticolinérgicos y sedativos, los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) se han convertido en el tratamiento por excelencia. La fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina y citalopram son algunos de ellos (Sanz Velosillo & Fernandez Cuevas-Vicario, 2015).

Existen sustancias que influyen en la función serotoninérgica, como los bloqueadores de los receptores 5-HT₃. El ondansetrón y el granisetron han demostrado ser útiles para potenciar el tratamiento en pacientes con TOC resistentes a ISRS y antipsicóticos. Otro antidepresivo que tiene un buen efecto bloqueador 5-HT₃ y aumenta la transmisión serotoninérgica es el mirtazapina.

Los receptores antagonistas 5-HT_{1A} tienen una función regulatoria de la liberación de serotonina, por lo que su inhibición aumenta la descarga serotoninérgica. Como consecuencia, algunas sustancias tendrían un efecto anti-obsesivo, tales como, el beta-bloqueador pindolol, o el alucinógeno psilocibina.

Hay indicios de que agregar triptófano (otra sustancia con efecto serotoninérgico) a pacientes que no han respondido a la clomipramina o a ISRS puede mejorar su sintomatología obsesiva (Vega Dienstmaier, 2016).

Si no se obtienen respuestas favorables con los tratamientos mencionados anteriormente, se pueden utilizar potenciadores del fármaco ISRS, como son los antipsicóticos tricíclicos y los antipsicóticos atípicos (risperidona, aripiprazol, entre otros), o también se pueden emplear ansiolíticos. Si estos tratamientos no muestran eficacia, es

decir, que hay ausencia de respuesta clínica o respuesta parcial valorada generalmente mediante una escala de gravedad o intensidad de los síntomas obsesivos-compulsivos, se pueden utilizar otras estrategias farmacológicas, tales como las monoterapias de tercera línea, uno de los fármacos más utilizado ha sido la ziprasidona que es un antipsicótico atípico, o la administración de antagonistas del glutamato (Rosa Alcázar, Iniesta Sepúlveda & Rosa Alcázar, 2013).

El tratamiento recomendado (Rodríguez Ferret, 2018) debe realizarse utilizando elevadas dosis del fármaco, con un aumento progresivo, hasta alcanzar la dosis efectiva. Se deben administrar durante, al menos 8 a 12 semanas, para dar tiempo al efecto del fármaco. Asimismo, es recomendable mantener el tratamiento con ISRS durante 6-12 meses posterior a la remisión de los síntomas con el fin de evitar el riesgo de recaída.

3.3 Breve recorrido histórico de la teoría sistémica

El pensamiento sistémico considera el todo y las partes, interesándose fundamentalmente por las conexiones que diferencian un sistema interrelacionado, de otras partes que no ponen en esa dependencia del contexto su funcionamiento. Pensando en términos de sistema, cambiar una disposición u orden, recortar o dividir, afecta la esencia misma de aquello en lo que se trabaja, entendiendo a la persona como parte de un sistema de relaciones que lo sostiene, lo influye y lo modifica (Wainstein, 2006a).

Uno de los puntos de partida de la psicología sistémica es la teoría general de los sistemas creada por Ludwig von Bertalanffy, la cual sostiene que lo importante en eso que se denomina sistema, no son las unidades que se describen en él, sino sus interacciones, ya que todos los sistemas son abiertos. Un sistema es una unidad compleja en el tiempo y en el espacio. La unidad hace referencia a que se poseen límites o fronteras que lo diferencian de todo lo que no es él. Es complejo ya que distinguen en él “partes” que están en mutua relación. Estas partes y sus relaciones contribuyen a su existencia, esto se denomina organización. Un sistema realiza intercambios con lo que existe afuera de él, dichos intercambios contribuyen a que perdure su organización. Todo cambio, repercute dentro de

un sistema y afecta a su estado, mientras mayor sea el cambio, más destructivo o perturbador será, por lo que los sistemas tienen mecanismos de autorregulación (Perinat, 2007).

En términos sistémicos, al observar el comportamiento de un individuo se consideran las entidades personales no como objetos autónomos, dotados de un esquema evolutivo y comportamental propio, sino como entidades que interactúan dentro de un sistema de relaciones o un contexto caracterizado por un continuo y mutuo intercambio de informaciones que se influyen recíprocamente (Nardone & Watzlawick, 1992).

Otra raíz teórica que sienta las bases de la sistémica es la cibernética de Norbert Wiener, en la que plantea una teoría del control y de la comunicación en los sistemas complejos. La cibernética de primer orden considera al sistema como algo a observar, separado del observador, y la cibernética de segundo orden, centrada en un proceso de cambio, incluye al observador como agente constructor de la realidad que se está observando (Villarreal Zegarra & Paz Jesús, 2015).

Paul Watzlawick incorpora otro gran aporte a las bases de la terapia sistémica con su teoría de la comunicación humana. Para comprenderla propone axiomas exploratorios de la comunicación siendo estos: la imposibilidad de no comunicar, los niveles de contenido y las relaciones en todo acto de comunicación, la puntuación de la secuencia de hechos, es decir que la puntuación organiza los hechos de las conductas, y la diferencia entre la comunicación digital y analógica, resumiendo esta a toda comunicación no verbal (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1981).

Wainstein (2006b) señala que Gregory Bateson integró conceptualmente diversas teorías y desarrolló toda una filosofía de la mente que se orienta a describir cómo los organismos perciben, piensan y actúan. Su unidad de análisis fue la mente como sistema. El concepto clave de su epistemología es el de comunicación, explicando que los trastornos mentales, son trastornos de la comunicación. La interacción del hombre con su entorno se realiza mediante la comunicación, una forma específica de intercambio de información que

se da en múltiples niveles, pudiendo ser cerebrales, familiares, grupos de pertenencia, profesionales y culturales; es un proceso emergente. Así expone, que una persona es totalmente responsable de lo que ocurre en sus relaciones con el mundo.

Existen diferentes modalidades de pensar y abordar la clínica terapéutica dentro de la psicología sistémica. Algunas de ellas son el modelo de Palo Alto, el Estructural y el de Milán (Figura 2). Sin embargo, dichos modelos coinciden en considerar la conducta de un individuo en función de la conducta de otros con los que mantiene relaciones, y si éstas son estables, son considerados como miembros de un sistema. Los miembros de un sistema significan sus conductas, que se organizan según interdependencia y jerarquía. El análisis de las interacciones entre los diferentes miembros se realiza a través de dos tendencias opuestas: la tendencia al cambio y la tendencia a la estabilidad. No obstante, si bien comparten estas premisas, es a partir de las diferencias, que cada una de las escuelas antes mencionadas, desarrolla principios y maneras de hacer terapia que le son característicos.

En el modelo de Palo Alto -el cual se retomará más adelante, dado que el caso clínico que se analiza en el desarrollo de este trabajo final, se encuadra bajo este abordaje de terapia breve- el foco de análisis está puesto en los procesos y las conductas repetitivas, en donde el comportamiento-problema está incorporado y trata de identificar ese ciclo auto-perpetuante, por lo que el objetivo del cambio dentro del modelo va a apuntar a modificar la secuencia de esas conductas específicas, que resultan disfuncionales, y las cuales se detectan como reforzadoras del problema. Lo conveniente será dirigir las intervenciones a aquellos miembros del sistema que se muestren motivados para resolver el problema, ya que se supone que un cambio en uno o más miembros da lugar a cambios en el resto (Casablanca & Hirsch, 1994).

Teniendo en cuenta el modelo Estructural, de Salvador Minuchin, el foco está relacionado en cómo esos procesos se organizan en relación a la interdependencia y la jerarquía, por lo que se trabaja en modificar la organización de dicho sistema. Esto conlleva una modificación en las relaciones entre los diversos subsistemas, es decir un cambio en las reglas que regulan esa interdependencia. Por eso dentro de este modelo el foco de intervención va a ser más grande, integrando diversos subsistemas, por ejemplo padres,

hijos, etc.- y se trabaja con cada uno de ellos para modificar aspectos de la organización (Casablanca & Hirsch, 1994).

Por último, el modelo de Milán, con Selvini Palazzoli a la cabeza, se centra en los significados que el sistema atribuye a esa conducta-problema y cuáles son las explicaciones que construyen. Intenta modificar el consenso de creencias respecto a determinado tema, y, por supuesto, al modificar creencias se modificarán pautas interaccionales. Acá se apunta al sistema completo, teniendo en cuenta que mientras más miembros participen, mayor será la posibilidad de introducir nuevas creencias y premisas que dan significado al problema (Casablanca & Hirsch, 1994).

