



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2021/2022



Modalidad: Diseño de una propuesta de intervención.

Título: *Mente poderosa*: Intervención en un caso de TOC Puro.

Autor: Katerina Ilianova Mateeva

Tutor: Carlos Candela Agullo

Elche a 01 de junio de 2022

Índice:

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Método.....	8
3.1. Evaluación de las necesidades.....	8
3.2. Objetivos.....	9
3.3. Descripción de la intervención.....	10
3.3.1 Participantes.....	11
3.3.2. Variables e instrumentos	11
3.3.3. Descripción de las sesiones	13
4. Discusión y conclusiones	23
5. Bibliografía	24
6. Anexos.....	25
6.1. Cronograma.....	26
6.2. Instrumentos de evaluación.....	27
6.3. PowerPoint Sesión 1.....	34
6.4. PowerPoint Sesión 5 y 7.....	36

1. RESUMEN

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno caracterizado por la presencia de obsesiones y compulsiones. Trastorno obsesivo compulsivo puro, por otro lado es el mismo trastorno, pero se presentan sólo obsesiones, sin compulsiones. La meta de la presente propuesta de intervención, basada en terapia cognitivo-conductual, es tanto cambiar las reacciones a los pensamientos perturbadores y modificar las estrategias utilizadas, como mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir el uso de fármacos. Para este objetivo, se han desarrollado diez sesiones teórico/prácticas destinadas a trabajar los pensamientos obsesivos y mejorar la calidad de vida del paciente con una duración de una hora cada una. La terapia se debe completar en 3 meses, realizando una sesión a la semana. Se implementa en el contexto tanto del hospital, como a través de internet. Además, en algunas sesiones se incluye a la esposa del paciente. Se utilizan inventarios como *Escala de obsesión-compulsión de Yale-Brown (Y-BOCS)*, *Test de Evitación Conductual para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (BAT)*, *Inventario Maudsley de Obsesión-Compulsión (MOCI)*, *Inventario de Padua (IP)*.

Palabras clave: TOC puro, intervención, diferente, obsesiones, inventarios

Abstract

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a disorder characterized by the presence of obsessions and compulsions. On the other hand, Pure obsessive-compulsive disorder has the same characteristics, but only obsessions, without compulsions. The goal of the present intervention proposal, based on cognitive-behavioral therapy, is both to change the reactions to the disturbing thoughts and to modify the strategies used, as well as to improve the patient's quality of life and reduce the use of drugs. For this objective, ten theoretical and practical sessions have been developed to work on obsessive thoughts and improve the patient's quality of life with a duration of one hour each. The therapy should be completed in five weeks, with two sessions per week. It is implemented in the context of the hospital, as well as through the Internet. In addition, the patient's wife is included in some sessions. Inventories such as the Yale-Brown Obsession-Compulsion Scale (Y-BOCS), Behavioral Avoidance Test for Obsessive-Compulsive Disorder (BAT), Maudsley Obsession-Compulsion Inventory (MOCI), Padua Inventory (PI) are used.

Key words: OCD pure, intervention, different, obsessions, questionnaires

2. INTRODUCCIÓN

El Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno que se define como la presencia de dos componentes: obsesiones y compulsiones. Según la quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), las obsesiones se caracterizan como “pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes persistentes y recurrentes que se experimentan como intrusivos y no deseados,” mientras que las compulsiones son “conductas repetitivas o actos mentales que se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente” (American Psychiatric Association [APA], 2013, p. 235).

Cabe destacar que la relación terapéutica es esencial para crear el contexto interpersonal necesario, para generar cambio, y se define como un encuentro entre dos o más personas, entre dos o más subjetividades, que acuerdan mantenerse en interacción por un período determinado, para provocar cambios en la organización de uno o más de los participantes en esta interacción (Botella y Freixas, 1998; Lossa et al., 2012). Se mencionan a continuación las habilidades que debe poseer la terapeuta para el desarrollo de un vínculo paciente-terapeuta eficaz (Yáñez, 2005):

Según Yáñez (2005):" Diferenciar entre distintos cuadros psicológicos.

1. Capacidad de autoaprendizaje
2. Capacidad para aplicar un modelo teórico
3. Tener empatía
4. Saber detectar las necesidades de cada persona
5. Capacidad para generar explicaciones al alcance de todos.
6. Mostrar asertividad cuando sea necesario
7. Habilidades para establecer una buena relación terapéutica
8. Mostrar tolerancia a la frustración
9. Tener una actitud ética y de respeto

Tabla 1. Criterios diagnósticos según DSM-5 de trastorno obsesivo-compulsivo.

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas: Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.

2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida. 2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos de la conducta alimentaria; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilícos; impulsos, como en los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista).

Especificar si:

7. Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas, o que pueden ser ciertas o no.

8. Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son probablemente ciertas.

9. Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

Especificar si:

10. El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics

Fuente: APA, 2014, p. 237.

Tanto las obsesiones, como las compulsiones pueden variar. Según Green (1965) y Vallejo (2006), las obsesiones pueden ser de temas religiosas, morales, pureza y protección corporal, centradas en la limpieza y contaminación, protección ante peligros interiores o exteriores, temas de orden y simetría, precisión y completitud, referentes al paso del tiempo y acumulación.

Según la literatura científica, el Trastorno Obsesivo Compulsivo produce un impacto negativo en distintas áreas de la vida de los pacientes. En primer lugar, se encuentra afectada la vida

académica, ya que en la mayoría de los casos existe “un deterioro del rendimiento escolar y académico” y también “dificultades atencionales producidas por los síntomas”. Luego, existen “limitaciones en el funcionamiento social y el desempeño de roles instrumentales”. En tercer lugar, se debe destacar las alteraciones en las relaciones familiares. (Biglieri, 2013)

En cuanto a la epidemiología, según P. Sanz Velloso y Fernández-Cuevas Vicario (2015) la prevalencia del TOC es 2-3% en la población general. La edad media de inicio es de 19,5 años y, además, en hombres se manifiesta más temprano que en las mujeres, según el DSM-5 (APA, 2014). Su aparición es de forma gradual, con un curso crónico, fluctuaciones y bajas tasas de remisión (aproximadamente 20%) (APA, 2014; Bados, 2015). Por otro lado, se asocia frecuentemente con trastornos de ansiedad (76%), depresión mayor o trastorno bipolar (63%), trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva (23-33%), trastorno de tics (30%), trastorno dismórfico corporal, tricotilomanía y trastorno por excoriación (APA, 2014).

En cuanto a la comorbilidad, se ha concluido que se encuentra entre diversos trastornos psicológicos y el TOC, entre cuales el trastorno depresivo (TD), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno de fobia social (TFS), el trastorno de pánico (TP), el trastorno por agorafobia (TA), las fobias específicas (FE), el trastorno de ansiedad de separación (TAS), el trastorno bipolar (TB), el trastorno dismórfico corporal (TDC), la tricotilomanía (TTM), el trastorno de excoriación (TE), el trastorno de tics (TT), el trastorno de conducta alimentaria (TCA), el trastorno de control de impulsos (TCI) y el trastorno por uso de sustancias (TUS). (Vargas A. L., 2017, pág. 36)

Trastornos que se deben tener en cuenta en el diagnóstico diferencial son los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno del espectro autista, el trastorno de ansiedad generalizada, los trastornos del control de los impulsos y los trastornos psicóticos (Stewart et al., 2016)

MODELOS EXPLICATIVOS

a. Modelo conductual

Según el modelo Conductual las obsesiones son pensamientos que están conectados a altos niveles de ansiedad y que las compulsiones son conductas voluntarias (motoras o cognitivas) que se dirigen a escapar o evitar la exposición a estas obsesiones. Este modelo asume la vulnerabilidad biológica (influencia genética y familiar) y vulnerabilidad psicológica. (Rodríguez, 2020)

b. Modelo cognitivo

Este modelo se fundamenta en el anterior y le añade una base cognitiva. Según él todas las personas de la población general tienen pensamientos explicados como intrusos pero que en el caso del TOC a estos pensamientos se le da un valor negativo, lo que hace que se generen una ansiedad excesiva.

Una persona con TOC valora los pensamientos intrusos como una amenaza de riesgo o daño para uno mismo o los demás y que uno mismo es responsable de ese daño. La exageración de la responsabilidad es la parte central de este modelo (Rodríguez, 2020).

c. Modelo cognitivo conductual

El modelo cognitivo conductual surge de la fusión del modelo conductista junto al modelo cognitivo. Existe una interacción entre los factores internos de las personas y el entorno, dicha que consiste en un proceso de aprendizaje. Desde esta perspectiva se describen y relacionan los tres factores del comportamiento; la emoción, la conducta y el pensamiento. Además, se afirma que existe un aprendizaje bidireccional entre el nivel cognitivo y la conducta. Por tanto, el modelo tiene como finalidad producir cambios en el individuo para que desarrolle una mejor adaptación en su vida diaria (Romero, 2018).

