



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en psicología
Trabajo de fin de grado
Curso 2021/2022
Convocatoria Junio

Modalidad: Propuesta de intervención

Título: Programa de intervención grupal para progenitores de niños y adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo

Autor: Raquel Estañ Giner

Tutor: José Antonio Piqueras Rodríguez

Co-tutora: Beatriz Moreno Amador

Elche a 3 de junio de 2022

ÍNDICE

RESUMEN:	3
INTRODUCCIÓN	4
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	6
4. METODOLOGÍA:	9
4.1 Descripción de la intervención:	9
4.2 Objetivos:	10
4.3 Participantes:	10
4.4 Diseño de la evaluación:	11
SESIÓN 1	13
SESIÓN 2	14
SESIÓN 3	15
SESIÓN 4	16
SESIÓN 5	16
5. RESULTADOS	18
6. BIBLIOGRAFÍA:	19
ANEXO A	23
ANEXO B	24
ANEXO D	26
ANEXO E	27
ANEXO F	38
ANEXO G	39
ANEXO H	39
ANEXO I	44



1. RESUMEN:

El presente trabajo tiene como objetivo mostrar una propuesta de intervención para progenitores de niños y adolescentes que presentan Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Esta propuesta parte de los principios de los programas *Family Cognitive Behavioral Therapy* (FCBT), *técnicas cognitivo conductuales* y *Psychoeducation plus relaxation training* (PRT), los cuales han sido avalados por distintos estudios llevados a cabo con progenitores de pacientes que padecen TOC. Este programa está destinado a grupos de progenitores de niños y adolescentes con TOC que están llevando tratamiento psicológico individualizado, con el objetivo de reducir en ellos la acomodación familiar. Para ello, siguiendo un estilo psicoeducativo se realizarán 5 sesiones de intervención y 2 sesiones de seguimiento, mediante las cuales los participantes adquirirán las estrategias y habilidades necesarias para la adherencia al tratamiento de su hijo. La propuesta de programa incluye el proceso y las medidas para la valoración de los efectos de la intervención. Así, proponiendo incluir los instrumentos Family Accommodation Scale for Obsessive–Compulsive Disorder Interviewer Rated (FAS-IR), la Children’s Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CYBOCS), el Child Behavior Checklist (CBCL) y una entrevista semiestructurada. La principal contribución del programa es aportar una propuesta de intervención para una manifestación del TOC infantil muy común y poco atendida en protocolos de tratamiento previos.

Palabras clave: TOC, Acomodación familiar, Trastorno obsesivo compulsivo, Intervención familiar.

ABSTRACT:

The following work has the objective of showing an intervention proposal for parents that have children with the Obsessive Compulsive Disorder (OCD). This proposal comes from the principles of the programs Family Cognitive Behavioural Therapy (FCBT), cognitive behavioral therapy (CBT) and Psychoeducation plus relaxation training (PRT), which have been supported by different studies with parents of patients that suffer from OCD. This program is destined to parents of children and teenagers with OCD, who are following a psychological treatment. For those 5 psychoeducational sessions and 2 monitoring sessions will be conducted, by this way the participants could acquire the necessary strategies and abilities to the treatment adhesion of the patient. By this way, including the instruments for the validation of the intervention effects, there are Family Accommodation Scale for Obsessive–Compulsive Disorder Interviewer Rated (FAS-IR), the Children’s Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CYBOCS), the Child Behaviour Checklist (CBCL) and a semi structured interview. The principal contribution of this program is making an intervention proposal for a rare child OCD manifestation and underserved in prior treatment protocols.

Key words: OCD, family accommodation, Obsessive compulsive disorder, Family intervention.

2. INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es considerado uno de los trastornos mentales más frecuentes (López, 2017), presentándose de un 2 a un 4% en niños y adolescentes (Adam et al, 2012; Carmenate y Salas, 2021), y entre un 1-2% en adultos (Fawcett et al, 2020). Pese a que hay muchas personas que lo padecen, muchas de ellas deciden no solicitar ayuda psicológica o psiquiátrica, debido a diferentes factores como son la naturalización del problema o una sintomatología percibida como leve por quienes la padecen (Rodríguez-Contretas, 2020).

El DSM-5 generó un capítulo para el TOC y los trastornos que se encuentran relacionados, debido a la amplia sintomatología diversa que presenta y a las conexiones con otros trastornos mentales, de este modo se clasificaron dentro del llamado el espectro obsesivo-compulsivo (Yoshimura et al., 2019). El trastorno se encuentra basado en obsesiones (compuestas por imágenes, impulsos y pensamientos frecuentes y duraderos, los cuales son experimentados indeseable e intrusivamente) y compulsiones (pensamientos, tareas mentales o acciones que la persona afectada se ve impulsada a realizar como respuesta a una obsesión)(American Psychological Association; APA, 2013).

Generalmente el curso del trastorno es recurrente, con un índice de inicio sintomatológico en la niñez elevado (Mathes et al., 2019). La tendencia al mantenimiento del problema se explica por diversos factores entre los que se encuentran la edad de diagnóstico, la falta del diagnóstico, las comorbilidades presentes y la acomodación familiar, entre otros (Houghton et al., 2020).

Algunos estudios epidemiológicos, muestran que el inicio de los trastornos mentales suele ser en edades tempranas, en la mayoría de ellos antes de los 18 años. En el caso del TOC y trastornos relacionados, la media de edad es a los 18 años y el pico más alto del trastorno es a los 14.5 años (Solmi et al., 2019). Sin embargo, es importante destacar que se presentan diferencias sintomatológicas entre los menores de edad y los adultos. En concreto, los niños y adolescentes presentan mejor pronóstico en su sintomatología. Este pronóstico en menores justifica la necesidad de intervención, ya que también presentan mejor adherencia al tratamiento (Hunt, 2020).

A diferencia de la gran parte de los trastornos interiorizados, como son los de ansiedad, en el TOC no se encuentran diferencias significativas entre género, pero sí en las tendencias de género en relación con los distintos tipos de obsesiones y compulsiones. La

sintomatología de lavado, comprobación y de daños, son más comunes en mujeres; mientras que las conductas comprobatorias son más comunes en hombres (Asghar et al., 2019).

En cuanto a la etiología del TOC, existen diversos factores que influyen en su aparición y mantenimiento, no pudiendo determinar una causa específica para la aparición de este trastorno (Pinciotti y Fisher, 2022).

Por un lado, los estudios realizados con gemelos sugieren la presencia de cierta heredabilidad, ya que se ha encontrado una influencia genética significativa en la sintomatología obsesiva compulsiva. Los genes más estudiados que presentan una posible influencia significativa son el catecol-O-metiltransferasa, la monoamina oxidase-A, el transportador de dopamina, algunos receptores de dopamina, el transportador de serotonina y algunos receptores de glutamato (Hollander et al., 2009).