A continuación se muestran las principales diferencias entre los modelos mencionados:

	<i>Palo Alto</i>	<i>Estructural</i>	<i>Milán</i>
Foco de análisis	Proceso de interacción	Cómo se organizan: interdependencia y jerarquía	El significado que da el sistema
Objeto del cambio	Circuito que mantiene el problema	Estructura	Significado
Foco de intervención	<i>Segmento</i> más motivado al cambio	Subsistemas	Primero todo el sistema, luego partes
Lugar del cambio	Fuera de la sesión	En la sesión	En la sesión (primordialmente)
Intervenciones	Redefiniciones Sugerencias Prescripciones (directas o paradójales)	Redefiniciones Puesta en acto Desbalanceo Sugerencias o prescripciones (directas)	Interrogatorio circular; redefinición global como connotación positiva; rituales paradójales
Tipo de comunicación	Verbal	No verbal (espacio y movimiento)	Verbal
Distribución de sesiones	Diez como máximo (Generalmente una por semana o quincena)	Cantidad no especificada (Generalmente una por semana durante tres o cuatro meses)	Cantidad no especificada, espaciadas entre sí (tres o más semanas)

Figura 2. Diferencias entre modelos de terapia sistémica (Casablanca & Hirsch, 1994)

3.3.1 Evolución del modelo Estratégico MRI

A partir de las investigaciones de Bateson y los aportes de todas las teorías mencionadas anteriormente, el modelo de abordaje sistémico tiene sus comienzos en 1959 con la fundación del Mental Research Institute (MRI), en Palo Alto, San Francisco: Esta institución se constituyó como representativa de la psicoterapia en Estados Unidos, estableciendo el modelo sistémico y su forma de terapia breve (Wainstein, 2006a).

El MRI fue fundado por el psiquiatra Don Jackson, colaborador de Bateson. Lo acompañaban los psicoterapeutas Haley y Weakland y posteriormente se unieron Paul Watzlawick y Richard Fisch. La principal finalidad de este equipo fue estudiar la influencia de la comunicación interpersonal en los procesos de cambio terapéutico, llegando a formular sus propias teorías, principios y técnicas. Una de las características más importantes del modelo, fue centrarse en las interacciones observadas entre los miembros de una familia, distinguir pautas o reglas, que sostendrían los problemas. Consideraban que los problemas surgen cuando las personas persisten en utilizar soluciones que no han sido efectivas para resolver sus dificultades, creando circuitos de retroalimentación. El objetivo sería romper ese patrón, creando prescripciones cuidadosamente diseñadas para resolver ese problema en particular, es decir, en forma *estratégica*. Con dichas prescripciones, no era necesaria la presencia física de toda la familia en sesión, generando intervenciones que podían ser aplicadas, sin olvidar en ningún momento la influencia que ejercían la familia y otros sistemas relevantes, en las personas que pedían ayuda. Otro gran aporte, fue abreviar las terapias hasta el mínimo, suprimiendo intervenciones inefectivas. Weakland, Fisch, Watzlawick y Lynn Segal crearon en 1968, dentro del mismo instituto, un Centro de Terapia Breve, en la que una terapia podía ser eficiente y efectiva, y obtener resultados favorables y generar cambios duraderos, con sólo 10 sesiones. Para ello, suprimieron de la terapia, la explicación de las causas intrapsíquicas, por lo que lo pasado y lo profundo no le interesaba a este grupo de terapeutas.

El MRI se convirtió en una escuela que recibía a terapeutas de todo el mundo interesados en conocer sus propuestas. Por lo que, influyó en la generación de otros modelos de Terapia Breve. Luego se denominó a la terapia del MRI, también, con el nombre de Terapia Breve Estratégica (García Martínez, 2013).

El terapeuta aquí, pone en práctica una metodología, y un proceso que se ajusta al problema y la individualidad del sujeto, con su lenguaje, valores, creencias, expectativas y motivaciones. Su actuar es, en cierto modo manipulador, o persuasivo, ya que hay tareas asignadas, usando un lenguaje implícito, devoluciones que re-encuadran y redefinen un problema. Está orientado a observar la pauta del problema y decidido a romper su rigidez. El cambio buscado no es el final y definitivo, sino el cambio funcional (García Martínez, 2013).

Otro gran aporte del MRI es el uso de la “cámara Gessell”, o también llamada “sala de espejos unidireccionales”, es un dispositivo que permite la simultaneidad de observadores externos y participantes. Es una excelente oportunidad para observar y escuchar las conversaciones de las familias, y fijarse en la elección de palabras y relatos que excluyen otros, ya sean verbales o no (García Martínez, 2013).

A partir de allí, hace aproximadamente 60 años, Stratton (2016) sostiene que se ha observado que en algunos casos, el comportamiento irracional de un individuo tenía mucho sentido cuando se veía en el contexto de las relaciones cercanas de esa persona y fue cuando se comenzó a trabajar directamente en las relaciones con una atención particular a los patrones de “*mala*” comunicación. Por tal motivo, el autor afirma que la terapia sistémica ayuda a las personas a movilizar las fortalezas de sus relaciones para que los síntomas perturbadores sean innecesarios o menos problemáticos, ya que nuestro sentido de quiénes somos y de bienestar está estrechamente asociado a las relaciones que mantenemos, tanto con otras personas como con los contextos en los que vivimos. Cuando estas relaciones se ven afectadas de alguna forma, se pierde la confianza en la persona que somos y eso genera un proceso psicológico, que en principio no es consciente y ofrece protección, pero puede traer consecuencias como angustia, depresión, ansiedad y trastornos de conducta.

La terapia sistémica entonces puede definirse como una forma de psicoterapia que concibe síntomas conductuales y especialmente mentales, centrándose en las relaciones e interacciones personales, dentro del contexto de los sistemas sociales en los que vive la

gente, las construcciones sociales de realidades y causalidad entre síntomas e interacciones. Por este motivo, los miembros de la familia y otras personas cercanas, o importantes, para la persona se incluyen en la terapia (Pinquart, Oslejsek & Teubert, 2014).

Por lo tanto, la perspectiva sistémica debe tener en cuenta la gama completa de sistemas y como estos se interrelacionan unos con otros, sabiendo que un cambio en cualquier nivel de los sistemas posiblemente afecte a otro. En pos de otorgar el mejor trabajo terapéutico de parte de la terapia sistémica, existe una creciente disposición para incorporar la comprensión de los procesos internos desde otras corrientes terapéuticas como las terapias psicodinámicas y cognitivas, lo que ha llevado a la terapia sistémica a desarrollar diversos enfoques, métodos y técnicas diferentes (Stratton, 2016).

Carr (2009) señaló que las intervenciones sistémicas bien articuladas son eficientes para una amplia gama de problemas de salud mental. Para muchas de estas intervenciones, se han desarrollado manuales de tratamientos útiles y se pueden utilizar de manera flexible, dependiendo de cada caso individual. Se ha demostrado, que la terapia sistémica es particularmente efectiva, no como una alternativa a la medicación, sino, cuando se ofrece como un elemento de un programa multimodal, que involucre la farmacoterapia.

En un sentido amplio, Prada Villalobos (2013) categoriza que los enfoques cognitivo y sistémico pueden complementarse puesto que los conceptos de autorregulación, equilibrio, auto-organización y determinación estructural, propios de la teoría de los sistemas pueden resultar fundamentales para alcanzar este objetivo. Este énfasis es relevante en el enfoque sistémico que parte del supuesto teórico que la totalidad es más que la suma de sus partes y que las partes interactuantes reflejan esa particularidad del fenómeno.

3.4 Intervenciones psicoterapéuticas

Wainstein (2006a) define como intervenciones a las prácticas mediante las cuales un consultor orienta cambios en un consultante. Dichas prácticas surgen de una estrategia

elaborada a partir de una selección de datos y se intentará influir para orientarla en una cierta dirección. La finalidad es cortar el circuito de soluciones que el consultante ha construido y poder modificar ese patrón. Para esto el terapeuta sistémico deberá adaptar su lenguaje, al estilo comunicacional del consultante con el objetivo de disminuir la resistencia al cambio y poder influir en él para que enfrente su problema de manera distinta a lo que ya ha construido.

Desde la primera sesión se deberá establecer un encuadre y definir el motivo de consulta. Precisar la queja, el problema y las soluciones intentadas fallidas. Las preguntas deberán apuntar a lo concreto, específico, conductual, contextual y observable, como, por ejemplo: ¿qué ocurre en ese momento?, ¿qué hacen los demás cuando Ud. hace eso?, ¿dónde ocurre?, ¿con qué frecuencia?, etc. Asimismo, deben darse devoluciones estratégicas, es decir, en base a lo que se ha comprendido, a modo de síntesis y comentarios para orientar a la persona hacia la solución. Para la definición del problema, es necesario evitar enmascarar el diagnóstico, o dar explicaciones que desorienten y que no sean útiles. Es necesario evitar un diálogo centrado en el pasado, en la explicación causal y la información confusa y ambigua (García Martínez, 2013).