La investigación confirma que el enfoque cognitivo conductual ofrece los mejores resultados en el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo, se centra en este enfoque para ahondar en la propuesta de evaluación y tratamiento del presente trabajo.

Cabe destacar la existencia de TOC Puro, presentado por el paciente en el trabajo. Se trata del Trastorno Obsesivo Compulsivo pero sin compulsiones. Se presentan solo obsesiones con rituales mentales (Salvador,2018).

3. MÉTODO

3.1. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES

En base al programa de intervención Psicoterapia cognitiva individual del TOC (Baudou et al., 2013) y también Cruzando el puente entre realidad e imaginación: Terapia basada en la inferencia para el TOC (López, 2016) se propone el programa "Mente Poderosa" con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente. Las variables que se tienen en cuenta son la gestión del estrés, habilidades sociales, control de los pensamientos, autoestima.

Según Dr. Miquel A. Fullana (2020) debido a la pandemia mundial, los síntomas de las personas que sufren TOC empiezan a empeorar.

Dicha pandemia mundial trata de la enfermedad COVID-19 que se causa por el virus SARS-CoV-2. Es una de las variaciones de coronavirus existentes en el mundo, y fue identificada por primera vez por la Organización Mundial de la Salud el 31 de diciembre de 2019 en la ciudad china de Wuhan. Los síntomas más comunes de esta enfermedad son fiebre, tos seca y cansancio, así como pérdida del gusto y del olfato, dolor de cabeza, diarrea. Los síntomas más graves de esta enfermedad son la dificultad para respirar y la fiebre alta (Organización Mundial de la Salud, 2020a).

Se ha revisado la investigación de Dr. Pino Alonso, psiquiatra del Hospital de Bellvitge, que trata de analizar datos de 127 pacientes con TOC durante los primeros meses de la pandemia. Tras el final de la investigación se concluyó que con la situación de alarma y el confinamiento se empezó el empeoramiento de los síntomas de los pacientes. En un 31% de los cuales el empeoramiento se ha descrito como muy significativo. Además, por otra parte, una de cada tres personas con TOC, ha notado ideación suicida. Los factores que se han asociado con un riesgo significativamente mayor de empeoramiento del TOC son:

1. La presencia de depresión prepandémica.
2. Puntuaciones más altas de la escala YBOCS (Yale Brown Obsessive Compulsive Scale), que valora la gravedad de los síntomas.
3. Los temores de contaminación.
4. Los rituales de lavado o limpieza previos.
5. Un apoyo social percibido como más bajo.

Esta es la razón, por la que se ha establecido dicha intervención que se impartirá de dos maneras: tanto presencialmente, como en modalidad online.

3.2. OBJETIVOS

Este trabajo tiene como objetivo realizar una propuesta de intervención para un caso de Trastorno Obsesivo Compulsivo sin la existencia de compulsiones. La intervención se realizará con el fin de que el paciente aprenda a analizar bien las consecuencias catastróficas temidas y aprenda a controlar los pensamientos automáticos.

OBJETIVOS GENERALES:

Tras la finalización de la intervención se espera que:

1. Cambiar las reacciones a los pensamientos perturbadores y modificar las estrategias utilizadas hasta ahora para afrontarlos.
2. Mejorar la calidad de vida del paciente.
3. Disminuir el uso de fármacos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Al finalizar el programa se espera que haya:

- a. Disminución de la valoración negativa de los pensamientos obsesivos.
- b. Incorporación de los conocimientos necesarios para gestionar los estados emocionales.
- c. Reducir o eliminar la frecuencia y/o la duración de las obsesiones y conductas de evitación.
- d. Incrementar la conciencia de la persona sobre los elementos que están relacionados con aquello que le genera malestar, con el fin de prevenir recaídas.
- e. Disminuir la valoración de la importancia de las obsesiones.
- f. Mejorar la calidad de relación del paciente con su esposa.
- g. Aumentar la motivación de ir al trabajo.

3.3. PARTICIPANTE:

Se trata de un varón de 39 años, casado y con dos hijos. Tiene estudios de formación profesional y trabaja en una fábrica de carne junto con su madre, abuelo y tío. Sus hijos son una niña de 12 años y un niño de 11 años. Vive con su esposa desde hace 15 años. Fuma un paquete de cigarros al día y no tiene ningún otro trastorno diagnosticado.

El TOC ha sido diagnosticado hace 7 años, cuando un coche atropelló a su hermana y había posibilidad de morir. Esta ocurrencia ha sido muy difícil para él, ya que ella tenía solo 15 años.

Las primeras obsesiones fueron comprobar que los cables de unas máquinas están en buena forma o creer que va a fallar en el cálculo del dinero. Conforme va pasando el tiempo, estas creencias y pensamientos empezaban a influir en su vida, ya que cada vez duraban más tiempo y ocurrían más a menudo. Empezó a no ir al trabajo y se sentía seguro solo cuando

estaba en su cama. No podía concentrarse en nada, no quería salir ni pasar tiempo con su familia. Además, se sentía incapaz de vivir una vida normal.

3.3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El programa “Mente Poderosa” está dirigido a un paciente específico y se impartirá mediante 10 sesiones tanto presencialmente en el hospital, como vía la plataforma “Teams” , incluidas 2 sesiones para el seguimiento a los 3 meses y a los 6 meses. Dicho programa está establecida y adaptada a las circunstancias del caso, conteniendo 3 pasos: pretratamiento, tratamiento y post tratamiento. Las sesiones tendrán lugar 1 veces a la semana con una duración de 1 hora cada una. Tras la revisión de otros programas (Psicoterapia cognitiva individual del TOC (Walter et al., 2013), aplicación de la terapia cognitivo–conductual en un caso de Trastorno obsesivo compulsivo (Ceballos y Alonso., 2015) se elaboró el programa “Mente Poderosa”, intentando extraer los aspectos mejores de ambos en una nueva propuesta. Para que se intente mejorar la relación con su esposa, ella también será presente a unas de las sesiones.

3.3.2. VARIABLES E INSTRUMENTOS

Los instrumentos de evaluación psicológica que se utilizarán para evaluar las variables asociadas al TOC se describen a continuación:

Escala de obsesión-compulsión de Yale-Brown (Y-BOCS) (Goodman et al., 1989, citado en Cruzado, 1993) Es un tipo de instrumento semiestructurado y con administración heteroaplicada. Contiene 10 ítems y el área terapéutica en que se aplica es la valoración de la sintomatología, medir la gravedad de los síntomas y los cambios ocurridos después del tratamiento. La escala posee una alta consistencia interna (alfa de Cronbach: 0.60-0.91), buena validez inter-observador ($r:0.98$), y una variable correlación de cada ítem con la puntuación total de la escala ($r:0.36-0.77$). Su administración tarda 10 minutos.

Inventario Maudsley de Obsesión-Compulsión (MOCI) (Maudsley, 1980) Es un cuestionario de 30 ítems creado para distinguir las personas con TOC, de aquellas con rasgos de personalidad obsesivos. Evalúa comportamientos y rituales obsesivo-compulsivos por medio de las siguientes subescalas: verificación, lavado, dudas/conciencia y lentitud/ repetición. El inventario presenta buenos resultados en confiabilidad y sensibilidad, a lo largo del tratamiento. Su administración tarda de 10 a 15 minutos.

Inventario de Padua (IP) (The Padua Inventory, PI; Sanavio, 1988) un instrumento que evalúa la intensidad de los síntomas obsesivos y compulsivos, en población clínica y no clínica. Mide obsesiones y compulsiones por medio de las siguientes subescalas: contaminación, comprobación, rumiación, y urgencia/ preocupación. Su administración tarda aproximadamente 30 minutos. Discrimina entre pacientes con TOC y con otros diagnósticos.

Inventario de Pensamientos Obsesivo-Compulsivos (OCTC) (Obsessive Compulsive Thoughts Checklist, OCTC; Bouvard et al., 1997). Permite evaluar el grado de perturbación producido por la sintomatología y las creencias asociadas al trastorno en 28 ítems valorados según la frecuencia de los síntomas por el paciente en una escala de 0 a 4. Así mismo la prueba permite discernir entre subtipos y estilos del trastorno (comprobación/perfeccionismo-orden, responsabilidad/miedo de hacer daño a otros y lavado/contaminación) (Bouvard et al., 1997).

Registro Diario de la Obsesión Primaria (Clark & Beck, 2012) Es una tarea de auto-monitoreo de la obsesión que facilita la recolección de datos “de la línea base pretratamiento sobre la frecuencia, nivel de angustia, esfuerzos de control y urgencia a ejecutar la neutralización. Esta información será útil para estimar la duración aproximada del tratamiento y para determinar el éxito de la intervención” (Clark & Beck, 2012, p. 783). El registro está incluido en el libro *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*, de Clark y Beck (2012).