Con relación a otro factor explicativo de la aparición y mantenimiento de este trastorno, se encuentran los mecanismos de aprendizaje desde el modelo conductual. La hipótesis explicativa de dicho modelo propone que altos niveles de ansiedad producidos por las obsesiones, se encuentran relacionados como estímulo y respuesta condicionados, siendo la compulsión el sinónimo de la conducta evitativa y actuando como refuerzo negativo (Fineberg et al., 2018). De este modo, la persona aprende a no exponerse ante el estímulo aversivo o se produce en un período de tiempo muy breve (pensamiento obsesivo). Siendo el deterioro de las gratificaciones, el desgaste en habilidades de afrontamiento y el tiempo invertido, algunos de los factores que provocan el incremento de los niveles de ansiedad y tristeza de la persona con TOC, lo que ocasiona un agravamiento de los pensamientos intrusivos (Gagné et al., 2018).

Por otro lado, en la literatura de estudio se encuentran numerosas investigaciones que focalizan la etiología del TOC en la educación paterno filial junto con el estilo cognitivo aprendido del paciente (Demaria et al., 2021), encontrando los siguientes factores de riesgo relacionados: que el infante asuma responsabilidades de cuidado a una edad temprana, la sobreprotección familiar, altos niveles de ansiedad en el ambiente familiar, el recibir críticas por parte de familiares sin saber gestionarlas adecuadamente (Futh et al., 2012).

Uno de los términos que han ido ganando popularidad está relacionado con el papel que tiene la familia ante el trastorno, denominado acomodación familiar, siendo común las modificaciones de sus propias rutinas y evitación de las experiencias de estrés para con el infante, lo que implica participar en los rituales y reforzar las conductas problemáticas del TOC (Pontillo et al., 2020). En concreto, el término incluye un amplio abanico de posibilidades entre las que se encuentran la obligación de estar presente durante los

diversos rituales, el seguimiento de órdenes y reglas por parte de la persona afectada (Albert et al., 2010). De este modo, la acomodación familiar describe los cambios en el comportamiento que los familiares realizan, con la intención de lidiar con una psicopatología. La familia trata de aliviar los sentimientos de estrés desadaptativo relacionados, siendo el deseo de alivio hacia el familiar querido la principal motivación para la acomodación familiar (Shimshoni et al., 2019).

3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Al igual que sucede en los trastornos de ansiedad, muchos estudios relacionados con el TOC presentan como tema principal el efecto de incluir a los familiares en el tratamiento (Wu, 2019). Son diversos los estudios que demuestran las ventajas de incluir la presencia de los progenitores en las terapias con niños, adolescentes y jóvenes adultos. Por ejemplo, en el estudio llevado a cabo por Emmelkamp y DeLange (1983), con 24 participantes con edades comprendidas entre los 21 y 52 años, compararon el tratamiento en una muestra de 12 parejas en dos ocasiones distintas, donde un grupo utilizaba un coterapeuta familiar y el otro no. Finalizado el estudio, los pacientes tratados juntamente con sus familiares mejoraron más que los que no recibieron tratamiento y presentaron resultados significativos tras el tratamiento.

La propuesta realizada por algunos estudios de acomodación familiar, como los de Pontillo et al. (2020), Shrinivasa (2020) y Wu (2016), aseguran que existe una gran diferencia en las interacciones con la familia entre los pacientes adultos, adolescentes y niños. El apoyo recibido por los familiares con respecto a determinadas conductas puede tener un resultado similar a la realización de actividades compulsivas (Shrinivasa, 2020). Esto puede estar debido a las necesidades de cuidado y dependencia que presentan los niños y adolescentes, por ello es más común ver mayores niveles de acomodación (Pontillo et al, 2020). Específicamente, en el estudio de Wu et al. (2016) se obtienen altas correlaciones entre acomodación familiar y sintomatología del TOC, siendo en infantes donde se obtienen correlaciones más altas (95%) a diferencia de los adultos donde el porcentaje de acomodación es del 38.95%.

Asimismo, en la revisión llevada a cabo por McGrath y Abbott (2019), donde se compararon 37 estudios con un total de 1727 participantes (de 0 a 18 años), se muestra que el número de factores familiares en relación con la eficacia del tratamiento presenta una correlación altamente significativa entre los síntomas del TOC, la gravedad y la acomodación familiar. Este estudio demuestra que existe una relación directamente proporcional entre el cambio de actitud de los familiares, la acomodación familiar y la sintomatología TOC (McGrath y Abbott, 2019).

En el estudio de Rosa-Alcázar et al, (2019) realizado con 44 niños españoles de edades comprendidas entre los 5.2 y los 7.9 años, aparecieron resultados significativos en la variable eficacia postratamiento cuando en el tratamiento participaban ambos progenitores, mostrando unos grados de remisión cercanos al 71.4%. En cambio, el tratamiento únicamente realizado al infante mostró un porcentaje del 20%. La inclusión de los progenitores en el tratamiento tuvo como consecuencia una reducción de la acomodación familiar y el mantenimiento de los logros obtenidos en las sesiones.

Los datos expuestos muestran que las intervenciones en las que intervienen los progenitores resultan prácticamente indispensables para alcanzar resultados efectivos en los tratamientos de menores con TOC. Sin embargo, no se proporcionan perspectivas que integren este tipo de intervención de forma grupal e incluso podría decirse que son escasos los modelos de tratamientos adaptados al español. Tras la revisión realizada, se ha encontrado un número reducido de programas enfocados al tratamiento de la acomodación familiar integrada en la terapia del infante. En esta minoría se encuentran los siguientes programas:

El “*Family-Focused cognitive behavioral therapy*” (FCBT; Peris et al., 2012) o traducido al español “programa de tratamiento cognitivo-conductual con participación familiar”, es un protocolo que consiste en 12 sesiones de hora y media, extendidas en un período de 14 semanas. En relación con las dos primeras sesiones, estas se encuentran orientadas en educar y formar acerca de la terminología del TOC. Posteriormente, las sesiones se dedican una hora para una terapia individualizada con el infante y el tiempo restante en sesiones psicoeducativas para trabajar los sentimientos de culpa y vergüenza, las atribuciones erróneas al trastorno y para promover mayores niveles de adherencia al tratamiento del infante (Peris et al., 2012). El estudio de Piacentini et al. (2011), en el cual se comparaban distintos programas de tratamiento para el infante, el uso de la FCBT mostró una reducción de hasta un punto en las evaluaciones realizadas por el terapeuta, se asoció a altos grados de remisión del TOC (43%), además de presentar un mantenimiento adecuado de la mejoría ganada en los seguimientos realizados al mes y a los seis meses tras finalizar el tratamiento.