En otras palabras, el terapeuta debe tener una clara descripción del problema y de las reacciones del mismo. Luego deberá definir la estrategia de intervención que utilizará, basándose en la información obtenida y de acuerdo a la idiosincrasia del o los consultantes (Nardone & Watzlawick, 1992), teniendo en cuenta la perspectiva del ciclo vital, ya que se convierte en un marco de referencia de tipo contextual y dialéctico, destacando parámetros históricos, socio-culturales, contextuales y del acontecer cotidiano e individual (Dulcey-Ruiz & Uribe Valdivieso, 2002).

La psicoeducación (Ulloa Flores, Palacios Cruz & Sauer Vera, 2011) es parte importante del tratamiento ya que comprende las medidas dirigidas tanto al paciente como sus familiares para que tengan conocimiento acerca de las características de la enfermedad, sus causas y las opciones de tratamiento. Los objetivos principales son: mejorar el conocimiento y entendimiento del TOC y sus implicancias en la vida diaria; ofrecer

posibilidades de ajuste en el ambiente conforme al nivel de funcionamiento del paciente; una guía para facilitar interacciones y patrones de conducta positivos.

Como se viene explicando, el TOC consta de una parte comportamental, que se respalda en rituales y conductas evitativas, y de una parte cognitiva, conformada por una serie de cogniciones características. Desde la perspectiva cognitiva es importante destacar la universalidad de intrusiones. Este factor constituye una de las premisas de la intervención cognitiva: las intrusiones indeseadas son esencialmente universales, de tal manera que la intervención no se basa en la intrusión sino en la valoración o la interpretación que hace el paciente de ésta. La valoración a dicha intrusión es exagerada, por lo que suelen darle demasiada importancia al pensamiento que aparece. Por lo que, un tratamiento cognitivo-conductual, sería el indicado. El objetivo de este tratamiento implica que la persona aprenda, concientice e interiorice, que los pensamientos intrusivos no indican una necesidad de acción, y pueden ser ignorados. Para ello debe realizarse un trabajo de reestructuración en la cognición, basándose en técnicas de aprendizaje y comportamentales (Dávila, 2014).

El tratamiento tanto en niños, adolescentes, como en adultos con TOC, se basa en las características individuales de cada sujeto, tomando en cuenta la severidad de los síntomas, si existe comorbilidad con otro tipo de trastorno, la personalidad, el impacto del padecimiento en la persona y en la familia. Todas estas características deben ser consideradas para una adecuada planeación del tratamiento (Vargas Álvarez, Palacios Cruz, González Thompson & De la Peña Olvera, 2008).

Se utiliza el humor como técnica para señalar puntos que generarían resistencias en el consultante. El humor trae alivio y facilita una perspectiva clara de pensamiento. Comentarios elaborados cuidadosamente, ayudarán a disminuir la intensidad emocional con que relata el consultante su problema. Por ejemplo, cuando el consultante puede reírse de sí mismo, se está enfocando en buena actitud para el cambio. Puede ocurrir con una dificultad sexual, y de esta manera puede que disminuya su ansiedad (Dávila, 2014).

Las intervenciones paradójales, hacen que el consultante cambie por la vía de la oposición. Aquí, no se le propone una conducta diferente a la sintomática, sino más bien, se le prescribe la continuidad de ésta en un tiempo determinado. Se le puede pedir al paciente que anote las circunstancias que rodean la aparición del síntoma. Esto supone que cuando el paciente provoca el síntoma, lo estará sometiendo a un control voluntario, así se irá incrementando la manera de hacerlo desaparecer (Dávila, 2014).

Según explican Nardone y Watzlawick (1992), una de las principales técnicas utilizadas para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo es la prescripción de comportamiento del tipo paradójico, el cual incide directamente en los comportamientos compulsivos. El objetivo de la prescripción del síntoma está dirigido al paciente cuando se encuentre en la situación de tener que hacer aquello que siente obligación de hacer, en vez de resistir y no hacerlo, lo repetirá voluntariamente las veces que el psicólogo se lo prescriba. Cuando el paciente lo realiza, la prescripción se mantiene y se destaca que se está comenzando a asumir el control de la situación.

Otra técnica terapéutica paradójal, según exponen Nardone y Watzlawick (1992) es la reestructuración del trastorno. El objetivo es redefinir el síntoma, sembrando la duda acerca de que este puede tener algo positivo. Esto orienta al paciente a centrar su atención en algo diverso a lo que habitualmente está acostumbrado, despojándose de conductas y pensamientos rígidos. Para comenzar la reestructuración, se utilizan citas, ideas o hechos, demostrando, que a menudo, estos trastornos pueden desempeñar un papel importante o una función determinante como, por ejemplo, un don, con la sugerencia de reflexionar sobre esta posibilidad hasta la próxima sesión. Otra técnica, es la restricción, en la que el terapeuta deberá restringir cualquier signo de cambio que observe en el consultante.

Los resultados de estudios (Rosa Alcázar et al., 2012) afirman que una técnica cognitiva llamada exposición con prevención de respuesta (EPR) es fundamental para el tratamiento del TOC, sobre todo infantil y adolescente. Éste procedimiento proporciona beneficios similares utilizado solo o en combinación con otras técnicas, dirigidas tanto a obsesiones como a compulsiones. Sin embargo, en muchas ocasiones, las intervenciones

llevadas a cabo en el TOC han incluido otros componentes además de la exposición con prevención de respuesta, como son psicoeducación neurobiológica, el entrenamiento o intervenciones basadas en la familia y técnicas cognitivas y de manejo de ansiedad.

En acuerdo con lo anterior mencionado, se ha demostrado a lo largo del tiempo la eficacia de los tratamientos de exposición con prevención de respuesta y el tratamiento psicofarmacológico en el caso de los pacientes con TOC. Existen diversas variedades que incluyen, principalmente, el tratamiento cognitivo, modalidades de aplicación como exposición imaginaria, tratamiento de grupo, familia, etc., y los tratamientos combinados, insistiendo en su especial utilidad para el tratamiento de los rituales compulsivos (Vallejo Pareja, 2001).

Siguiendo a Stratton (2016), este describe que la terapia familiar sistémica es eficaz en afecciones crónicas. Se tratará de establecer una calidad de vida a través del sistema de relaciones en el cual se incorpore la condición. Los terapeutas sistémicos preferirán incorporar al tratamiento tantas personas como sea posible en la red cercana de relaciones, puede ser la pareja u otros miembros de la familia que convivan juntos o incluso, si es posible, una red más amplia. Algunos de los métodos de los que pueden valerse incluyen, una conciencia de cómo operan los procesos familiares y la capacidad de hacerlos evidentes. En el caso de niños, poder trabajar con ellos en relación con sus padres y viceversa. Trabajar con las familias para comprender y utilizar productivamente su historia y tradiciones familiares, a través de la conversación y la acción, ayuda a reconocer opciones que no se han tenido en cuenta, y se podría realizar una exploración colaborativa de las fortalezas y recursos de los miembros de la familia que sirvan de apoyo mutuo. Indagar sobre distintos aspectos de la vida de la persona y sus interacciones, será de gran ayuda para observar qué área requiere intervención. Por ejemplo, intentar cambiar los patrones redundantes y narrativas restrictivas que limitan su vida, de tal manera que superen el sufrimiento y la sintomatología.

4 MÉTODOLOGIA

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo de caso único

4.2 Participante

Es un caso clínico de un joven, al que se llamará C, para preservar su identidad. De nacionalidad venezolana, tiene 21 años, vive hace un año en Argentina con su padre, de 50 años, quien vino a este país hace 10 años cuando se divorció. Tiene un hermano de 13 años que vive junto su madre en Venezuela.

Se encuentra estudiando Ingeniería industrial en la Universidad de La Plata y no trabaja. Expresa que a los 16 años fue a terapia, hizo un tratamiento por dos años, luego lo dejó por poco tiempo, y volvió a retomar por dos años más hasta que vino a vivir a Argentina. Durante sus dos tratamientos fue derivado al psiquiatra donde fue medicado la primera vez con Fluoxetina (10 mg.), y en el segundo tratamiento con Escitalopram. Actualmente está en tratamiento psicológico, y sigue medicado con Escitalopram (10 mg.).

Asiste a la entrevista de admisión porque dice ser homosexual y cree que lo filmaron. Ese pensamiento no lo deja dormir ya que no puede dejar de buscarse en Internet, dado que todavía él no lo ha aceptado, nadie lo sabe y tiene temor a que su familia en Venezuela se entere.