Listado de pensamientos obsesivos (OTC). (Bouvard et al., 1990) Mide el estilo de pensamiento obsesivo. Consta de 28 ítems y un último ítem abierto. Cada uno se puntúa en una escala que oscila entre 0 (“El pensamiento no me preocupa en absoluto”) y 4 (“El pensamiento me preocupa constantemente”). El OTC incluye dos factores principales. “El primero refleja el perfeccionismo, mientras que el segundo refleja un sentido patológico de la responsabilidad” (Tallis, 1999, p. 80)

3.3.4. DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

1º Sesión

Objetivo: Educar al paciente sobre en qué consiste el TOC y comprobar el diagnóstico.

Modalidad: presencial

Materiales: Dispositivo con conexión a internet, diapositivas Power Point (ver anexo..), Escala de obsesión-compulsión de Yale-Brown (Goodman et al., 1989) y el Listado de pensamientos obsesivos (OTC) (Bouvard et al., 1990), Registro Diario de la Obsesión Primaria (Clark & Beck, 2012) y el autoinforme, bolígrafo, papel.

Tiempo: 1 hora

Contenido de la sesión:

Primero, se hará breve descripción de la sintomatología que se presenta y en qué consiste el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Además, dará lugar a la primera toma de contacto con el paciente. Se visualizará el siguiente video: <https://www.youtube.com/watch?v=nPDbWdlid8>

Segundo, se administrará un acuerdo de confidencialidad que se debe imprimir, firmar, escanear y enviar por parte de ambos- paciente y psicólogo.

Para comprobar si se cumple el diagnóstico, se administrará la Escala de obsesión-compulsión de Yale-Brown (Goodman et al., 1989)

Para el seguimiento pre y post tratamiento, se administrará la Escala de Calidad de vida, tanto en la primera sesión, como en la última (10 sesión).

Para medir el estilo de pensamiento obsesivo se utilizará el Listado de pensamientos obsesivos (OTC) (Bouvard et al., 1990)

Además, se va a requerir tarea de casa después de cada sesión que consistirá en rellenar hasta la próxima sesión el Registro diario de la obsesión primaria y un autoinforme. (véase anexo 1)

2º Sesión

Objetivo: Disminución de la valoración negativa de los pensamientos obsesivos.

Modalidad: online

Materiales: Dispositivo con conexión a internet, Inventario de Padua (IP) (The Padua Inventory, PI; Sanavio, 1988) y Inventario Maudsley de Obsesión-Compulsión (MOCI) (Maudsley, 1980), Registro Diario de la Obsesión Primaria (Clark & Beck, 2012) y el autoinforme, bolígrafo, papel.

Tiempo: 1 hora

Contenido de la sesión:

Se dará la bienvenida y el comienzo explicando los convenientes de participar en este programa. Además, se revisará el autoinforme, dado como tarea de casa. Se visualizará el siguiente video que explica sobre el TOC puro: <https://www.youtube.com/watch?v=ZhJF7G253p8>

A continuación, mediante el Inventario de Padua (IP) (The Padua Inventory, PI; Sanavio, 1988) se evaluará la intensidad de los síntomas obsesivos. Después, se explicará en qué consisten las obsesiones y se centrará en disminución de la valoración negativa de los pensamientos obsesivos e incorporación de los conocimientos necesarios para gestionar los estados emocionales.

Se utilizará el Inventario Maudsley de Obsesión-Compulsión (MOCI) (Maudsley, 1980) con la finalidad de incrementar la conciencia de la persona sobre los elementos que están relacionados con aquello que le genera malestar.

Se finalizará la sesión con Relajación progresiva de Jacobson (1929) (véase anexo) para disminuir los estados de ansiedad generalizados y relajar la tensión muscular. Además, se indicará como tarea de casa el autoinforme sobre las obsesiones.

3º Sesión:

Objetivo: Reducir o eliminar la frecuencia y/o la duración de las obsesiones y conductas de evitación.

Modalidad: presencial

Materiales: Registro Diario de la Obsesión Primaria (Clark & Beck, 2012), el autoinforme, bolígrafo, papel.

Tiempo: 1 hora

Contenido de la sesión:

Se dará comienzo con la bienvenida y se explicará a la esposa cómo se debe comportar en distintas situaciones de estrés, agobio y frustración del paciente. Además, se revisará el autoinforme, dado como tarea de casa.

En esta sesión se trabajará la ansiedad que se provoca en el paciente, se observará la conducta de evitación y los niveles de ansiedad.

A continuación, se presentará el Entrenamiento autógeno de Schultz (1927) para reducir la ansiedad provocada.

Para finalizar esta sesión se indicará que se rellene el Registro Diario de la Obsesión Primaria (Clark & Beck, 2012) y el autoinforme como tareas de casa.

4º Sesión:

Objetivo: Incorporación de los conocimientos necesarios para gestionar los estados emocionales.

Modalidad: online

Materiales: Dispositivo con conexión a internet, Registro de pensamientos (véase anexo..), Registro Diario de la Obsesión Primaria (Clark & Beck, 2012) y el autoinforme, bolígrafo, papel.

Tiempo: 1 hora

Contenido de la sesión:

Se dará comienzo con explicar en qué consiste la Reestructuración cognitiva, dando el primer paso: Psicoeducación sobre en qué consisten las distorsiones cognitivas, cómo actúan y el poder que tienen para influir en el estado de ánimo. En esta sesión se trabajará la identificación de las propias distorsiones cognitivas del paciente, una vez entendido el modelo cognitivo.

A continuación, se revisarán el Registro Diario de la Obsesión Primaria (Clark & Beck, 2012) y el autoinforme, dadas como tareas de casa.

Se presentará la herramienta básica de la Reestructuración cognitiva, el registro de pensamientos, para que el paciente empiece a identificar las distorsiones cognitivas en el momento en que aparecen con la finalidad de enfrentarlas en el mismo momento.

A continuación, se utilizará el Cuestionamiento Socrático, mediante preguntas de tipo "¿Existe alguna evidencia que apoye esta idea? Y ¿Podría estar malinterpretando una posible evidencia?"

Para finalizar la sesión se indicarán el autoinforme y el registro de pensamientos como tareas de casa.

5º Sesión

Objetivo: Incrementar la conciencia de la persona sobre los elementos que están relacionados con aquello que le genera malestar, con el fin de prevenir recaídas.

Modalidad: online

Materiales: Dispositivo con conexión a internet, Power point (véase anexo), Inventario de Pensamientos Obsesivo-Compulsivos (OCTC), Registro Diario de la Obsesión Primaria (Clark & Beck, 2012) y el autoinforme, bolígrafo, papel.

Tiempo: 1 hora

Contenido de la sesión:

Se dará comienzo con la explicación de las emociones mediante el Powerpoint (véase anexo 2). Esta presentación sería dividida entre dos sesiones para que sea posible analizar más profundo cada emoción del paciente. Se realizarán preguntas sobre cada una emoción después de presentarla. Las preguntas serían: "Cuándo es la última vez que has experimentado esta emoción?", "Qué pensamientos te ha generado?". El paciente y el profesional deben analizar una situación con la dicha emoción. Además se mostrarán fotos de personas con las diferentes emociones y el paciente debe averiguar la emoción que presenta dicha persona.

A continuación, se revisarán el Registro Diario de la Obsesión Primaria (Clark & Beck, 2012) y el autoinforme, dadas como tareas de casa.

Se presentará la herramienta Inventario de Pensamientos Obsesivo-Compulsivos (OCTC) para evaluar el grado de perturbación producido por la sintomatología y las creencias asociadas al trastorno.

Para finalizar la sesión se indicarán el autoinforme y el registro de pensamientos como tareas de casa.

6° Sesión:

Objetivo: Aumentar la motivación de ir al trabajo.

Modalidad: presencial

Materiales: Registro Diario de la Obsesión Primaria (Clark & Beck, 2012) y el autoinforme, bolígrafo, papel.

Tiempo: 1 hora

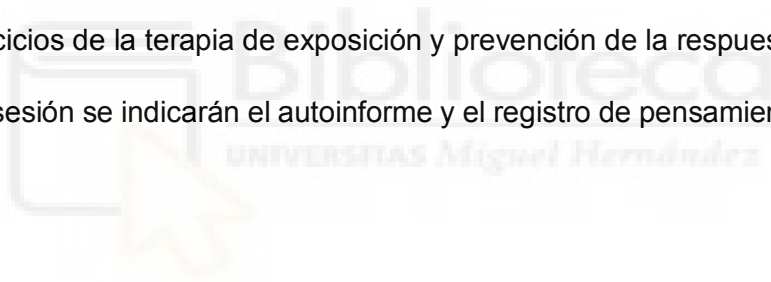
Contenido de la sesión:

Se dará comienzo con revisar el Registro Diario de la Obsesión Primaria (Clark & Beck, 2012) y el autoinforme, dadas como tareas de casa.