Por otro lado, el análisis de 5 casos clínicos de TOC infantil realizado por Brezinka et al. (2020) ofrece un acercamiento al tratamiento en familiares que presentan una acomodación familiar con niños que tienen TOC (con edades comprendidas entre los 7.5 y 12.5 años), mediante la intervención cognitivo-conductual (*Cognitive behavioral therapy*, CBT) e incluyendo el uso de medicación (Whittal, 2005). Esta intervención consistió en una primera sesión conjunta con el infante y los progenitores. En las sesiones posteriores se trabajaba de forma paralela, pero separando al progenitor del infante, los progenitores

debían traer videos de las situaciones críticas. Las escenas se visualizaban junto con el terapeuta quien enseñaba distintas estrategias y formas de actuación apropiadas para reducir la acomodación al trastorno, del mismo modo se pretendía enseñar cómo recompensar al infante ante un comportamiento adecuado (Leeuwerik et al., 2019). Otra estrategia que siguieron fue el tiempo fuera, apartando al infante del estímulo positivo y aislándolo para realizar una reflexión sobre lo sucedido (Lulla et al., 2019); así como, ignorar determinados comportamientos. Este tratamiento presentó un mínimo de 4 sesiones y un máximo de 10, pero la moda de los participantes fue de 6 sesiones (Brezinka et al., 2020).

Por otra parte, se encuentra el programa de intervención psicoeducativa de activación del control (*Psychoeducation plus relaxation training*, PRT) basada en el manual de relajación de Cautela y Groden (1978), y adaptado por Piacentini en el año 2011 para usarlo de manera individual e incorporando a los familiares a modo preventivo. Las sesiones del programa comprenden psicoeducación, relajación muscular, entrenamiento en atención, técnicas de visualización y ejercicios de relajación. Este programa provee a la persona afectada del TOC diversas intervenciones centradas en exposición, tratamiento en la acomodación familiar, reemplazo de las compulsiones con técnicas de relajación y reforzamiento de la abstención de la compulsión. Incluye 14 sesiones, de las cuales 12 se realizan semanalmente, cada sesión tiene una duración de 1 hora y 15 minutos.

La Academia Psiquiátrica Americana de niños y adolescentes (AACAP por sus siglas en inglés) recomienda la intervención cognitivo-conductual familiar (*Family Cognitive Behavioral Therapy*; FCBT) como primera línea de tratamiento para los menores con TOC, enfatizando la inclusión de las familias en el caso de TOC en hijos pequeños, ya que pueden controlar muchos aspectos de la vida diaria de estos. De esta forma, se ha demostrado que la intervención cognitivo-conductual aparece superior ante las intervenciones sin placebo (Armstrong, 2012). El estudio de Armstrong (2012) también demostró una superioridad relativa de la intervención con FCBT frente al PRT, encontrando en la FCBT mejores puntuaciones obtenidas en el instrumento de evaluación *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (CY-BOCS, Goodman et al., 1989,), así como en la propia evaluación de los terapeutas.

Con todo lo expuesto, se observa que la acomodación familiar es tratada como uno de los factores que más influye en la aparición y mantenimiento del TOC. Pese a esto, no se presentan tratamientos específicos para la prevención o tratamiento de la acomodación familiar en este trastorno, sino que se trata a los progenitores dentro de la terapia del infante de forma individual y sin ser el principal aspecto de la terapia. En algunos programas esto se realiza al final de la sesión y en otros se trata como un factor de riesgo/protección,

trabajando con el adulto responsable en un momento determinado de la terapia. Como resultado, la presente propuesta de intervención adoptará un enfoque grupal enfocado a los progenitores con el fin de promover un ambiente familiar adecuado para el tratamiento del menor.

4. METODOLOGÍA:

4.1 Descripción de la intervención:

El presente programa consiste en una propuesta de intervención para progenitores de niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 3 y los 18 años que estén diagnosticados de TOC y se encuentren recibiendo terapia psicológica. Este programa se compone de un total de 5 sesiones semanales, a través de las cuales se pretende fomentar un estilo familiar saludable entre los progenitores y sus hijos, mediante la promoción y enseñanza de diversas herramientas psicológicas y medidas preventivas, además de la identificación de aquellas situaciones y conductas que implican un riesgo o una inadecuación hacia la terapia psicológica del infante.

La intervención se realizará en formato grupal con los progenitores y/o tutores legales de niños y adolescentes, que presenten cierta acomodación familiar al trastorno. Estos grupos se encontrarán compuestos por los miembros de la asociación TOC Levante, estableciendo un máximo de 16 participantes y un mínimo de 6, se recomienda que acudan ambos progenitores. La propuesta de intervención se encuentra compuesta por 5 sesiones de tratamiento, una cita previa para conocer a los participantes mediante el uso de una entrevista semiestructurada, y dos sesiones de seguimiento. El programa se compone de 5 sesiones de tratamiento debido a que estas recogen los contenidos que se han detectado en la revisión bibliográfica. Todas las sesiones se encuentran fundamentadas en las bases de los diversos programas y modelos de intervención expuestos en la revisión bibliográfica PRT, FCBT y técnicas cognitivo conductuales.

El estilo de aplicación de este programa se debe mencionar que no es clínico puesto que se aplicará en las distintas instalaciones de la asociación a personas que no presentan un cuadro de sintomatología propia de un trastorno. Pese a este factor, se pretende establecer una relación de trabajo con los psicoterapeutas responsables de las personas con TOC menores de edad, y de este modo realizar una intervención de estilo multidisciplinar donde el psiquiatra y/o psicólogo de los niños y adolescentes trabajen en contacto con el psicólogo responsable de establecer este programa de intervención con los familiares.

El diseño de la intervención consiste en un enfoque psicoeducativo, ya que diversos estudios como el de Armostrong (2012) y Brezinka et al. (2020), demuestran que el

desconocimiento y las ganas de ayudar al ser querido, pueden ser uno de los factores principales para el inicio de las conductas asociadas con la acomodación familiar a los distintos trastornos mentales.

4.2 Objetivos:

Este trabajo presenta como objetivo principal reducir la acomodación familiar en un grupo de familiares de niños y adolescentes con TOC.

Tomando en consideración los mecanismos mantenedores de este tipo de conductas de acomodación familiar, los objetivos específicos son:

- Detectar y modificar los comportamientos educativos de la educación familiar para con el TOC.
- Aumentar el autoconcepto parental percibido.
- Proporcionar la información necesaria para que los progenitores puedan adquirir hábitos educativos adecuados ante el TOC.
- Identificar y reducir las prácticas parentales consideradas “de riesgo” para una baja adhesión al tratamiento del infante.
- Promover la participación de los progenitores ante la terapia psicológica del infante.

4.3 Participantes:

El programa se encuentra orientado a adultos mayores de edad, los cuales deben de ser tutores legales de al menos un menor de edad que padezca el TOC y se encuentre en tratamiento psicoterapéutico. En esta situación, no se incluirán participantes que presenten algún trastorno psicótico grave o deficiencia intelectual. Además, los participantes serán miembros de la asociación TOC Levante. Para la selección de los participantes se realizará un breve cuestionario vía Google forms© a modo de inscripción (Anexo A) sobre las conductas de riesgo y las propias preocupaciones paternas comunes del grupo, y de esta forma recabar la información necesaria para establecer adecuadamente el programa de intervención.