El terapeuta fue elegido luego de la entrevista de admisión. El mismo trabaja en el instituto desde hace 3 años. Previo a su trabajo realizó sus estudios en la Universidad de Buenos Aires y posgrado en el instituto donde actualmente atiende a C.

4.3 Instrumentos

-Se analizó el video de la entrevista de admisión en Cámara Gesell donde se distinguió motivo de consulta, sintomatología y se recabó información acerca de su historia personal, familiar y social. En dicha entrevista se observa la devolución del psicólogo,

quien se encuentra a cargo de todas las entrevistas de admisión, donde le expresa al paciente que es diagnosticado con trastorno obsesivo-compulsivo.

-Entrevistas semi-estructuradas con el psicólogo tratante donde se adquirió más información sobre el proceso y las diferentes intervenciones para abordar la sintomatología del paciente (pensamientos automáticos, obsesiones, compulsiones y conductas) y la evolución.

-Observación de la historia clínica del paciente, la cual contenía información surgida de la entrevista de admisión y todas las sesiones del tratamiento, tratamientos previos, seguimiento del terapeuta, las intervenciones y la evolución del paciente durante el proceso. Además, se obtuvieron datos de la información del tratamiento con el psiquiatra.

4.4 Procedimiento

Se observó y se trabajó con el video de la entrevista de admisión, la cual tiene una duración de aproximadamente 50 minutos, donde se accedió a los datos socio-demográficos, la construcción del motivo de consulta, la sintomatología expresada por el paciente, devolución del diagnóstico y posterior derivación con un terapeuta especializado.

Se realizaron tres entrevistas de aproximadamente 40 minutos cada una, con el terapeuta que estaba a cargo del proceso para indagar sobre las intervenciones aplicadas y su perspectiva sobre la evolución del paciente.

Las entrevistas semi-dirigidas con el terapeuta se realizaron según los siguientes ejes: motivo de consulta; antecedentes clínicos; datos centrales de la evaluación clínica; intervenciones; pronóstico y evolución.

5 DESARROLLO

En esta sección se aplican los conceptos planteados en el desarrollo teórico para el análisis de un caso tratado en la institución donde se realizó la pasantía que motivó el tema de esta tesina. Para responder los objetivos planteados, es necesario describir la

sintomatología del paciente, la evaluación del abordaje necesario y el posterior análisis de dichos síntomas.

5.1 Descripción de síntomas de un paciente con TOC

El contacto con la institución, C lo obtiene a través de su padre, quien también se encontraba realizando un tratamiento psicológico dentro del instituto, y le sugiere que vuelva a terapia.

Teniendo en cuenta la entrevista de admisión, se obtiene el motivo de consulta (García Martínez, 2013; Nardone & Watzlawick, 1992) y se observan los síntomas que presenta el paciente. A continuación se incluye un fragmento de la entrevista de admisión, realizada en la sala de Cámara Gessell, la cual a su vez también es grabada y así fue como se obtuvo acceso, en el que se destaca el motivo de consulta: “Yo soy gay, siempre lo supe, pero no lo he aceptado, por eso no quiero que se entere mi familia. Pero sé que hay algo mío en la web, y no puedo parar de buscarlo. Estoy seguro de que hay algún video y no duermo pensando si alguien de Venezuela ve un video mío, o una foto”.

Esta situación se desencadenó, según explica C, porque estaba empezando a “salir con alguien”, pero el chico se fue alejando de él, él también del muchacho, eso no era problema. Pero cuando el muchacho le hizo un desaire en el boliche, la situación cambió: “Ahora tengo en la cabeza si tiene una grabación y se pueda saber lo que pasó”. A partir, de allí cambió su idea respecto al muchacho en cuestión, cree que es una mala persona y se le instaló esa idea obsesiva que lo atormenta.

Estos pensamientos generan reacciones de ansiedad extrema dado que la persona lo valora muy negativamente o de manera catastrófica. Da cuenta de creencias o procesos meta cognitivos, como los que expone el grupo de trabajo sobre las cogniciones obsesivo-compulsivas, en las que las personas otorgan una importancia excesiva a los pensamientos como creencias relativas de que la mera presencia de un pensamiento indica que algo es importante (Paula Pérez, 2013).

Siguiendo con la entrevista de admisión, C expresa que quiso cambiar de ciudad, de país, de carrera: “quise cambiar todo, alejarme de mi familia, tengo miedo de que se den

cuenta”. Empezó a *cerrarse y sentirse bajón*. En Venezuela, le gustaban algunos chicos, pero como eran de la universidad, “no podía hacer nada”. Lo *trauma* que la gente se dé cuenta. Socialmente y moralmente tiene la *culpa* de que no debe ser así, que no deben gustarles los hombres. Eso lo angustia mucho, al punto de que cuando está hablando de la culpa que tiene por sus sentimientos, puede observarse, que se pone a llorar.

Comenzó la universidad, para estudiar Ingeniería industrial, pero a los dos meses la abandonó. Expresaba estar deprimido, sin ganas de nada y no dormía porque se pasaba toda la noche enfrente de la computadora buscándose. Cuando lograba acostarse a dormir, lo que hacía, ni bien se despertaba, era volver a buscarse.

En el caso que se describe aquí, la idea obsesiva, de que su familia se entere de su homosexualidad, no lo deja dormir, esto da cuenta de cómo los pensamientos intrusivos, llegan a ser tan molestos que no pueden ser evitados, y llegan a convertirse en un problema. Estos pensamientos dan lugar a una serie de pensamientos automáticos negativos, siendo intrusiones inaceptables para el individuo y su sistema de creencias (APA 2013; Paula Pérez, 2013; Rodríguez Acevedo et al., 2009; Salkovskis, 1985).

No obstante, debe tenerse en cuenta la idiosincrasia del consultante (Nardone & Watzlawick, 1992). Culturalmente en su país, la homosexualidad no es un tema aceptado, y su familia no es la excepción. Son personas creyentes y la homosexualidad no es aprobada. En este caso, el psicólogo tratante señala un comentario que le hizo C, con respecto a un tío que vive en Venezuela, el cual había contado a toda su familia que era homosexual y lo excluyeron, razón por la cual no lo había vuelto a ver desde ese momento.

La conducta compulsiva de C, de buscarse en Internet, la cual realiza en forma repetitiva e intencionalmente, la efectúa para aliviar o prevenir la preocupación, aunque sea, momentáneamente (APA 2013; Landsman et al., 2005).

Asimismo, esto da cuenta, de las soluciones intentadas fallidas. Los rituales compulsivos, además de ser parte del trastorno, forman parte de las estrategias que el paciente utiliza para reducir la ansiedad. La solución es fallida, porque la contención de los pensamientos negativos están sujetos a dicha acción (Kaplan & Sadock, 1999; Wainstein,

2006a). Williams y Weterneck (2019) en concordancia refieren que estos intentos producen el efecto contrario, aumentan la ansiedad y mantienen los síntomas.

El psicólogo, en la misma entrevista de admisión, le pregunta específicamente, acerca del tiempo que emplea al realizar dicha acción. Pregunta que le cuesta responder, porque la primera respuesta de C es: “todo el día”. Pero se le pide que sea más específico. El terapeuta debe tener una clara descripción del problema y de las reacciones del mismo, por lo que empleará preguntas concretas (García Martínez, 2013; Nardone & Watzlawick, 1992). Durante el día pasa mucho tiempo solo, porque su padre se encuentra trabajando. Se despierta al mediodía (a causa de que se acuesta de madrugada, entre las 4 y las 5 am), y a partir de allí, puede estar “buscándose” de 5 a 7 horas por día.

Al finalizar la entrevista de admisión el psicólogo, le realiza la devolución de la entrevista. Le expresa que es diagnosticado con TOC, que no es gay, cuestión que luego van a hablar más en detalle, pero que tiene un TOC muy fuerte y que eso es una desventaja. Le explica que su TOC es tan fuerte como su depresión, y, le señala que seguramente va a tener que realizar una consulta con el psiquiatra, quien probablemente ajustará su medicación. Esta devolución del terapeuta, define el problema sin dar explicaciones que puedan confundir al paciente, plasmando una clara descripción del mismo. Luego se deberá definir la estrategia de intervención que se utilizará (García Martínez, 2013; Nardone & Watzlawick, 1992). La aclaración que el psicólogo pronuncia acerca de que no es gay, la expresa para que no haya confusiones en el diagnóstico que hizo, dado que en los TOC con contenido sexual, pueden llegar a confundirse estas obsesiones y pensamientos con ansiedad o depresión como resultado de un conflicto de identidad sexual, cuando en realidad son relativamente comunes en esta clasificación (Zúñiga Campos & Rodríguez Orozco, 2021).