A continuación se revisará las tomas de decisiones diarias del paciente. Se reflejará más atención a las posibles causas de trabajar por la obsesión con un pensamiento intruso. Además, se hablará sobre la dificultad para concentrarte y la evitación a ciertas personas o tareas que provocan pensamientos negativos.

Se incluirán ejercicios de la terapia de exposición y prevención de la respuesta (EPR) que

Para finalizar la sesión se indicarán el autoinforme y el registro de pensamientos como tareas de casa.



7º Sesión:

Objetivo: Incorporación de los conocimientos necesarios para gestionar los estados emocionales (parte 2)

Modalidad: online

Materiales: Dispositivo con conexión a internet, diapositivas Power Point (véase anexo), Registro Diario de la Obsesión Primaria (Clark & Beck, 2012) y el autoinforme, bolígrafo, papel.

Tiempo: 1 hora

Contenido de la sesión:

Se dará comienzo con revisar el Registro Diario de la Obsesión Primaria (Clark & Beck, 2012) y el autoinforme, dadas como tareas de casa.

A continuación, se explicará la segunda parte de la presentación de las emociones mediante el Powerpoint (véase anexo 3). Se realizarán preguntas también sobre cada una emoción después de presentarla, como en la sesión 5. Las preguntas serían: "Cuándo es la última vez que has experimentado esta emoción?", "Qué pensamientos te ha generado?". El paciente y el profesional deben analizar juntos una situación con la dicha emoción. Además se mostrarán fotos de personas con las diferentes emociones y el paciente debe averiguar la emoción que presenta dicha persona.

Para finalizar la sesión se indicarán el autoinforme y el registro de pensamientos como tareas de casa.

8º sesión

Objetivo: Mejorar la calidad de relación del paciente con su esposa.

Modalidad: presencial

Materiales: Registro Diario de la Obsesión Primaria (Clark & Beck, 2012) y el autoinforme, bolígrafo, papel.

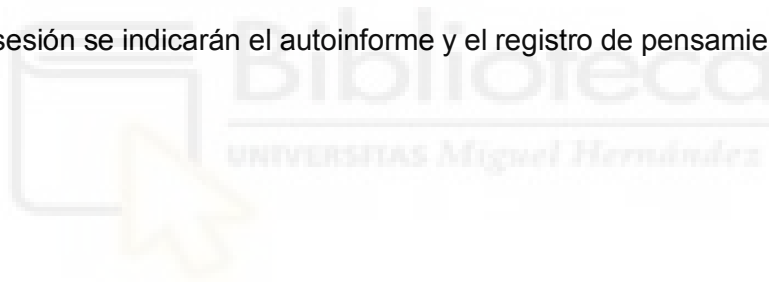
Tiempo: 1 hora

Contenido de la sesión:

Se dará comienzo con revisar el Registro Diario de la Obsesión Primaria (Clark & Beck, 2012) y el autoinforme, dadas como tareas de casa.

A continuación, se analizarán las preocupaciones de la esposa del paciente. Se hablará sobre la vida cotidiana y se darán pautas para ayudar a su esposo. Se reflejará atención que ella debe asignar tareas poco a poco cada día que el paciente debe hacer para que se siente ocupado y disminuir el tiempo obsesionándose con los pensamientos.

Para finalizar la sesión se indicarán el autoinforme y el registro de pensamientos como tareas de casa.



9º sesión:

Objetivo: Mejorar la calidad de relación del paciente con su esposa.

Modalidad: online

Materiales: Dispositivo con conexión a internet, Registro Diario de la Obsesión Primaria (Clark & Beck, 2012) y el autoinforme, bolígrafo, papel.

Tiempo: 1 hora

Contenido de la sesión:

Se dará comienzo con la revisión del Registro Diario de la Obsesión Primaria (Clark & Beck, 2012) y el autoinforme, dadas como tareas de casa.

A continuación, se analizarán actividades placenteras con la familia del paciente. Se hará un listado con ellas, que se deben realizar hasta la última sesión.

Para finalizar la sesión se indicarán el autoinforme y el registro de pensamientos como tareas de casa.



10º sesión

Objetivo: Realizar post-evaluación.

Modalidad: presencial

Materiales: Registro Diario de la Obsesión Primaria (Clark & Beck, 2012) y el autoinforme, bolígrafo, papel.

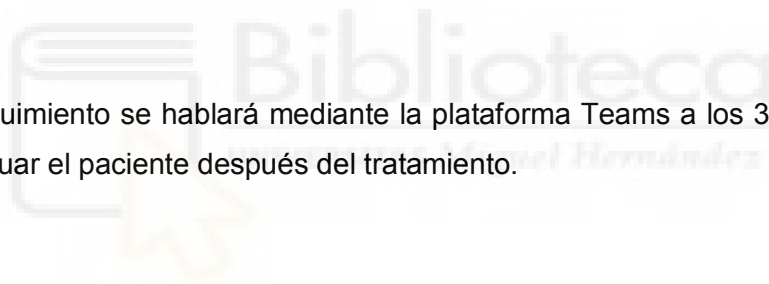
Tiempo: 1 hora

Contenido de la sesión:

Se procederá a la post-evaluación utilizando los mismos instrumentos que al inicio del programa. (Escala de obsesión-compulsión de Yale-Brown (Goodman et al., 1989) y el Listado de pensamientos obsesivos (OTC) (Bouvard et al., 1990). Después de cumplimentarlos, se dará feedback sobre los resultados comparando los de la primera sesión con la última. Al final, se agradecerá encarecidamente su participación en el programa.

Una vez terminada la despedida se dará por finalizado el programa de prevención.

Para el post-seguimiento se hablará mediante la plataforma Teams a los 3 meses y a los 6 meses para evaluar el paciente después del tratamiento.



4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hoy en día la tasa de personas que padecen el Trastorno Obsesivo Compulsivo es muy grande y gran parte de ella no busca ayuda profesional, ya sea por el estigma que existe hacia esta enfermedad o por el coste de la terapia. Otro problema que ellos encuentran es la incertidumbre sobre si el tratamiento será eficaz o no, lo que perjudica empezar.

Existen diferentes opciones sobre el tratamiento, pero las más utilizadas son la Terapia farmacológica junto con la Terapia cognitivo-conductual.

Por un lado, consideradas de primera elección en el tratamiento farmacológico del TOC son los ISRS- antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y la Clomipramina que inhibe principalmente la recaptación de dicho neurotransmisor.

Por otro lado se ha demostrado que la Terapia Cognitivo-Conductual es la más preferida para el TOC. La terapia racional emotiva (TRE) produjo beneficios equivalentes a los de exposición y prevención de la respuesta (Emmelkamp y Beens,1991; Emmelkamp,Visser y Hoekstra,1988)

Cabe destacar también que los pacientes se sienten satisfechos por los avances en la tecnología y ofrecer la terapia online, ya que muchos de ellos prefieren este tipo que terapia presencial en el hospital o en el gabinete privado.

En la actualidad hay dos aspectos que tienen importancia y es seguro que la tendrán mayor en el próximo futuro: la tecnología informática y la genética molecular. Todo esto muestra que, ya existe una base cimentada, constituida por la Terapia Cognitivo-Conductual entre otros elementos, desde donde es necesario continuar consolidando y ampliando los progresos. (Dávila, 2014)

El tratamiento cognitivo modifica creencias relacionadas que llevan a la mala interpretación de pensamientos obsesivos, trata de que el paciente entienda que sus creencias y esfuerzos relacionados a evitar daños son innecesarios y que les genera los problemas que ellos padecen. Salkovskis refiere que el objetivo de el psicoterapeuta es permitirle ver a el paciente el problema como un problema de pensamiento y no como un peligro real de daño.

Salkovskis ofreció una teoría cognitiva del TOC. Propuso que existen cinco supuestos que son característicos del TOC:

1. Pensar en una acción es lo mismo que hacerla;
2. No prevenir un daño es moralmente equivalente a causar un daño;
3. La responsabilidad por el daño no se ve disminuida por las circunstancias atenuantes;

4. No ritualizar en respuesta a un pensamiento de daño es lo mismo que una intención de daño
5. Uno debe ejercer control sobre sus pensamientos. Por lo tanto, mientras que el paciente puede sentir que sus obsesiones son inaceptables, las compulsiones utilizadas para reducir la ansiedad se consideran aceptables.

En cuanto a las escalas y cuestionarios que se utilizan en los estudios, se ha podido comprobar tras el análisis que la escala más utilizada en el Trastorno Obsesivo Compulsivo es la Escala Obsesiva Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS).