Por otro lado, se realizará una entrevista semiestructurada individualizada (Anexo B) con los participantes que cumplan los criterios de inclusión,. El objetivo de esta entrevista es conocer más a fondo el ambiente familiar y crear una relación de confianza entre el psicólogo que imparte el programa y los participantes. Los progenitores deberán obtener una puntuación de siete o más en la adaptación española de La Escala de Acomodación Familiar a los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo (*The Family Accommodation Scale for Obsessive–Compulsive Disorder Interviewer Rated*; FAS-IR; Calvocoressi et al., 1999).

Asimismo, se solicitará la firma del consentimiento informado (anexo C). En el caso de que un participante se abstenga de firmar no podrá ser admitido en el programa.

4.4 Diseño de la evaluación:

Previamente a comenzar el programa se llevará a cabo una evaluación inicial de los posibles participantes, esto permitirá saber si cumplen con los criterios de inclusión. Posteriormente a la finalización de las sesiones, se procederá a realizar una evaluación postratamiento, con la finalidad de conocer si se han cumplido los objetivos y comprobar la eficacia del programa. Los instrumentos que se utilizarán para la evaluación son:

La Escala de Acomodación Familiar a los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo (*The Family Accommodation Scale for Obsessive–Compulsive Disorder Interviewer Rated*; FAS-IR; Calvocoressi et al., 1999). En este caso, se aplicará la adaptación española de Otero y Rivas (2007). La FAS-IR estudia la presencia, la frecuencia y la severidad de la acomodación familiar en la última semana utilizando 12 ítems clasificados en una escala tipo Likert desde 0 (no aplicable) a 4 (todos los días). Estos ítems estudian los comportamientos de acomodación familiar, la participación en la propia compulsión y el impacto producido en el TOC. La versión española de la escala presenta adecuados valores de fiabilidad ($\alpha = 0.87$).

También se aplicará la *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*, (CY-BOCS; Goodman et al., 1989). En este caso, se aplicará la adaptación española de Yacila et al., (2016). Este instrumento está compuesto por 10 ítems, evaluados en una escala tipo Likert de 0 a 4, donde 0 es igual a la ausencia de síntomas y 4 se corresponde a presencia de sintomatología en grado severo. Esta prueba es una de las más populares para evaluar el cambio producido en la sintomatología TOC una vez completado el tratamiento. La versión española de la escala presenta adecuados valores de fiabilidad ($\alpha = 0.83$).

Asimismo, se aplicará la adaptación española de la *Child Behavior Checklist*(CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001). En este caso, se aplicará la adaptación española de Samper et al. (2006). Se trata de una medida destinada a padres de infantes entre los 6 y los 18 años, compuesto por 113 ítems que cubren ocho áreas de síntomas: ansioso deprimido, abstinencia deprimida, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, falta de seguimiento de las normas y comportamientos agresivos. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 0 a 2 (0=nunca, 1= a veces, 2=habitualmente). La versión española de la escala presenta adecuados valores de fiabilidad ($\alpha = 0.85$).

Por último, se utilizará una “entrevista semiestructurada sobre la acomodación familiar”, elaborada *ad hoc* para los participantes. Está compuesta por diversas preguntas que tienen como objetivo contar con información sobre los progenitores, el infante, el curso del trastorno y el tratamiento que se está recibiendo, y así adaptar los materiales del programa lo máximo posible a la realidad que vivencian los familiares (anexo B).

4.5 Diseño de la intervención.

En primer lugar, se realizará una reunión previa con los responsables de la asociación, en la cual se les explicará en detalle los objetivos, el contenido y duración del programa. Además, se les hará entrega de un formulario realizado vía Google forms®, que deberán realizar los posibles participantes, este enlace junto con un mensaje llamativo serán publicados en las distintas redes sociales de la asociación. Con el objetivo de captar la atención de los miembros y lograr el mayor número de inscripciones posibles.

La duración del programa será aproximadamente de un mes y una semana. Las sesiones se realizarán semanalmente y cada una de ellas tendrá una duración aproximada de 1 hora y media (a excepción de la primera y última sesión, que durarán aproximadamente 2 horas). En la denominada “cita previa” (realizada un mes antes de comenzar el programa) y en la sesión número 5 se realizarán la evaluación pretest y post-test de la intervención, respectivamente. La evaluación de la eficacia del programa se llevará a cabo mediante dos sesiones de seguimiento tras la finalización de éste, el primero será seis meses después y el segundo tras un año de la ejecución del programa. En estas dos sesiones también se pretende reforzar las técnicas en el caso de que la persona manifieste estar presentando dificultades. De esta forma, se podría obtener información relevante de si los cambios alcanzados se están manteniendo.

Prosiguiendo con la ubicación y periodo de realización, la intervención tendrá lugar en las mismas instalaciones de la asociación en San Vicente del Raspeig (Alicante), dentro de un horario comprendido entre las 19:00h a las 20:30h/21:00h, con el objetivo de coincidir lo menos posible con las jornadas laborales de los asistentes. En cuanto a los recursos materiales, será necesario una sala acondicionada para su uso, un ordenador, un proyector y otros materiales específicos de cada sesión. En lo referente a los recursos humanos, será preciso un/a profesional de la psicología para impartir las sesiones. Dicho profesional también mantendrá comunicación continua con los profesionales responsables de la terapia del infante para llevar un seguimiento de las esperadas mejoras que tenga en su terapia individual, gracias a la reducción de la acomodación familiar de los progenitores; y detectar

posibles dificultades que presenten los padres al aplicar los aprendizajes del programa en su vida diaria con los hijos y corregirlas en las sesiones grupales.

SESIÓN 1

Objetivos:

El objetivo general de esta sesión es proporcionar la información necesaria para que los progenitores puedan adquirir hábitos educativos adecuados ante el TOC. En cuanto a los objetivos específicos:

- Conocer adecuadamente en qué consiste el TOC.
- Conocer adecuadamente en qué consiste la acomodación familiar.
- Motivar a los participantes para que sigan el programa con interés y cooperación.

Descripción de las actividades:

En primer lugar, se realizará una breve introducción donde el psicólogo presentará la finalidad y los objetivos del programa (10 minutos).

Posteriormente, con la finalidad de crear una cohesión de grupo se completará la ficha “Mi perfil” (anexo D), para ello se dividirá el grupo en parejas o tríos, dependiendo si el grupo cuenta con un número par o impar de participantes. De este modo, deberán rellenar la ficha según los gustos, aficiones o preocupaciones de los compañeros (15 minutos). Una vez finalizado se realizará una puesta en común (15 minutos).