De la entrevista de admisión y posteriormente, de su historia clínica, se recabaron datos de su infancia. Expresa que “tenía “todos los juguetes ordenados, siempre”. Recuerda que en determinadas ocasiones, no quería jugar con ellos, para no desordenarlos. También comenta que tenía atuendos para todo, para estar en la casa por la mañana, otro para la

tarde, otro en la noche, ropa “especial” para salir, etc. Esto podría dar cuenta, de que en la infancia pueden manifestarse síntomas, tales como preocupación con rutina y orden, y se irá complejizando con el tiempo. (O’Connor et al., 2005).

En una de las entrevistas semi-dirigidas, el psicólogo tratante aporta datos de la relación de C con su padre. Explica que viene a Argentina a vivir con su padre, principalmente, porque es el único familiar que vive en este país, y era conveniente para él (su padre ya estaba instalado, es decir, con trabajo y vivienda, por lo que podía mantenerlo). Pero no tiene mucha comunicación con él. Al respecto comenta: “mi papá es muy meticuloso, perfeccionista, tuvo bajones, se encierra y habla poco”. El aporte de antecedentes familiares deben tenerse en cuenta para saber si hay evidencia de precursores subclínicos premórbidos, dado que se ha demostrado la existencia de una estrecha relación entre un inicio temprano de síntomas y la heredabilidad familiar (Bridley & Daffin, 2019; O’Connor et al., 2005).

El psicólogo tratante expone acerca del alto grado de ansiedad que tiene C, y que tiene una gran impulsividad a la masturbación. Lo primero que hacía cuando llegaba de la universidad era masturbarse. Lo realiza mínimo dos veces por día y hasta cinco veces o más, ahora que tiene más tiempo libre, por el hecho de haber dejado la universidad. Como se explicaba en la descripción del TOC, la APA separó este trastorno, de los trastornos de ansiedad, pero aún así, reconoce su componente ansioso (Lozano Vargas, 2017).

Subraya además que C le comenta que suele ir a boliches para homosexuales, pero no va a “buscar”, sino a observar. Se queda observando a los gays, porque les tiene mucho rechazo, busca algo masculino. Incluso, le expresa que no la pasa bien cuando tiene relaciones sexuales, que siempre toma el papel pasivo en la relación sexual, porque no tiene erecciones, dado que no se puede concentrar, se siente sucio. Como explican Williams y Wetterneck (2019) las obsesiones sexuales incluyen temores referentes a experimentar un cambio en la orientación sexual, a participar en actos sexuales indeseables o imágenes mentales sexuales no deseadas. Estas personas suelen padecer rumiaciones mentales, y el contenido de éstas los lleva a cuestionar su orientación sexual. Por ello, suelen sufrir una

intensa angustia y extrema vergüenza. Estas obsesiones son frecuentes en el TOC, pero pueden llegar a confundirse con una crisis de identidad sexual, cuando en realidad, son producto del trastorno (Zúñiga Campos & Rodríguez Orozco, 2021).

Considerando la historia clínica y entrevistas con el psicólogo tratante, pueden clasificarse las obsesiones y compulsiones de C, con contenido de pensamientos prohibidos o tabú, éstos pueden ser sexuales y/o experimentar imágenes recurrentes sexualmente explícitas, como también el miedo a ser homosexual. Para no enfrentarse a situaciones que desencadenen pensamientos obsesivos y compulsiones, que luego conllevan a sentir angustia, las personas que padecen este trastorno, evitan sociabilizar, o lugares, o sucesos, que las pueden desatar (APA, 2013).

Adicionalmente, en las entrevistas con el psicólogo tratante, se destacan rituales de limpieza (APA, 2013). Realiza conductas compulsivas de limpieza, luego de los encuentros sexuales. El consultante explica que cuando regresa a su casa, se baña durante una hora, para sacarse el asco que le produjeron esos encuentros.

En el caso que se describe aquí, se hace evidente que el consultante muestra señales de deterioro en diversos ámbitos y dominios de la vida, tanto en sus vínculos sociales, como en el aspecto estudiantil (APA, 2013; Sookman, 2016).

En la historia clínica se observan datos acerca del grado de conciencia que presenta el paciente. Se le consultó al psicólogo tratante acerca de este tema, quien expresó inquietud, porque al principio de la terapia el paciente “creía que había algo en la web de él”, pero a medida que pasaron las sesiones, eso fue variando, y en muchas ocasiones C le decía que tenía la “*certeza* de que lo habían grabado”. Los síntomas se habían agudizado, y C, en una de las sesiones le reveló que había dejado de tomar la medicación desde hacía un tiempo (mes y medio aproximadamente), citándolo con sus palabras: “porque sí, ya estoy cansado”. Teniendo en cuenta, que deben establecerse criterios según el grado de conciencia, esas afirmaciones denotaban, una ausencia de introspección, es decir, que la persona está convencida de que sus creencias son verdaderas. Este criterio refleja un grupo

de pacientes obsesivos que se asemejan a la psicosis (Castelló Pons, 2014). Según el psicólogo el pronóstico del consultante no es favorable.

Luego de aproximadamente 11 sesiones el consultante abandonó la terapia.

5.2 Técnicas empleadas dirigidas a las obsesiones

Considerando las intervenciones como prácticas en la cuales el consultor orienta cambios en el consultante, se plantearán estrategias para cortar el circuito de soluciones fallidas y poder modificar ese patrón (Wainstein, 2006a). El análisis del material provisto por los instrumentos, tanto el video de entrevista de admisión, como las entrevistas semi-dirigidas con el psicólogo tratante y la historia clínica, permiten observar diversas técnicas empleadas por el terapeuta.

Comenzando por el video de la entrevista de admisión, se define el motivo de consulta y el problema. Para ello, se observan preguntas concretas y específicas. Dando cuenta de la idea obsesiva que lo perturba (García Martínez, 2013).

Posteriormente el psicólogo tratante, trabaja con esta idea, y da un ejemplo de una intervención orientada a modificar la forma en que el consultante construye el sentido de la situación problemática que enfrenta. C dice que tiene culpa, que sabe que no deben gustarle los hombres, por eso no duerme pensando en si alguien pudiera ver el video en Internet. Por lo que el terapeuta le pregunta, qué pasaría si en el video estuvieras con una mujer. A lo que C responde: “no, ahí no pasaría nada, pero no es con una mujer”. La intervención, al preguntar “que pasaría” intenta enfrentar al consultante con el problema, para poner de manifiesto su construcción personal, al mismo tiempo que se testea el deseo de cambio del consultante. Esta intervención pone de manifiesto la interpretación que hace C acerca de su intrusión, por lo que se trabajó con la idea de que lo importante no es pensar en ser o no homosexual, sino en cómo valora ese pensamiento, dado el malestar que le genera dicha intrusión y por la que C realiza acciones para suprimirla, pero lejos de atenuarlas, éstas aumentan en frecuencia e intensidad. Además, denota la falta de recursos,

para ni siquiera poder imaginar otra situación “pero no es con una mujer”, y un bajo deseo de cambio (Dávila, 2014).

En la quinta sesión, el psicólogo destaca que empieza a notar que la idea obsesiva de “soy homosexual”, es algo muy arraigado que tiene C, es decir, como una construcción de su identidad. Si bien nota que hay indicadores de que podría no ser homosexual, observa que lo ha transformado en un rasgo de su personalidad, el “ser homosexual”, por lo que opta, por el momento, no intervenir en su orientación sexual, y en la idea de que no es homosexual.

La estrategia que reformuló entonces es tratar la idea obsesiva que presenta el consultante “no quiero que Venezuela se entere”, como lo expresaba C, y comenzó a trabajar en la reestructuración de la cognición. Se utilizó fundamentalmente la técnica de EPR, estableciendo metas y objetivos terapéuticos, con el fin de disminuir su ansiedad. También se utilizó la técnica de Role Play, como exposición a enfrentar a lo temido: “decírselo a los padres”. Para ello se trabajó con la idea de cómo podría decírselo a los padres, a quién podría decírselo primero, pensar a cuál de todos los miembros de su familia podría generarle menor tensión, y que, además, conscientemente pueda representar el rol adoptado. El objetivo apunta a que el consultante pueda realizar una reformulación, que apunta a modificar el contexto emocional y conceptual para hacer surgir un sentimiento alternativo (Dávila, 2014; Rosa Alcázar, et al., 2012; Vallejo Pareja, 2001).

Resulta importante que el consultante aprenda a identificar las obsesiones que generan el ritual, es decir identificar las creencias que asume en las obsesiones. Para ello, el psicólogo tratante, además, se encontraba instruyendo a C para que pudiera identificar los sesgos que operaban en el ritual. Le pidió que traiga una lista de los rituales que más tiempo le consumían, y que mida el grado de ansiedad que le causaba no hacerlos, indicando 1, baja ansiedad, y 10, elevada ansiedad, y también debía anotar el tiempo invertido en ello, con el fin de identificar los pensamientos intrusivos que sostienen el o los rituales (Dávila, 2014).