Esta intervención también cuenta con limitaciones. En primer lugar, entre ellos se puede destacar que se han estudiado pocos casos de TOC puro, lo que significa que se debe proceder con el paciente con mucha atención. En segundo lugar, la propuesta de intervención cuenta sólo con diez sesiones en total, lo que es poco tiempo para que el paciente mejore.



5. BIBLIOGRAFÍA

APA. (2014). DSM-5 Manual Diagnostico y Estadistico de los trastornos mentales. Editorial medica panamericana.

Bados, A. (2015). Trastorno Obsesivo Compulsivo.

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65644/1/TOC.pdf> Biblioteca Virtual en Salud.

(2020). Descriptores en Ciencias de la salud: terapia psicoanalítica.

<http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

Berrió García, N. y Luciano Restrepo, D. (2017). Instrumentos de evaluación del trastorno obsesivo compulsivo: revisión. *Revista Poiésis*, (32), 101-115.

Bigleli, R. R. (2013). Calidad de Vida en Pacientes con Trastorno obsesivo compulsivo: una revisión. *Revista argentina de clínica psicológica xxii*, 139-146

Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2008). Meta-Analysis of the Symptom Structure of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1532–1542.

Canals, J., Hernández-Martínez, C., Voltas, N. y Cosi S. (2013). Socio-demographic and psychopathological risk factors in obsessive-compulsive disorder: Epidemiologic study of school population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 118-126.

Castelló, T. (2014) El espectro Obsesivo Compulsivo en el DSM-V. *C. Med. Psicosom*, vol. 112, 22 – 27.

García, Fernando (2007). *Reseña de "TOC. Manual de terapia cognitivo comportamental para o trastorno obsessivo-compulsivo" de Aristides V. Cordioli. Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI(3),281-282.[fecha de Consulta 30 de Mayo de 2022]. ISSN: 0327-6716.

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790008>

Gil, S. (2020, 13 septiembre). *TOC PURO: cuando los pensamientos obsesivos se apoderan de ti*. MindUp Psicólogos.

Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA: La epidemiología del trastorno obsesivo-compulsivo en cinco comunidades de EE. UU. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1094–1099

Kyrios, M., Ahern, C., Fassnacht, D., Nedeljkovic, Moulding, R., & Meyer, D. (2018). Terapia cognitivo-conductual basada en Internet asistida por un terapeuta versus relajación progresiva en el trastorno obsesivo-compulsivo: ensayo controlado aleatorio. *Journal of Medical Internet Research*, 20 (8). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sabidi.urv.cat/pmc/articles/PMC6105869/>

Massachusetts General Hospital, Tratado de Psiquiatría, capítulo 33, 2017

Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions—a replication. Behav Res Ther. 1984;22(5):549–552.

Torres AR, Fontenelle LF, Shavitt RG, Ferrão YA, do Rosário MC, Storch EA, et al. Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. J Affect Disord. 2016;190:508–16.

Universidad Complutense de Madrid. (s.f.a). Escala de obsesión-compulsión de Yale-Brown (Y-BOCS). Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/>

Universidad Complutense de Madrid. (s.f.c). Ficha técnica Escala de obsesión-compulsión de Yale-Brown (Y-BOCS). Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/>

Universidad Complutense de Madrid. (s.f.e). Ficha técnica Inventario de Padua. Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion>

Universidad Complutense de Madrid. (s.f.h). Ficha técnica Test de Evitación Conductual para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/>

Universidad Complutense de Madrid. (s.f.j). Inventario Maudsley de Obsesión-Compulsión. Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/>

Vega-Dienstmaier, Johann M. (2016). Avances en el tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(4), 239-246. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v79i4.2978>

6. ANEXOS

1. CRONOGRAMA

SESIONES	1º MES	2º MES	3º MES
1º	PRESENCIAL		
2º	ONLINE		
3º	PRESENCIAL		
4º	ONLINE		
5º		ONLINE	
6º		PRESENCIAL	

7º		ONLINE	
8º		PRESENCIAL	
9º			ONLINE
10º			PRESENCIAL

2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Escala de obsesión-compulsión de Yale-Brown (Y-BOCS)


 Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica
 Instrumentos - Material de Prácticas
 INSTRUMENTO: Y-BOCS (YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE)

Identificación..... Fecha.....

	ACTUALES		PASADAS	
	SI	NO	SI	NO
OBSESIÓN CON LA NECESIDAD DE SIMETRÍA O EXACTITUD:				
- Acompañada de pensamiento mágico (preocupación de un accidente a no ser que las cosas estén en su sitio)	0	0	0	0
- No acompañada de pensamiento mágico	0	0	0	0
OBSESIONES - MISCELÁNEA:				
- Necesidad de saber o recordar	0	0	0	0
- Miedo a decir ciertas cosas	0	0	0	0
- Miedo a no decir justo lo correcto	0	0	0	0
- Miedo a perder cosas	0	0	0	0
- Imágenes intrusas (no violentas)	0	0	0	0
- Música, palabras o sonidos sin sentido intrusos	0	0	0	0
- Preocupación por ciertos sonidos/olores	0	0	0	0
- Números afortunados/desafortunados	0	0	0	0
- Colores con significado especial	0	0	0	0
- Miedos supersticiosos	0	0	0	0
- Otras.....	0	0	0	0
OBSESIONES SOMÁTICAS:				
- Preocupación por enfermedades	0	0	0	0
- Excesiva preocupación por una parte del cuerpo o por la apariencia (dismorfofobia)	0	0	0	0
- Otras.....	0	0	0	0
COMPULSIONES DE LIMPIEZA/LAVADO:				
- Excesivo o ritualizado lavado de manos	0	0	0	0
- Excesivo o ritualizado aseo (ducha, baño, cepillado de dientes, cepillado de pelo, aseo rutinario)	0	0	0	0
- Limpieza de objetos de la casa u otros objetos inanimados	0	0	0	0
- Otras medidas para prevenir o anular el contacto con contaminantes	0	0	0	0
- Otras.....	0	0	0	0
COMPULSIONES DE COMPROBACIÓN:				
- Comprobar cerraduras, electrodomésticos	0	0	0	0
- Comprobar que no se hizo/hará daño a los demás	0	0	0	0
- Comprobar que no se hizo/hará daño a uno mismo	0	0	0	0
- Comprobar que nada terrible sucedió/sucedirá	0	0	0	0
- Comprobar que no se han cometido errores	0	0	0	0
- Comprobaciones ligadas a obsesiones somáticas	0	0	0	0
- Otras.....	0	0	0	0

Inventario Maudsley de Obsesión-Compulsión (MOCI)

INVENTARIO MAUDSLEY DE OBSESIONES-COMPULSIONES (MOCI)

(Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory, MOCI; Hodgson y Rachman, 1977)

Instrucciones Por favor, responda a cada afirmación colocando un círculo alrededor de la «V» (verdadero) o de la «F» (falso) según corresponda. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni preguntas que tengan trampa. Trabaje rápido y no piense mucho en el significado exacto de la pregunta.

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Evito utilizar telefonos públicos por temor a una posible contaminación | V | F |
| 2. Frecuentemente tengo pensamientos desagradables y me es difícil librar de ello | V | F |
| 3. Estoy más preocupado por la honestidad que la mayoría de las personas | V | F |
| 4. Estoy a menudo atrasado porque no parece que consiga hacer las cosas a tiempo | V | F |
| 5. No me preocupo más de la cuenta sobre la contaminación si toco a un animal | V | F |
| 6. Frecuentemente tengo que verificar cosas (p. ej., el gas, los grifos, las puertas, etc.) varias veces | V | F |
| 7. Tengo una conciencia muy estricta | V | F |
| 8. Me doy cuenta de que casi todos los días me molestan pensamientos desagradables que me vienen a la cabeza en contra de mi voluntad | V | F |
| 9. No me preocupo más de la cuenta si accidentalmente tropiezo con alguien | V | F |
| 10. Habitualmente tengo serias dudas sobre las cosas simples que hago cada día | V | F |
| 11. Ninguno de mis padres fue muy estricto conmigo durante mi infancia | V | F |
| 12. Suelo ir atrasado con mi trabajo porque repito las cosas una y otra vez | V | F |

INVENTARIO DE PADUA

(Sanavio, 1988)

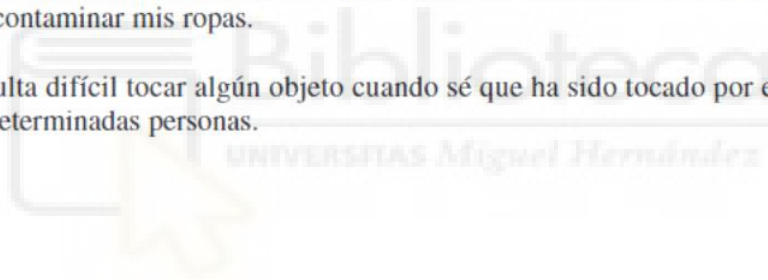
Nombre y apellidos: _____ Fecha de hoy: ___/___/___
Edad: _____ Sexo: M F Condición: B S Carpeta N.º

Instrucciones: Las frases siguientes hacen referencia a algunos pensamientos, ideas, acciones o temores que cualquiera puede tener a diario. Para cada frase elija la respuesta que mejor describe lo que a usted le sucede y el grado en que lo perturban tales acciones o pensamientos. Marque entonces la respuesta, a la izquierda de la frase, con los siguientes números:

- 0 = Para nada.
- 1 = Poco.
- 2 = Bastante.
- 3 = Mucho.
- 4 = Muchísimo.