A continuación, se realizará una presentación psicoeducativa, con un PowerPoint de guía (anexo E), exponiendo los aspectos generales del TOC y de la acomodación familiar, este PowerPoint estará adaptado a las descripciones hechas por los padres de las situaciones que más a menudo aparecen en sus casas. Con la finalidad de sentar una base de conocimiento básico para las sesiones posteriores (30 minutos).

Por último, se abrirá un tiempo de debate y dudas donde los participantes podrán describir brevemente qué les ha traído a este programa, las expectativas que tienen del mismo, así como los objetivos, miedos y preocupaciones presentes (20 minutos).

Materiales:

- Ficha “Mi perfil” (anexo D)
- PowerPoint (anexo E)
- Ordenador
- Proyector
- Aula o espacio propio

Duración: 1 hora y 30 minutos.

SESIÓN 2

Objetivos:

El objetivo general es detectar y modificar los comportamientos propios de la acomodación familiar para con el TOC.

Los objetivos específicos son:

- Conocer la estrategia del tiempo fuera de reforzamiento.
- Exponer soluciones a casos específicos.
- Reflexionar sobre la repercusión de la propia acomodación familiar.

Descripción de las actividades:

En primer lugar, se realizará una breve recordatorio de la sesión anterior (10 minutos). Posteriormente, se dividirá al grupo en subgrupos y repartirá la ficha “Clasifiquemos conductas” (anexo F) (Conjunto de conductas para clasificarlas según sean conductas de acomodación familiar o conductas adecuadas) a cada uno de los grupos. El psicólogo cuenta con la ficha que reúne la clasificación correcta de estas conductas (anexo G). Cada grupo deberá nombrar un representante para, en la segunda parte de la actividad, explicar las respuestas del grupo mediante una puesta en común. El factor principal de esta actividad es que los participantes se familiaricen con lo que se puede denominar “Conducta adecuada para el tratamiento” y que distingan las diferentes posibilidades de conducta y las características diferenciales de cada una de ellas (25 minutos).

Después de la realización de esta actividad, cada grupo seleccionará tres situaciones diferentes, de las distintas familias que conforman el subgrupo y describirán con un ejemplo una conducta donde se muestre la acomodación familiar, exponiendo cómo pueden sentirse, cuáles son los motivos o causas que pueden llevar a realizar esa conducta. Posteriormente, el grupo completo deberá proponer conductas alternativas que sean adecuadas (25 minutos).

Para finalizar la sesión, el psicólogo expondrá qué es el “tiempo fuera”, mediante una presentación vía PowerPoint (anexo H), donde se mostrarán distintos ejemplos de actuación adecuados para evitar la acomodación familiar usando esta estrategia. Una vez se haya terminado la exposición, y se hayan contestado las posibles dudas, se pedirá la participación de 3 voluntarios, que mediante un role-playing pondrán en práctica lo aprendido. A modo de reflexión se realizarán las siguientes preguntas: ¿Nos hemos sentido a gusto? ¿Hemos sido capaces de detectar una actitud más adecuada hacia el TOC? ¿Os veis capaces de seguir este tipo de comportamientos en vuestra vida diaria? (30 minutos).

Materiales:

- Fichas de clasificación (anexos F y G)

- PowerPoint (Anexo H)
- Proyector
- Ordenador
- Aula o espacio propio
- Fichas de clasificación.

Duración: 1 hora y 30 minutos.

SESIÓN 3

Objetivos:

El objetivo principal de esta sesión consiste en aumentar el autoconcepto parental percibido.

Los objetivos específicos son:

- Desarrollar las posibilidades del autoconocimiento con la finalidad de aumentar la conciencia de las capacidades y limitaciones.
- Reflexionar sobre la importancia del autoconcepto parental.
- Poner en práctica las estrategias cognitivo conductuales con la finalidad de reducir la acomodación familiar.

Descripción de las actividades:

En primer lugar, se realizará una pequeña reflexión sobre la sesión anterior, donde los participantes podrán, siguiendo un turno de palabra, comentar qué sintieron, sus opiniones y si están experimentando cambios en el hogar (10 minutos). Posteriormente, se realizará una lluvia de ideas sobre el concepto del autoconcepto parental. También se les pedirá que clasifiquen distintas conductas que propongan en 5 niveles (nivel 1= no me sale, nivel 2= se cómo se hace, pero no me sale, nivel 3: me sale a veces, nivel 4= me sale casi siempre, nivel 5= me sale siempre), con el objetivo de visualizar sus puntos fuertes y los aprendizajes que están en proceso de adquisición. Pudiendo usar una herramienta visual como un termómetro, que sirve como una tabla de niveles, para hacer visible y gráfico el nivel de adquisición de un objetivo o aprendizaje (20 minutos).

A continuación, se proyectarán una serie de vídeos donde se verán diversas situaciones del TOC. Se les pedirá a los participantes que expongan diversas conductas que se podrían realizar dependiendo de cada situación expuesta en el video, sin tener en cuenta si esas conductas son positivas o negativas. Posteriormente, el psicólogo expondrá cuales son las conductas adecuadas ante estas situaciones y cómo deben de afrontarlas correctamente, mediante diversas técnicas y estrategias cognitivo conductuales que se han ido comentando en las sesiones anteriores (40 minutos).

Materiales:

- Vídeo para visualizar el TOC 1: <https://www.youtube.com/watch?v=aBTOkopxaZc>

- Video para visualizar el TOC 2: https://www.youtube.com/watch?v=Q_a5YzhZ7IE
- Ordenador
- Proyector
- Aula o espacio propio

Duración: 1 hora y 30 minutos.

SESIÓN 4

Objetivos:

El objetivo general de esta sesión es identificar y reducir las prácticas parentales consideradas “de riesgo” para una baja adhesión al tratamiento por parte del infante.

Los objetivos específicos de esta sesión son:

- Detectar y fomentar las conductas adecuadas ante el TOC.
- Poner en práctica las diversas técnicas y herramientas expuestas en las sesiones anteriores.

Descripción de las actividades:

En esta sesión se expondrán las diversas técnicas y herramientas que se han ido explicando en las sesiones anteriores a modo de recordatorio (15 minutos). Además, se establecerá un periodo de tiempo para realizar preguntas o exponer avances conseguidos (15 minutos).

En segundo lugar, se realizará una división en 2 subgrupos, en la cual los participantes, deberán crear un sketch donde interpretarán mediante un role-playing dos tipos de situaciones. Es decir, la mitad del grupo interpretará una situación llevada a cabo correctamente con las estrategias proporcionadas en la intervención y la otra mitad del subgrupo una situación llevada a cabo con viejos hábitos de la acomodación familiar; en ambos casos ante un episodio de un infante con conductas de TOC (15 minutos para la preparación y 20 minutos para la visualización de los sketches, 5 minutos por cada sketch).

Para concluir, se realizará una reflexión conjunta, sobre cómo implementar las técnicas que evitan la acomodación familiar en el día a día de los distintos participantes. Además, se discutirá la importancia de establecer conductas de coterapeuta para fomentar la adherencia al tratamiento del infante (15 minutos).