Además, teniendo en cuenta la edad del consultante. C es un joven de 21 años, que actualmente no estudia, no trabaja, se encierra en su cuarto la mayor parte del tiempo y las pocas salidas sociales que tiene (ir a boliches homosexuales) están estrechamente relacionadas con la perpetuación del trastorno. Por lo que, el psicólogo tratante, en paralelo, trabaja con su ciclo vital, incitándolo, por ejemplo, a buscar trabajo, dado que es algo que lo va a empezar a estructurar, adquirirá un sentido de responsabilidad, lo va a mantener ocupado y podría hasta aumentarle la autoestima (Dulcey-Ruiz & Uribe Valdivieso, 2002).

5.3 Técnicas aplicadas en relación a las compulsiones

Para tratar la impulsividad a la masturbación que padece C, que en parte es característico del perfil ansioso que sufre, el psicólogo le indicó comentarlo con el psiquiatra. Es en esta ocasión que C exterioriza que no está tomando la medicación, hace un tiempo. Razón por la cual, cree aún más necesario que retome el tratamiento psiquiátrico, ya que seguramente deberá ajustar la dosis, o inclusive medicarlo con Risperidona o algún otro antipsicótico, si éste lo considerará necesario. El psicólogo opina que, además, lo ayudará a dejar de pensar tanto tiempo en lo mismo, y calmar un poco esa idea que tiene en la cabeza, y esa certeza que lo atormenta.

También, cuando la sesión se centra en los encuentros sexuales que efectúa y se indaga acerca del grado, o la capacidad de disfrute, C indica que la pasa muy mal, que no puede concentrarse, que eso no le pasaba antes, cuando tenía relaciones sexuales con mujeres. Ante eso, el psicólogo intentó trabajar con el humor para observar su reacción a estos temas que generan resistencias (Dávila, 2014), acotando que “también se puede ser bisexual, no hay problema con eso”. C, esbozó apenas un gesto sonriente, pero, no parece tener en cuenta esa opción.

Para comenzar a trabajar con las compulsiones, dado que las interpretaciones disfuncionales sobre el significado de las obsesiones generan rápidamente una respuesta de ansiedad, con el consiguiente efecto sobre el estado de ánimo. El paciente recurre a diferentes estrategias de afrontamiento, los cuales generan un alivio momentáneo, que a su vez, refuerzan el circuito. Por un lado, reforzando aun más dichas conductas compulsivas y

por el otro, afianzando la interpretación disfuncional dado que se bloquea el acceso a información que desconfirmaría las creencias iniciales. (Landsman, Rupertus & Pedrick, 2005; Salkovskis, 1985). Un ejemplo, en este caso, es que C está tanto tiempo buscándose, que le comenta al psicólogo que encontró un perfil en un sitio web, en el que la foto le hizo recordar al muchacho con el que salía, pero para ingresar a ese sitio debía pagar. Razón por la cual su ansiedad se disparó, porque se debatía en pagar o no, puesto que, si utilizaba la tarjeta de crédito, iba a verse reflejado en el resumen, y su padre se iba a enterar. En la historia clínica, queda registrado el grado de ansiedad que está padeciendo, y como esa idea se vuelve certeza, en parte por haber abandonado la medicación, está muy agudizada la ansiedad, y en parte por la resistencia al cambio que está ofreciendo.

La resistencia al cambio es algo que suele producirse en terapia. Como se mencionaba anteriormente una intervención paradójica, puede ser la reestructuración, en la que se intenta influir indirectamente sobre el consultante poniéndolo frente a un dilema, pidiéndole que haga algo que va en un sentido opuesto a los objetivos del tratamiento, esperando que no lo haga, sino que, por el contrario, se vea obligado a reflexionar. Otra intervención, es la prescripción, primero se deberá redefinir el síntoma, que la persona haga otra interpretación, para luego realizar una prescripción del mismo (Nardone & Watzlawick, 1992). En esta ocasión, el psicólogo tratante, realiza una intervención paradójica, eligiendo la prescripción del síntoma, indicándole que debe buscarse. En conjunto organizaron el horario en que lo iba a realizar. Acordaron en una hora por la tarde, y una hora por la noche. Esta intervención desorientó a C, quien le preguntaba: “¿y, pero me voy a buscar, no estoy acá para no hacerlo más?”, a lo que el terapeuta responde: “Sí, tenés que buscarte, busca a ver si te encontras, en el tiempo que acordamos”. La intervención aquí, plantea el dilema de realizar voluntariamente aquello que mantenía involuntariamente (Dávila, 2014).

El resultado no fue muy efectivo, dado que no pudo acatar esta prescripción, es decir, superó las horas prescriptas por el terapeuta.

Después de haber testeado la respuesta de C (Wainstein, 2006a), se optó, por recurrir a una exposición más paulatina, con tareas mínimas. Si lo habitual en C era

buscarse durante aproximadamente 5 a 7 horas, y en la primera intervención se acordó 2 horas, pero no pudo cumplirlo, entonces la prescripción será de 3 horas. Lo mismo está dirigido, también con la compulsión a masturbarse. Para luego, ir progresivamente avanzando hacia prescripciones más arriesgadas. En la siguiente sesión, C dice que obtuvo un mínimo avance, dado que hubo días, que pudo cumplirla y otros que no. Se trabajó en eso durante varias sesiones.

Buena parte de las soluciones intentadas funcionan finalmente como sostenedoras del síntoma. Por esta razón lo más significativo del tratamiento es lograr cambios mínimos que interfieran con ese circuito de síntoma/intento fallido/síntoma (Wainstein, 2006b).

5.4 Análisis de cambios en la sintomatología

A partir de la evaluación del problema inicial y su queja, las intervenciones del psicólogo tratante se orientaron a promover un proceso de cambio, sobre todo en las compulsiones.

Los rituales, especialmente el relacionado con la compulsión de buscarse, se considera como parte de ese circuito. A partir del tratamiento se produjeron algunos cambios mínimos. C comenzó a buscarse durante menos tiempo y pudo percibirlo como un logro y comunicarlo en terapia. Lo mismo percibió con la limpieza, el cual indicó, que si llegaba muy cansado a su casa, no se bañaba durante tanto tiempo. Para reforzar esta disposición al cambio, el terapeuta destacó el valor que tienen los logros obtenidos, aún los mínimos. Esto puede destacarse como un camino posible para avanzar en el manejo de los rituales, y a través de ellos, de las obsesiones del consultante (Wainstein, 2006b).

Sin embargo, en varias sesiones el terapeuta trabajó con respecto a la disposición al cambio del consultante de manera directa e indirecta, siendo ésta una intervención indicada para reducir la resistencia en aquellos casos en que la persona tiene tendencia al oposicionismo o la resistencia (Nardone & Watzlawick, 1992). Por ejemplo, a través de la pregunta orientada a saber qué pasaría si sus padres se enteraran de que es homosexual, o que pasaría si el video que busca en Internet fuera con una mujer, o, con la prescripción de

buscarse durante determinado tiempo en la web, no obteniendo resultados favorables al pronóstico de su evolución, ya que a pesar de sus avances mínimos, siguieron presentándose dificultades para manejarlos.

Es fundamental explicar paso a paso al paciente la técnica de exposición con prevención de respuesta, ya que así entenderá la necesidad de cooperación. Posteriormente se elabora una jerarquía de situaciones temidas y cumplir objetivos de afrontamiento empezando desde las más sencillas, se califica el grado de ansiedad y se irá superando poco a poco (Dávila, 2014). Estas tareas no fueron fáciles de realizar para C, se encontraba muy desmotivado y deprimido, por lo que no tenía ganas de hacerla.

La idea obsesiva, se encuentra tan arraigada y como rasgo de personalidad en C, que no es posible avanzar, ni siquiera con la técnica de Role Play. Es decir, que en forma imaginaria no puede decirle a su familia que es gay, sin prever resultados catastróficos socialmente (Dávila, 2014; Rosa Alcázar, et al., 2012; Vallejo Pareja, 2001). Es por ello, que en este caso la familia, alimenta bastante este circuito obsesivo (Dulcey-Ruiz & Uribe Valdivieso, 2002). Intentar realizar una reformulación para hacer surgir un sentimiento alternativo, fue casi nulo.

Por lo expuesto anteriormente, se llega a la conclusión de que los cambios en la sintomatología fueron escasos, y conforme pasaban las sesiones hasta se ha podido observar un retroceso, causado en parte, por haber dejado la terapia psicofarmacológica. A partir de allí, el consultante empezó a faltar a terapia, hasta que finalmente abandonó el tratamiento.