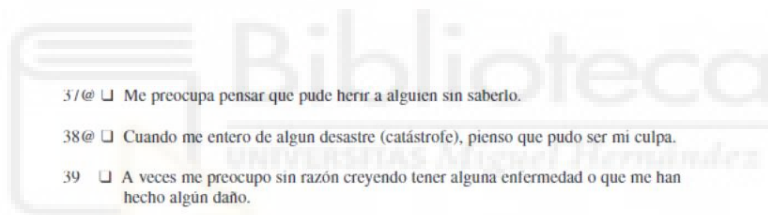
Preguntas

- 1* Siento mis manos sucias cuando toco dinero.
- 2* Creo que el menor contacto con mis secreciones (transpiración, saliva, orina, etc.) puede contaminar mis ropas.
- 3* Me resulta difícil tocar algún objeto cuando sé que ha sido tocado por extraños o por determinadas personas.



- 4* Me cuesta tocar desperdicios o cosas sucias.
- 5* Evito usar baños públicos por temor a contagiarme o enfermar.
- 6* Evito usar teléfonos públicos por temor a contagiarme o enfermar.
- 7* Me lavo las manos más veces y por más tiempo de lo necesario.
- 8* A veces tengo que lavarme porque pienso que estoy sucio o contaminado.
- 9* Si toco algo que pienso que está «contaminado», tengo que lavarme o limpiarme inmediatamente.
- 10* Si un animal me toca o me roza, me siento sucio, y tengo que lavarme y cambiarme de ropa inmediatamente.
- 11@ Cuando tengo dudas o preocupaciones no puedo estar tranquilo hasta que lo hablo con alguien que me da seguridad.
- 12 Tiendo a repetir las mismas cosas o las mismas frases cuando hablo.
- 13 Tengo la costumbre de pedir que me repitan las cosas aunque las haya entendido la primera vez.
- 14 No puedo dejar de seguir cierto orden cuando me visto o me desvisto en el baño.
- 15 Antes de ir a dormir tengo que hacer ciertas cosas en cierto orden.
- 16 Antes de meterme en la cama tengo que doblar la ropa de cierta manera.
- 17 A veces tengo que repetir números mentalmente sin ninguna razón.
- 18Pt Tengo que hacer las cosas varias veces para asegurarme de que están bien hechas.
- 19Pt Tiendo a controlar las cosas con más frecuencia de lo necesario.
- 20Pt Controlo las llaves de gas o las luces varias veces cuando las cierro o apago.

- 21Pt He tenido que volver a mi casa (u oficina) para asegurarme de que las puertas o ventanas (o luces, llaves, etc.) quedaron cerradas.
- 22Pt Leo y releo las planillas, documentos, cheques, etc., una y otra vez para estar seguro de que están bien hechos.
- 23Pt Tengo que controlar si los fósforos, o colillas, quedaron bien apagados.
- 24Pt Cuando manejo dinero, lo cuento y recuento una y otra vez.
- 25Pt Controlo las cartas varias veces antes de enviarlas al correo.
- 26@ Me resulta difícil tomar decisiones aun ante cosas simples.
- 27@ A veces no estoy seguro de si hice algo que realmente sé que he hecho.
- 28@ Al hablar, tengo la impresión de que jamás sé explicarme con claridad, especialmente cuando se trata de algo importante.
- 29@ Después de hacer algo cuidadosamente, sigo con la impresión de haberlo hecho mal o de que no lo terminé.
- 30@ A menudo llego tarde porque me demoro haciendo ciertas cosas por más tiempo del necesario.
- 31@ Me invento dudas y problemas con la mayor parte de las cosas que hago.
- 32@ Cuando empiezo a pensar en algo me obsesiono con ello.
- 33@ Me vienen ideas malas en contra de mi voluntad y no las puedo evitar.
- 34@ Pienso malas palabras y no me las puedo sacar de la cabeza.
- 35@ Se me va la mente a otras cosas, y me cuesta prestar atención a lo que sucede a mi alrededor.
- 36@ Imagino consecuencias catastróficas por mis distracciones o por mi más pequeño error
- 37@ Me preocupa pensar que pude herir a alguien sin saberlo.
- 38@ Cuando me entero de algun desastre (catástrofe), pienso que pudo ser mi culpa.
- 39 A veces me preocupo sin razón creyendo tener alguna enfermedad o que me han hecho algún daño.
- 40 A veces, empiezo a contar objetos sin ninguna razón.
- 41 Creo que algunas veces tengo que memorizar números que no son importantes.
- 42 Cuando leo me parece que he omitido algo importante y tengo que volver a leer dos o tres veces.
- 43@ Me preocupo por acordarme de cosas sin importancia y hago un esfuerzo por no olvidarlas.
- 44@ Cuando me viene un pensamiento o una duda, «tengo que darle vueltas y vueltas», y no puedo parar hasta analizarla desde todos los ángulos.
- 45 En ciertas ocasiones tengo miedo de perder el control y cometer torpezas.
- 46) Cuando miro desde un lugar alto (como una ventana, un balcón o un puente), siento como el impulso de tirarme.
- 47) Cuando se acerca un tren, pienso si no podría tirarme bajo las ruedas.
- 48 En ciertos momentos, tengo el impulso de quitarme la ropa en público.
- 49) Cuando conduzco, siento el impulso de dirigir el coche contra alguien o contra algo.
- 50 Cuando veo armas de fuego me pongo nervioso y tengo ideas agresivas o de violencia.
- 51 Me hace mal ver cuchillos, tijeras u otros objetos puntiagudos.
- 52 A veces siento algo que me empuja a hacer cosas sin sentido, que yo no quiero hacer.



- 53) Necesito a veces romper cosas o dañarlas, sin ningún motivo.
- 54) A veces tengo el impulso de hurtar algo de otro, aunque no lo necesite.
- 55) Cuando voy al supermercado siento la tentación de llevarme algo.
- 56) Siento el impulso, a veces, como de dañar a un animal o a un niño indefenso.
- 57) Tengo la necesidad, a veces, de caminar de cierta manera o hacer ciertos gestos.
- 58) De vez en cuando me descontrolo para comer, aun cuando me siento mal después.
- 59@ Cuando me entero de algún crimen o de un suicidio, me pongo mal, y me resulta difícil dejar de pensar en eso.
- 60* Me invento preocupaciones sin sentido, sobre posibles enfermedades o gérmenes.

TOTAL =

F1@ = F2* = F3 Pt = F4) =

P4 =

Valoración

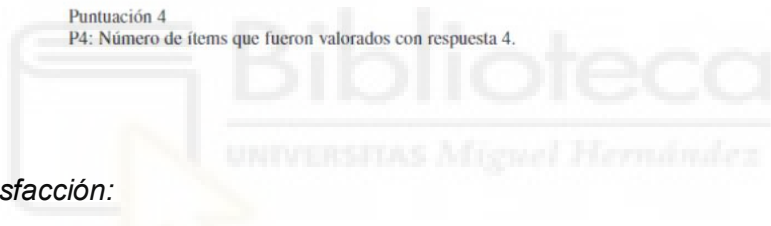
Puntuación total: suma de las puntuaciones de todos los ítems.

Factores

- F1: *Descontrol del pensamiento*: Suma de las puntuaciones de los ítems marcados con @ (11, 16 a 38, 43, 44 y 59).
- F2: *Contaminación*: Suma de las puntuaciones de los ítems marcados con * (1 a 10 y 60).
- F3: *Controles*: Suma de las puntuaciones de los ítems marcados con Pt (18 a 25).
- F4: *Temor al descontrol de los impulsos*: Suma de puntuaciones de los ítems marcados con) (46, 47, 49, 53, 54 y 57).

Puntuación 4

P4: Número de ítems que fueron valorados con respuesta 4.