Materiales:

- Aula o espacio propio

Duración: 1 hora y 30 minutos.

SESIÓN 5

Objetivos:

El objetivo principal de esta sesión es promover la participación de los progenitores en la terapia psicológica del infante. En cuanto a los objetivos específicos:

- Evaluar la funcionalidad del programa.
- Promover un mejor ambiente familiar.
- Proporcionar las herramientas necesarias para mantener la participación adecuada ante la terapia del infante.

Descripción de las actividades:

En primer lugar, el psicólogo explicará que esta es la última sesión psicoeducativa y expondrá los avances conseguidos hasta el momento, recordando la importancia de asistir a las sesiones de seguimiento (10 minutos).

Seguidamente, se pedirá a los participantes que escriban en un folio circunstancias que vivan en el hogar las cuales les resulte difícil de lidiar o no sepan cómo actuar adecuadamente. Estos trozos de papel serán puestos en un bote y serán comentados en grupo buscando las soluciones o conductas más adecuadas ante la situación (20 minutos).

La segunda actividad consistirá en trabajar la prevención de recaídas de la conducta de la acomodación familiar. Para ello se establecerá un breve resumen de las sesiones anteriores y se expondrán las consecuencias del papel de los progenitores en la terapia del infante (20 minutos).

Se debe de mencionar que se hará un breve descanso de 10 minutos, antes del pase de las pruebas para evitar un posible sesgo por cansancio.

Continuando con la sesión, se dedicará una hora de tiempo a pasar adecuadamente diversos cuestionarios, se explicará que no hay respuestas correctas o incorrectas; además de que deben de responder acorde a su realidad. Las pruebas que se pasarán son la adaptación española del *Family Accommodation Scale for Obsessive–Compulsive Disorder Interviewer Rated* (FAS-IR; Calvocoressi et al., 1999; Otero y Rivas (2007), la versión española de la *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (CYBOCS; Goodman et al., 1989; Yacila, 2016) y la adaptación española del *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001; Samper et al. (2006)). Finalizando con un cuestionario de satisfacción con la intervención (anexo I).

Materiales:

- Aula o espacio propio
- Cuestionarios relacionados con el TOC y la acomodación familiar (FAS-IR; CYBOCS y CBCL)
- Cuestionario de satisfacción (Anexo I)
- Bolígrafos

- Hojas en blanco
- Bote o caja

Duración: 2 horas.

5. RESULTADOS

En este proyecto se ha desarrollado un programa de intervención, para reducir la acomodación familiar frente al TOC.

Debido a que no se ha puesto en práctica, no se ha podido comprobar la efectividad del programa de intervención. Es de destacar que, el presente trabajo se encuentra basado en programas validados y que han demostrado ser eficaces, por este motivo se espera alcanzar los objetivos planteados. Se pretende reducir la acomodación familiar, además de adquirir conductas adecuadas para la coterapia de los progenitores. Con el fin último de fomentar la adquisición de los aprendizajes del infante con TOC en su tratamiento psicoterapéutico una vez finalizado el programa, mediante los componentes de los diversos programas mencionados en la revisión bibliográfica. Algunos de los estudios que han demostrado la reducción de la acomodación familiar, mediante estos programas son el de Freeman et al. (2008) demuestran la eficacia de la incorporación familiar mediante la terapia cognitivo-conductual, reduciendo el infante en un 69% la sintomatología clínica. Asimismo, el estudio de Peris y Piacentini (2013) demostró que utilizando el programa FCBT los participantes adquieren una mejoría del 95%, en aspectos como los conflictos familiares, la adhesión al tratamiento del infante y el bienestar familiar. También es destacable el estudio de Brezinka et al. (2020) en el que se demostró en distintos casos clínicos una orientación parental guiada con terapia cognitivo-conductual, junto con otras opciones como el programa PRT, reducían significativamente la acomodación familiar.

Con respecto a las limitaciones que puede implicar la aplicación de este programa, se destaca la falta del uso de técnicas de relajación, incorporadas en los programas validados, para lo que se recomienda ampliar el número de sesiones e incluir el uso de esta herramienta. Por otro lado, puede darse el caso de que el familiar no llegue a ser consciente de los problemas que acarrear las conductas relacionadas con la acomodación familiar y, por tanto, no pueda hacer frente a las situaciones de acompañamiento terapéutico de su hijo, en ese sentido sería recomendable ampliar las sesiones dedicadas a la psicoeducación y toma de conciencia del problema. Así mismo, en el presente programa no se incorporaron tareas para casa ni el uso de autorregistros, lo cual sería muy recomendable para promover la generalización y mantenimiento de los resultados; así como, trabajar en las sesiones en base a las situaciones reales registradas.

Contrarrestando lo anterior, se han de destacar diversas fortalezas de este programa. Entre ellas se encuentra que su temporalidad, extensión y contenido son adaptables a los participantes y se puede extrapolar a otros colectivos/asociaciones que reúnan con los requisitos y criterios de inclusión. Por otro lado, el programa se busca aplicar estando en contacto continuado con el/la terapeuta de los niños y adolescentes, favoreciendo así el feedback que recibe el terapeuta que aplica el programa con los avances o retrocesos que se observan en la terapia individualizada de los menores de edad, y que puede ayudar al psicólogo encargado del programa a adaptar las sesiones. Por último, el programa cuenta con 2 sesiones de seguimiento con el fin de valorar la adecuación de este, así como la generalización y mantenimiento de los resultados esperados.

Para finalizar, con el presente trabajo se anima a seguir desarrollando técnicas e intervenciones para progenitores de niños y adolescentes con trastornos mentales con la finalidad de mejorar la adhesión al tratamiento por parte del menor.

6. BIBLIOGRAFÍA:

Adam, Y., Meinschmidt, G., Gloster, A. T., & Lieb, R. (2012). Obsessive–compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(3), 339-349.

Albert, U., Bogetto, F., Maina, G., Saracco, P., Brunatto, C., & Mataix-Cols, D. Family accommodation in obsessive–compulsive disorder: relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics *Psychiatry Res.*, 179 (2010), pp. 204-211

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5)*

Armstrong, C. (2012). AACAP Updates Recommendations on Diagnosis and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in Children. *American Family Physician*, 85(11), 1107-1109.

Asghar, M. A., Rehman, A. A., Shafiq, Y., Siddiq, A., Zehravi, M., Khan, K., Asif, M., Abedin, S. (2020). Relationship of obsessive-compulsive disorders with religion and psychosocial attitude among local medical college students of Karachi: an epidemiological study. *JPMA*, 70(1563).

Brezinka, V., Mailänder, V., & Walitza, S. (2020). Obsessive compulsive disorder in very young children—a case series from a specialized outpatient clinic. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-8.