6 Conclusiones

El TOC es una patología incapacitante, con una base biológica no del todo certera. Como expresan Botella y Robert (citado en Belloch et al., 1995), hay algo exterior con lo que se lucha y se resiste activamente, con la posibilidad de agotamiento y rendición final. Esto da cuenta que la obsesión no es voluntaria, sino por el contrario, que es vivenciada por

la persona como algo que invade su conciencia, y da lugar a una serie de pensamientos automáticos negativos, a través de la interacción entre las intrusiones inaceptables para el individuo, y su sistema de creencias.

El objetivo general del presente trabajo se considera cumplido a partir del análisis de la historia clínica, del material en video y las entrevistas con el psicólogo tratante, a través de los cuales se alcanzó a describir el tratamiento de un paciente con TOC, pudiéndose observar, a lo largo de las sesiones, técnicas empleadas a obsesiones y compulsiones, con las que finalmente se generaron algunos cambios en la sintomatología. Sin embargo, a partir del momento en que el paciente dejó de tomar la medicación psiquiátrica, sus síntomas se agudizaron y la resistencia al tratamiento fue mayor. Consecuentemente el paciente abandonó la terapia.

En cuanto a los objetivos específicos, el primero de ellos, estaba focalizado en la descripción de los síntomas del paciente con diagnóstico de TOC. Para ello, desde la entrevista de admisión se precisó la queja inicial, el problema y las soluciones intentadas, con preguntas concretas para tener una clara descripción del problema (García Martínez, 2013). A partir de allí, se proporcionó el diagnóstico al paciente, y se intentó además proveerlo de forma clara y entendible (García Martínez, 2013; Nardone & Watzlawick, 1992). El consultante presentaba ideas obsesivas acerca de que alguien lo había grabado con un hombre en un boliche y luego subido a la web, por lo que lo atormentaba la idea de que su familia en Venezuela pueda verlo, dado que él decía ser homosexual pero nadie de su familia lo sabía. Por consiguiente pasaba horas frente a la computadora buscando si había algún video de él. Además explicaba cómo eran sus encuentros sexuales y que los mismos le daban asco.

Cuando llega a terapia, el consultante presenta una idea obsesiva muy arraigada. Se fue manifestando la sintomatología a través de un proceso que se ajusta al consultante, con su lenguaje, valores, creencias, expectativas y motivaciones (García Martínez, 2013). Se ha observado que las obsesiones se presentan de forma más severa en los pacientes que sufren pensamientos inaceptables, a diferencia de quienes presentan otros contenidos en su TOC.

Asimismo, resultó esclarecedor deducir el diagnóstico desde la entrevista de admisión, sobre todo por el tipo de TOC que presentaba el consultante. Las obsesiones

relacionadas con la orientación e identidad sexual, pueden conducir a interpretaciones erróneas y consiguientemente al retraso en el tratamiento, por lo que en muchos casos se ha obstaculizado o retrasado el acceso a un tratamiento basado en la evidencia para el TOC (Zuñiga Campos & Rodríguez, Orozco, 2021).

Específicamente en los pensamientos de índole sexual, se observa tasas de depresión más elevada y mayores obstáculos en sus vidas como resultado de sus síntomas (Williams & Wetterneck, 2019), esto pudo observarse en el consultante y la agudización de sus síntomas a lo largo de las sesiones.

El segundo objetivo refería a la identificación de técnicas aplicadas a las obsesiones. Se considera, que los problemas que padecen los consultantes tienen origen en su propia actividad. En su carácter de sujetos activos, buscan modos de enfrentar sus problemas, pero las soluciones intentadas generan circuitos que mantienen el problema (Nardone y Watzlawick, 1992; García Martínez, 2013). Las ideas obsesivas que presentaba el consultante, descritas por el psicólogo tratante, -el ser homosexual- las considera como rasgo de personalidad. Tan arraigadas que le impedía disfrutar de las cosas que hacía cotidianamente, inclusive abandonó la universidad.

En este aspecto se le asignaron tareas, usando un lenguaje implícito y explícito, dando devoluciones que re-encuadren y redefinan el problema (García Martínez, 2013). Las intervenciones se orientaron a observar la pauta del problema y a romper su rigidez, incluyendo reformulaciones y tareas. Se afrontó al consultante con la técnica de exposición de enfrentar a lo temido, y con la técnica de Role Play. En este sentido, una de las intervenciones que utilizó el psicólogo se dirigía a la reformulación de su pensamiento acerca de que sucedería si el video fuera con una mujer y no con un hombre, o como sería la escena en que el pudiera decirle a alguien de su familia su orientación sexual. El cambio que se busca no es el final, sino el cambio funcional. Sin embargo, partir de las intervenciones mencionadas, no se lograron cambios significativos, debido a la idea obsesiva tan arraigada y la resistencia del consultante al cambio.

Una pregunta que surge aquí es, que hubiese sucedido, y si podría haber sido conveniente realizar una sesión en conjunto con el padre de C. Este recurso es utilizado en la terapia sistémica y dado que también el padre se atendía en la institución podría haber

sido viable. Al observar las interacciones entre ellos, e identificar las formas en las cuales el padre contribuía a mantener el circuito de perpetuación, se podría planificar intervenciones específicas que pudieran modificar las condiciones de esta relación en ese circuito. Utilizar productivamente sus valores y tradiciones familiares suministra nuevas herramientas de trabajo y amplía el panorama (Stratton, 2016).

Las técnicas aplicadas en relación a las compulsiones, en el tercer objetivo, se encuadran dentro de la terapia cognitiva conductual, particularmente, la prescripción del síntoma y la exposición con prevención de respuesta, que debe ser acompañada de un tratamiento psicofarmacológico (Dávila, 2014; Vallejo Pareja, 2001; Rosa Alcázar et al., 2012). Trabajar con exposición genera niveles muy elevados de ansiedad en el paciente, pero el terapeuta puede acompañar al consultante, pudiendo mantener un registro del paciente y en caso de ser necesario, utilizar técnicas de relajación y humor. El objetivo sería intentar influenciar al paciente a darse cuenta de que los pensamientos negativos y sobrevalorados que presenta no ocurren como él pensaba. El consultante, en este caso, tenía un elevado nivel de ansiedad, y agudizó esta situación, el hecho de haber abandonado el tratamiento psicofarmacológico, por lo que con esta técnica, pudo verse un mínimo avance.

Sin embargo, se considera que no hay una estrategia terapéutica exclusiva, sino que es posible optar por complementar herramientas terapéuticas de distintos modelos, analizando los aspectos que requieren una atención diferencial según las particularidades del caso (Vallejo Pareja, 2001).

En el último objetivo, analizar si se produjeron cambios en la sintomatología del consultante, en relación a las obsesiones y compulsiones, a pesar de cambios mínimos que pudieron observarse en el consultante, el problema permaneció. Pudo apreciarse que, lamentablemente, no hubo cambios significativos en la sintomatología del consultante por diversos factores, como el hecho de haber abandonado la medicación, la resistencia al cambio que ofrecía, y una idea obsesiva muy arraigada.

Asimismo, puede pensarse que las limitaciones encontradas para lograr un cambio podría relacionarse con el tipo de terapia implementada o puede deberse al estilo del psicólogo, dado que una de las habilidades que debe tener un terapeuta sistémico es adaptar

su lenguaje al estilo comunicacional del consultante para disminuir la resistencia al cambio (Dulcey-Ruiz & Uribe Valdivieso, 2002; Wainstein, 2006a), como también la experiencia que posea con este trastorno.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, en primer lugar se puede señalar que el caso era reciente en la institución, lo que impidió realizar un análisis más completo del proceso de cambio generado a partir de las intervenciones. Hasta el momento de la finalización de la práctica y habilitación profesional, el consultante llevaba en tratamiento aproximadamente tres meses, unas 11 sesiones, en las que en el medio había interrumpido el tratamiento psicofarmacológico, cuestión por la cual su sintomatología se había agudizado y rigidizado. Seguidamente faltó sin aviso a las siguientes sesiones, por lo que se determinó el abandono de la terapia. Por lo tanto, la interrupción del tratamiento fue otra limitación. Cabe destacar que, a pesar de estas limitaciones, se pudieron registrar algunos cambios en el consultante. Pero, el pronóstico que procuraba el psicólogo, no era favorable.

Se recalca, el formato de las videograbaciones que se utiliza en la institución, dado que tienen una gran ventaja, cada psicólogo de la institución tiene la posibilidad de observar en detalle la entrevista de admisión del paciente que le derivaran. También son utilizados por estudiantes del posgrado de la institución y pasantes. Asimismo, los espacios que brindó el psicólogo tratante fueron de gran aporte, por ejemplo, dado que el paciente fue agudizando los síntomas, explicó que se evaluaría la posibilidad de realizar un diagnóstico diferencial entre TOC y trastorno de personalidad TOC, o evaluar una comorbilidad con rasgos paranoides y psicóticos.