Encuesta de satisfacción:

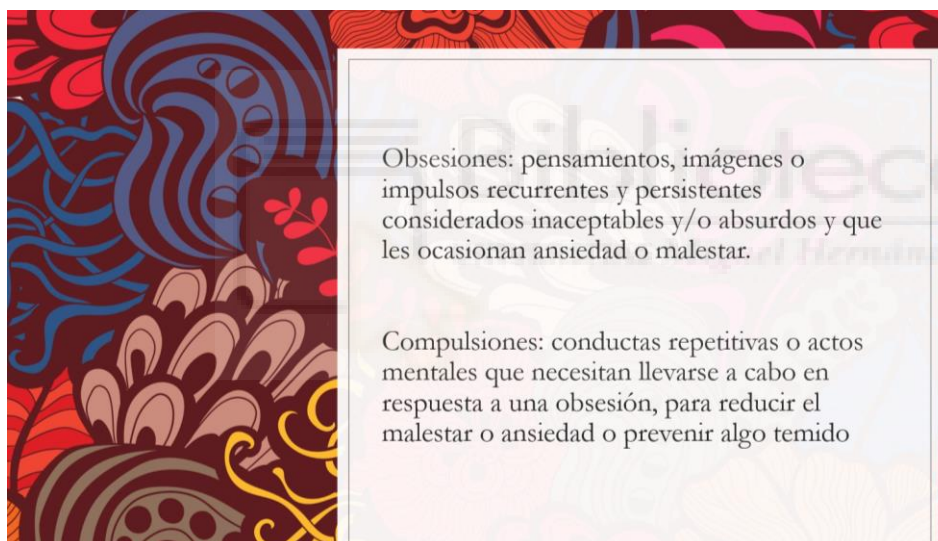
Por favor, indique en una escala del 1 al 10 la puntuación que mejor refleje tu opinión en cada una de las preguntas.


El programa ha captado mi atención.	
He aprendido nueva información durante las sesiones.	
Me ha resultado útil.	
En general, estoy satisfecho con el programa.	
Sugerencias:	

Autoinforme:

Día	Cómo me siento?	Emoción	Qué hago para evitar el pensamiento?	1-10 (calificar el pensamiento)








Según el modelo cognitivo:

Obsesiones – Pensamientos asociados a ansiedad (EC).

Compulsiones – Conductas que permiten evitar/escapar exposición a pensamientos Alivian ansiedad a CP y se mantienen por refuerzo negativo

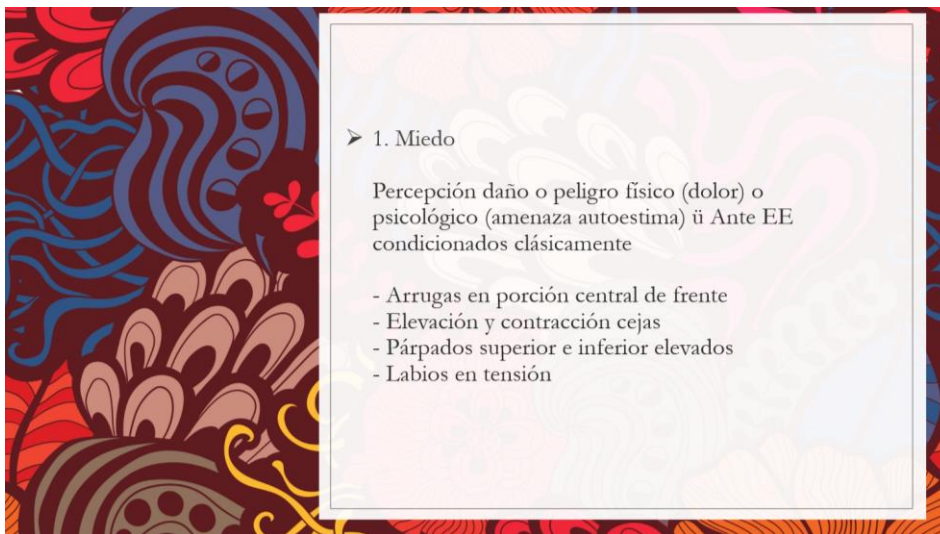
Otras conductas de evitación ante estímulos que provoquen obsesiones – disminución de exposición a pensamientos obsesivos



Creencias desadaptativas aprendidas en la infancia o tras experiencias traumáticas:

1. Responsabilidad o culpa exagerada
2. Fusión pensamiento-acción – pensamientos pueden influir en acontecimientos
3. Necesidad de controlar pensamientos
4. Sobreestimación de la amenaza, probabilidad o magnitud del daño
5. Intolerancia a la incertidumbre
6. Perfeccionismo

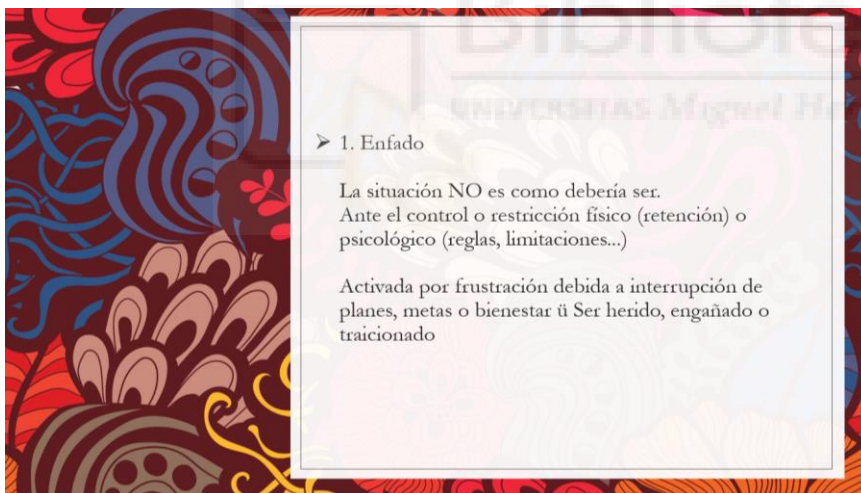
Powerpoint sesión 5 y 7:



➤ 1. Miedo

Percepción daño o peligro físico (dolor) o psicológico (amenaza autoestima) ü Ante EE condicionados clásicamente

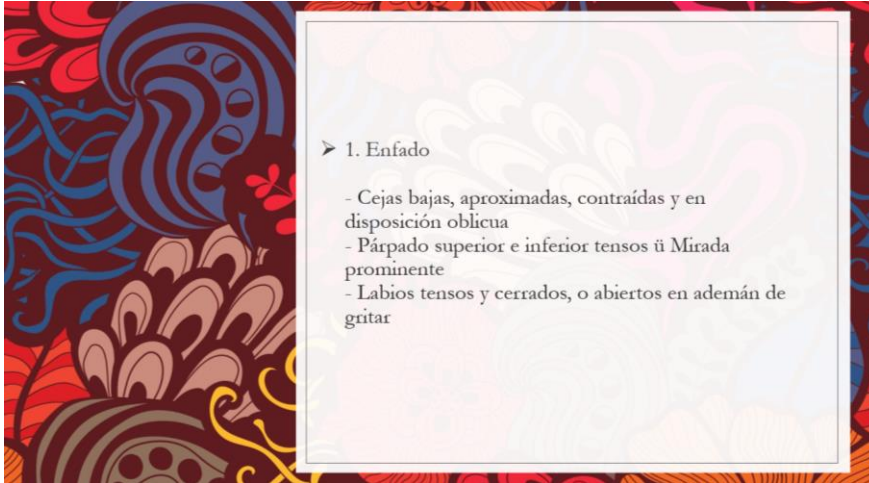
- Arrugas en porción central de frente
- Elevación y contracción cejas
- Párpados superior e inferior elevados
- Labios en tensión



➤ 1. Enfado

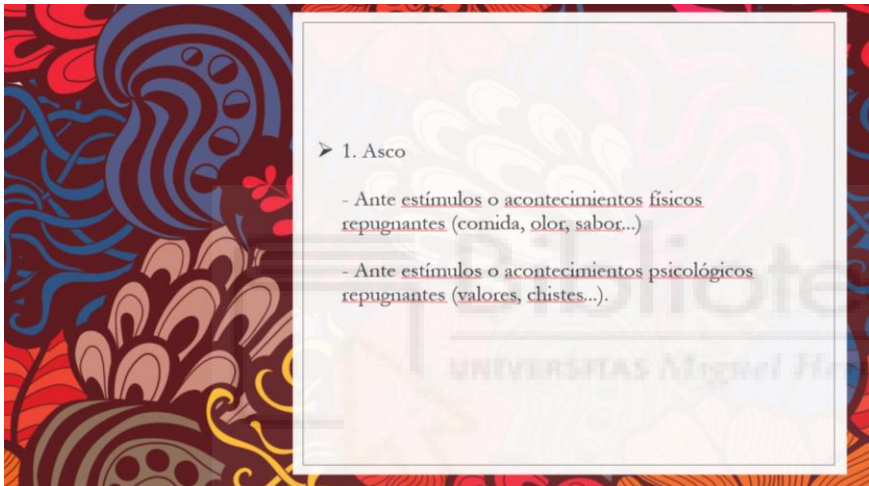
La situación NO es como debería ser.
Ante el control o restricción físico (retención) o psicológico (reglas, limitaciones...)