- Calvocoressi, L., Mazure, C. M., Kasl, S. V., Skolnick, J., Fisk, D., Vegso, S. J., Van Noppen, B., & Price, L. H. (1999). Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: Instrument development and assessment of family behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(10), 636-642.
- Carmenate Rodríguez, I. D., & Salas Mayea, Y. (2021). Perfil clínico y epidemiológico de población infantil con manifestaciones psiquiátricas durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Pediatría*, 93(1).
- Cautela, J. R. & Groden, J. (1978). *Relaxation: A comprehensive manual for adults, children and children with special needs*. Champaign, Illinois: Research Press.
- Demaria, F., Pontillo, M., Tata, M. C., Gargiullo, P., Mancini, F., & Vicari, S. (2021). Psychoeducation focused on family accommodation: a practical intervention for parents of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Italian journal of pediatrics*, 47(1), 1-7.
- Emmelkamp, P. M., & De Lange, I. (1983). Spouse involvement in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*.21(4):341-6.
- Fawcett, E. J., Power, H., & Fawcett, J. M. (2020). Women are at greater risk of OCD than men: a meta-analytic review of OCD prevalence worldwide. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(4), 13075.
- Fineberg, N. A., Apergis-Schoute, A. M., Vaghi, M. M., Banca, P., Gillan, C. M., Voon, V., ... & Robbins, T. W. (2018). Mapping compulsivity huntin the DSM-5 obsessive compulsive and related disorders: cognitive domains, neural circuitry, and treatment. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 21(1), 42-58.
- Futh, A., Simonds, L. M., & Micali, N. (2012). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: parental understanding, accommodation, coping and distress. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 624-632.
- Gagné, J. P., Kelly-Turner, K., & Radomsky, A. S. (2018). From the laboratory to the clinic (and back again): How experiments have informed cognitive-behavior therapy for

obsessive–compulsive disorder. *Journal of Experimental Psychopathology*, 9(4), 2043808718810030.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA et al. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, 11: validity. *Arch Gen Psychiatry* 46: 1012-1016

Hollander, E., Kim, S., Braun, A., Simeon, D., & Zohar, J. (2009). Cross-cutting issues and future directions for the OCD spectrum. *Psychiatry research*, 170(1), 3-6.

Houghton, D.; Stein, D. J.; Cortese, B. (2020). Exteroceptive sensory abnormalities in childhood and adolescent anxiety and obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 59, no 1, p. 78-87.

Hunt, C. (2020). Differences in OCD symptom presentations across age, culture, and gender: A quantitative review of studies using the Y-BOCS symptom checklist. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 100533.

Leeuwerik, T., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2019). Patient adherence to cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 68, 102135.

López, J. R. P. (2017). El trastorno obsesivo-compulsivo: diferencias entre las esiciones iv yv del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(2), 223-228.

Lulla, D., Mascarenhas, S. S., How, C. H., & Yeleswarapu, S. P. (2019). An approach to problem behaviours in children. *Singapore medical journal*, 60(4), 168.

Mathes, B. M., Morabito, D. M., & Schmidt, N. B. (2019). Epidemiological and clinical gender differences in OCD. *Current psychiatry reports*, 21(5), 1-7.

McGrath, C. A., & Abbott, M. J. (2019). Family-based psychological treatment for obsessive compulsive disorder in children and adolescents: a meta-analysis and systematic review. *Clinical child and family psychology review*, 22(4), 478-501.

- Otero, S., & Rivas, A. (2007). Adaptación y validación de la Escala de Acomodación Familiar a los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo en una muestra de adolescentes españoles. *Actas españolas de psiquiatría*, 35(2).
- Peris, T. S., Sugar, C. A., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., & Piacentini, J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(2), 255
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., Peris, T., Wood, J. J., & McCracken, J. (2011). Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(11), 1149-1161.
- Pinciotti, C. M., & Fisher, E. K. (2022). Perceived traumatic and stressful etiology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research Communications*, 100044.
- Pontillo, M., Demaria, F., Tata, M. C., Aversa, R., Gargiullo, P., Pucciarini, M. L., Santonastaso, O., Boldrini, T., Tozzi, A.E., Vicari, S. (2020). Clinical significance of family accommodation and parental psychological distress in a sample of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder aged 8-17 years old. *Italian Journal of Pediatrics*, 46(1), 1-10.
- Rodríguez-Contreras, M. L. (2020). Trastorno obsesivo-compulsivo: más que una obsesión. *REMUS-Revista Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora*, 36-37.
- Rosa-Alcázar, Á., Rosa-Alcázar, A. I., Olivares-Olivares, P. J., Parada-Navas, J. L., Rosa-Alcázar, E., & Sánchez-Meca, J. (2019). Family involvement and treatment for young children with Obsessive-Compulsive Disorder: Randomized control study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(3), 218-227.
- Samper, P., Cortés, M. T., Escrivá, V. M., Nácher, M. J., & Tur, A. M. (2006). Adaptación del Child's Report of Parent Behavior Inventory a población española. *Psicothema*, 18(2), 263-271.
- Shimshoni, Y., Shrinivasa, B., Cherian, A. V., & Lebowitz, E. R. (2019). Family accommodation in psychopathology: A synthesized review. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl 1), S93.

Shrinivasa, B., Cherian, A. V., Arumugham, S. S., Philip, B. V., Pandian, D. R., Math, S. B., & Reddy, Y. J. (2020). Predictors of family accommodation in obsessive compulsive disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 102189.

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Shin, J.; Kirkbride, J., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J.K.; Carvalho A.F., Seeman, M. V.; Corell, C. U., Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, 1-15.

Whittal, M. L., Thordarson, D. S., & McLean, P. D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour research and therapy*, 43(12), 1559-1576.

Wu, M. S., Geller, D. A., Schneider, S. C., Small, B. J., Murphy, T. K., Wilhelm, S., & Storch, E. A. (2019). Comorbid psychopathology and the clinical profile of family accommodation in pediatric OCD. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(5), 717-726.

Wu MS, McGuire JF, Martino C, Phares V, Selles RR, Storch EA.(2016) A meta-analysis of family accommodation and OCD symptom severity. *Clin Psychol Rev*. 34-4.

Yacila, G. A., Cook-del Aguila, L., Sanchez-Castro, A. E., Reyes-Bossio, M., & A Tejada, R. (2016). Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *Acta Médica Peruana*, 33(3), 253-255.

Yoshimura, M., Pascual-Marqui, R. D., Nishida, K., Kitaura, Y., Mii, H., Saito, Y., Ikeda, S. Katsura, K., Ueda, S., Minami, S., Isotani, T, Kinoshita, T. (2019). Hyperactivation of the frontal control network revealed by symptom provocation in obsessive-compulsive disorder using EEG microstate and sLORETA analyses. *Neuropsychobiology*, 77(4), 176-185.