En esta línea, una sugerencia que podría haber sido de interés, sería la utilización de instrumentos diagnósticos como escalas o cuestionarios para profundizar la información del caso.

Al retomar el presente trabajo en el contexto actual de pandemia, una limitación fue que no se pudo acceder al instituto debido a que se encontraba cerrado. No obstante, algunos profesionales de allí estuvieron a disposición de manera online.

Con respecto a futuras líneas de investigación, con el fin de procurar un avance en el tratamiento del TOC, resulta fundamental que se continúe investigando acerca de la biología de dichos pacientes diagnosticados con TOC, para aumentar la comprensión que caracteriza al trastorno, con respecto a las bases anatómicas/ biológicas.

Sobre todo, cuando las características del TOC, no son las que podríamos llamar convencionales, como en este caso, cuando la idea empieza a rozar los rasgos psicóticos y pone en duda cuestiones de personalidad, y las intervenciones no generan grandes cambios.

Conjuntamente, a criterio de esta pasante, hacer más visible y realizar una mayor investigación acerca de este contenido de obsesiones y compulsiones, que quizá no son tan comunes como pueden ser el de limpieza, orden o acumulación, ayudaría a las personas que lo padecen a tener un acceso a las adecuadas intervenciones, antes de que los síntomas estén demasiado agudizados y/o la persona ya este “cansada” de intervenciones que no le resultan eficientes.

A partir de ello, podrían desarrollarse nuevas formas de intervención, unificando y complementando con los aportes de la clínica, en cuanto a la descripción de los síntomas, con un abordaje desde una perspectiva más integradora.

En cuanto al tratamiento, como se observó en este caso clínico, es necesaria la combinación de farmacoterapia y la psicoterapia, cuando el paciente ha tenido una respuesta parcial o mínima a las intervenciones. Esta combinación es considerada la opción óptima de tratamiento para el TOC.

La experiencia de poder experimentar todo el proceso, desde la entrevista de admisión, la elaboración del diagnóstico, la planificación de las intervenciones, como así también, volver a replantear intervenciones porque no eran compatibles, o simplemente no funcionaban con el consultante, y al mismo tiempo poder observar, y no observar los cambios esperados, fue de gran aprendizaje acerca de este trastorno.

Quien escribe agradece la disposición de todo el equipo de la institución, quienes recibieron las consultas con apertura y disposición, durante la pasantía y la realización de esta tesina desde un lugar de respeto y calidez.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Allington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Bridley, A. & Daffin, L. W. (2019). *Abnormal Psychology: Washington State University*. State University of New York Oer Services.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 46–74.
- Casablanca, R. & Hirsch, H. (1994). *Como equivocarse menos en terapia*. Santa Fe: Universidad nacional del Litoral.
- Castelló Pons, T. (2014). El espectro obsesivo-compulsivo en el DSM 5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace-Revista Iberoamericana de Psicosomática*, 3 (112), 22-27.
- Dávila, W. (2014). Terapia cognitivo-conductual en el trastorno obsesivo-compulsivo. *Norte de salud mental*, 12 (49), 58-64.
- Donatti, S. & Garay, C. J. & Etchevers, M. J. (2015). La comunicación entre psicólogos clínicos y psiquiatras en el tratamiento combinado (psicoterapia y farmacoterapia) en salud mental. *Anuario de Investigaciones*, XXII, 29-38. ISSN: 0329-5885. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369147944002>

- Dulcey-Ruiz, E. & Uribe Valdivieso, C. (2002). Psicología del ciclo vital: Hacia una visión comprensiva de la vida humana. *Revista Latinoamérica de Psicología* 34 (1-2), 17-27.
- Fernández Liria, A. & Rodríguez Vega, B. (2008). La era de los tratamientos integrados: Combinación de psicofármacos y psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII(2), 139-148. ISSN: 0327-6716. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921780007>
- García Martínez, F. E. (2013). *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones/ Compilación*. Santiago: RIL editores.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Paramericana S.A.
- Kodysz, S. (s.f.). Trastorno obsesivo-compulsivo. Breve revisión bibliográfica. Hojas Clínicas de Salud Mental. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 15-20.
- Landsman, K., Rupertus, K., & Pedrick, C. (2005). *Loving someone with OCD*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80 (1), 36-42.
- Maass, J. (2014). DSM-5: Nueva clasificación de los trastornos mentales. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 52 (1), 50-54.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Editorial Herder.

- O'Connor, K., Aardema, F., & Pélissier, M. C. (2005). *Beyond Reasonable Doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Paula Pérez, I. (2013) Diagnóstico diferencial entre el trastorno obsesivo compulsivo y los patrones de comportamiento, actividades e intereses restringidos y repetitivos en los trastornos del espectro autista. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6 (4), 178-186.
- Perinat, A. (2007). *Psicología del desarrollo. Un enfoque sistémico* (3ª ed.). Barcelona: Editorial UOC.
- Pinquart, M., Oslejsek, B. & Teubert, D. (2014). Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 26 (2), 241-257. DOI: 10.1080/10503307.2014.935830
- Prada Villalobos, S. (2013). Corrientes cognitivas y sistémicas en psicoterapia: integración y paradigma. *Reflexiones*, 92(2), 155-161.
- Rector, N., Bartha, C., Kitchen, K., Katzman, M. & Richter, M. (2016). *Obsessive-compulsive disorder. An information guide*. Toronto: Centre for addiction and Mental Health.
- Rodríguez Acevedo, A., Toro Alfonso, J. & Martínez Taboas, A. (2009). El trastorno obsesivo-Compulsivo: Escuchando las voces ocultas. *Revista puertorriqueña de Psicología*, 20, 7-32. Recuperado de <http://www.redalyc.org/toc.oa?id=2332&numero=16361>

- Rodríguez Ferret, N. (2018). Bases biológicas de la fisiopatología y la farmacología del trastorno obsesivo-compulsivo de inicio en la infancia y la adolescencia Influencia de la genética y la desregulación inmunológica (tesis de doctorado). Recuperado de Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/126835>
- Rosa Alcázar, A. I., Iniesta Sepúlveda, M. & Rosa Alcázar, A. (2012). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales en el trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Una revisión cualitativa. *Anales de psicología*, 28, 313-326.
- Rosa Alcázar, A. I., Iniesta Sepúlveda, M. & Rosa Alcázar, A. (2013). Los tratamientos farmacológicos en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo en niños y adolescentes: Una revisión cualitativa. *Actas españolas de Psiquiatría*, 41 (3), 196-203.
- Salkovskys, P. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)
- Sanz Velloso, P. & Fernandez Cuevas-Vicario, A. (2015). Trastorno obsesivo compulsivo. *Medicine*, 11 (84), 5008-5014.
- Sookman, D. (2016). *Specialized Cognitive Behavior Therapy for Obsessive Compulsive Disorder. An expert clinical guidebook*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S. E., Medina Mora, M. E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIX, 275-299.
- Stratton, P. (2016). *The Evidence Base of Family Therapy and Systemic practice*. UK. Association for Family Therapy.

- Vallejo Pareja, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13, 419-427.
- Vargas Álvarez, L., Palacios Cruz, L., González Thompson, G. & De la Peña Olvera, F. (2008). Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Una actualización. Segunda parte. *Salud Mental*, 31 (4). Recuperado http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000400005
- Vega Dienstmaier, J. (2016). Avances en el tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Neuropsiquiatría*, 79 (4). Recuperado http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972016000400006&script=sci_arttext
- Villarreal Zegarra, D. & Paz Jesus, A. (2015). Terapia familiar sistémica: Una aproximación a la teoría y la práctica clínica. *Interacciones. Revista de Avances en Psicología*, 1 (1), 45-55.
- Wainstein, M. (2006a). *Intervenciones para el Cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2006b). *Comunicación: Un paradigma de la Mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Williams, M. T. & Wetterneck, C. (2019). *Sexual Obsessions in Obsessive-Compulsive Disorder. A Step-by-Step, Definitive Guide to Understanding, Diagnosis, and Treatment*. New York, NY.: Oxford University Press.

Zúñiga Campos, E. & Rodríguez Orozco, A. (2021). Trastorno obsesivo compulsivo de orientación sexual, intervenciones cognitivo-conductuales. *Ibn Sina-Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud*, 12(1). Recuperado <http://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina>

Ulloa Flores, R., Palacios Cruz, L., Sauer Vera, T. (2011). Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: una revisión del tratamiento. *Salud Mental*, 34(5), 415-420.