Activada por frustración debida a interrupción de planes, metas o bienestar ü Ser herido, engañado o traicionado



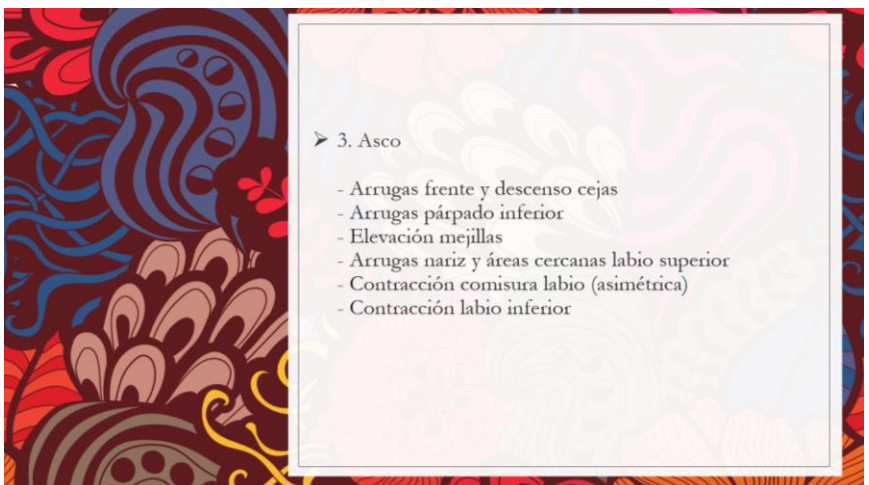
➤ 1. Enfado

- Cejas bajas, aproximadas, contraídas y en disposición oblicua
- Párpado superior e inferior tensos ü Mirada prominente
- Labios tensos y cerrados, o abiertos en ademán de gritar



➤ 1. Asco

- Ante estímulos o acontecimientos físicos repugnantes (comida, olor, sabor..)
- Ante estímulos o acontecimientos psicológicos repugnantes (valores, chistes..).



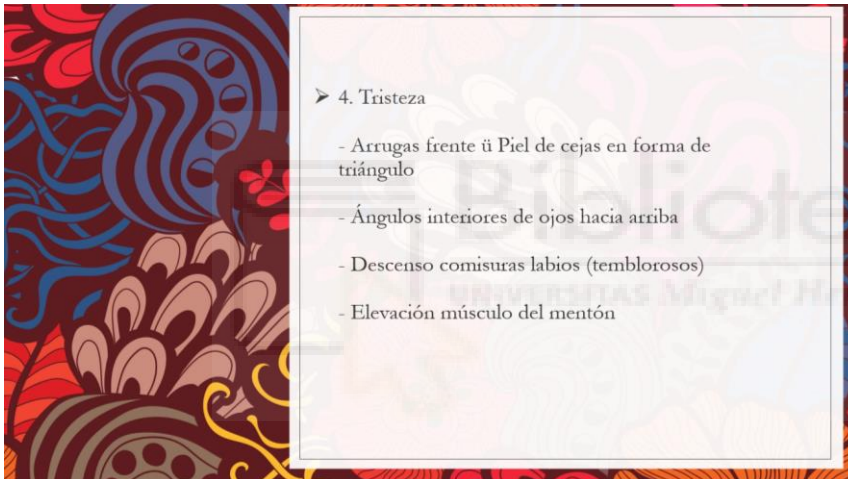
➤ 3. Asco

- Arrugas frente y descenso cejas
- Arrugas párpado inferior
- Elevación mejillas
- Arrugas nariz y áreas cercanas labio superior
- Contracción comisura labio (asimétrica)
- Contracción labio inferior



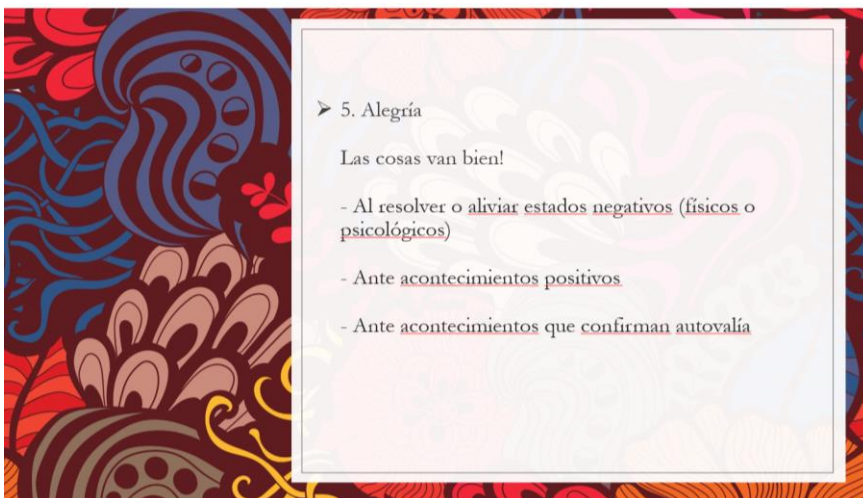
➤ 4. Tristeza

- Separación o pérdida (personas y objetos)
- Fracaso debido a circunstancias propias o externas
- Dolor



➤ 4. Tristeza

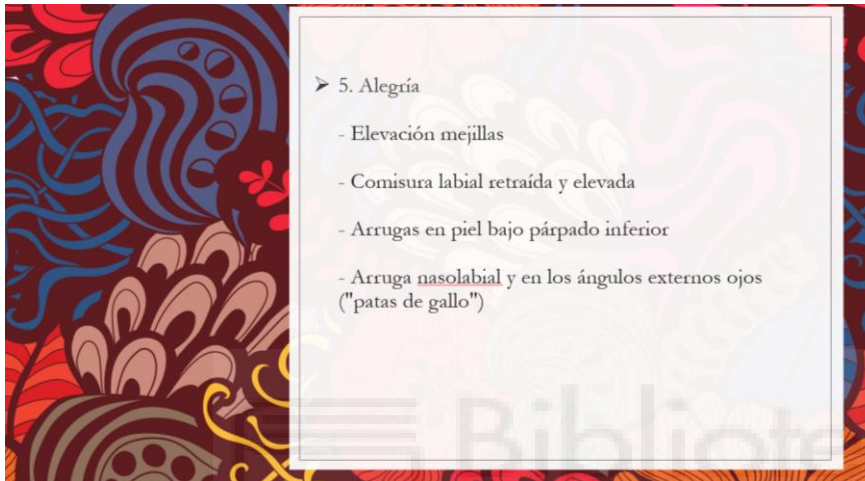
- Arrugas frente ñ Piel de cejas en forma de triángulo
- Ángulos interiores de ojos hacia arriba
- Descenso comisuras labios (temblosos)
- Elevación músculo del mentón



➤ 5. Alegría

Las cosas van bien!

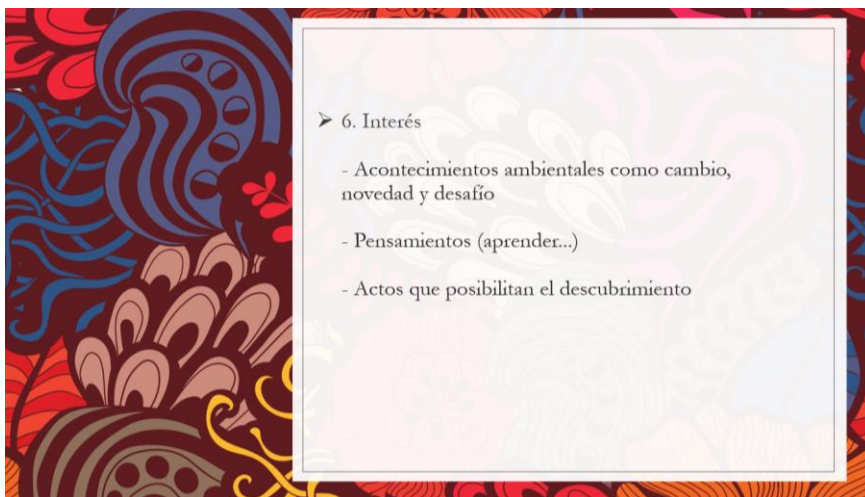
- Al resolver o aliviar estados negativos (físicos o psicológicos)
- Ante acontecimientos positivos
- Ante acontecimientos que confirman autovalía



➤ 5. Alegría

- Elevación mejillas
- Comisura labial retraída y elevada
- Arrugas en piel bajo párpado inferior
- Arruga nasolabial y en los ángulos externos ojos ("patas de gallo")

Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández



➤ 6. Interés

- Acontecimientos ambientales como cambio, novedad y desafío
- Pensamientos (aprender...)
- Actos que posibilitan el descubrimiento