7. ANEXOS:

ANEXO A

FORMULARIO PARA LA INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA:

<https://forms.gle/M2psgKHkPrKJttNv6>

ANEXO B

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA:

Edad de ambos progenitores:

Edad del infante:

Nivel de estudios de los progenitores y profesión:

Nivel de estudios del infante:

Breve recorrido bibliográfico sobre el desarrollo del trastorno obsesivo compulsivo del infante:

Edad de inicio:

Primeros síntomas del trastorno:

Descripción de los momentos en los que comenzó el trastorno:

El inicio del trastorno, ¿lo asociáis con algún evento concreto de su vida?

Actualmente, ¿asociarías los episodios del trastorno a algún momento del día concreto?

¿En qué sueles pensar al ver un episodio de TOC en vuestro hijo? ¿Qué sueles sentir?

¿Cómo actúas ante estas situaciones?

Tras tu actuación o intervención, ¿en qué sueles pensar? ¿Cómo te sientes emocionalmente?

Uso del tratamiento:

¿Has acudido a algún especialista de la salud? ¿Cuál? ¿Sigues acudiendo? ¿En qué consiste o consistía esta intervención?

¿Tu hijo acude o ha acudido a un especialista de la salud antes? ¿A cuál o a cuáles? ¿En qué consistió o en qué consiste su intervención?

¿Cuáles son los tratamientos psicológicos que está recibiendo o ha recibido? ¿Podrías detallar los? ¿Le ayudan? ¿Cómo? ¿Os ayudan en casa? ¿Cómo?

Actualmente, ¿cómo actúas ante el TOC de tu hijo? ¿Te está siendo de ayuda? ¿Por qué piensas que sucede esto?

ANEXO C

Sr(a) Usuario, por favor lea atentamente el siguiente documento que tiene como objetivo explicar el uso y confidencialidad de sus datos, así como sus derechos y compromisos con respecto al proceso de atención psicológica. Si tiene cualquier duda consulte con el/la psicólogo/a.

1.USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Toda la información concerniente a su evaluación y tratamiento, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, son confidenciales y no serán divulgadas ni entregadas a ninguna otra institución o individuo sin su consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. Sin embargo, de acuerdo con la ley vigente, es necesario quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro su integridad física o mental o de algún otro miembro de la comunidad.

2. MODELO DE TRATAMIENTO

El tratamiento que se le brinda es llevado a cabo con base en un modelo psicológico empíricamente validado, que en unos casos funciona mejor que en otros. Durante las primeras sesiones, el/la psicólogo/a discutirá el problema conmigo y obtendrá información relevante.

3. USO DE INSTRUMENTOS

El proceso de atención psicológica requiere de su compromiso de asistencia, puntualidad y participación en los diferentes instrumentos que se adopten o sean necesarios, además de su colaboración en diligenciar una serie de documentos y/o pruebas, con información personal que será utilizada por el/la profesional para la evaluación y tratamiento.

4. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por el/la psicólogo(a) para la evaluación y el tratamiento de la problemática abordada, son tomadas por usted.

5. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo _____ identificado(a) con D.N.I: _____, manifiesto:

- 1) Mi aceptación del proceso de evaluación y tratamiento ofrecido y que me ha sido explicado y entendido por mí y cuyas condiciones generales me ha aclarado el/la psicóloga/o.
- 2) Que la información que le brindo al psicólogo/a es verdad y corresponde a mi realidad, ya que sobre dicha información se plantean las propuestas de intervención.
- 3) Que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven y accede a lo anteriormente mencionado.

Firma del participante:

C.C:

Fecha:

Firma del Psicólogo(a):

Número de colegiado:

Fecha:

Mi Perfil

◆ ¿NOS CONOCEMOS? ◆

 DATOS BÁSICOS:

MI NOMBRE:

MI CUMPLEAÑOS:

MI EDAD:

 ¿A QUÉ ME DEDICO?

 AFICIONES:

 3 ACONTECIMIENTOS:

 MI PROBLEMA ES..

 *DALE 4 CONSEJOS BÁSICOS A TU COMPAÑERO*



EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Un nuevo acercamiento

Tabla de contenidos

01

El TOC

¿Qué es el trastorno
obsesivo compulsivo?

02

Tipos de TOC

Analizaremos los distintos
tipos de TOC

03

Tratamientos para el TOC

¿Cuáles son las terapias
psicológicas de elección
para el TOC?

04

La Acomodación Familiar

01 EL TOC



COMPULSIONES

Pensamientos, tareas mentales o acciones que la persona afectada se ve impulsada a realizar como respuesta a una obsesión



OBSESIONES

Compuestas por imágenes, impulsos y pensamientos frecuentes y duraderos, los cuales son experimentados indeseable e intrusivamente

• OBSESIÓN

Obsessio – onis: asedio

- ideas
- pensamientos
- imágenes

Que la persona experimenta como:

- invasivas
- con conciencia de falta de sentido
- con intentos de resistirse a ellas

• COMPULSIÓN

Conductas/ acciones mentales

- repetitivas
- finalistas
- intencionales

Como respuesta a una obsesión:

- estereotipada
- relacionadas con unas reglas o normas



“Generalmente el curso del trastorno es recurrente, con un índice de inicio sintomatológico en la niñez elevado”
–**Mathes et al., 2019**



CARACTERÍSTICAS DEL TOC

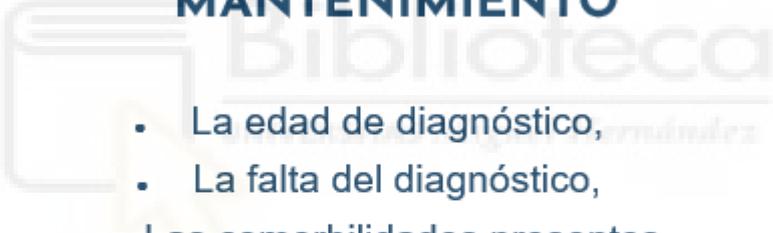
- Intolerancia a la incertidumbre.
- Sobreestimación de la amenaza.
 - Perfeccionismo.
 - Responsabilidad excesiva.
- Creencias sobre la importancia de los pensamientos.
- La importancia de controlar los propios pensamientos.
 - Rígidez de las ideas.



- Algunos estudios epidemiológicos, muestran que el inicio de los trastornos mentales suele ser en edades tempranas, en la mayoría de ellos antes de los 18 años. En el caso del TOC y trastornos relacionados, la media de edad es a los 18 años y el pico más alto del trastorno es a los 14.5 años (Solmi et al., 2019).



TENDENCIAS DE MANTENIMIENTO

- 
- La edad de diagnóstico,
 - La falta del diagnóstico,
 - Las comorbilidades presentes
 - y la acomodación familiar (Houghton et al., 2020).

02 TIPOS DE TOC

• Clasificación de Marks:

1. Rituales compulsivos con obsesiones
 - 1.1. Limpieza
 - 1.2. Repetición
 - 1.3. Comprobación
 - 1.4. Acumulación
 - 1.5. Orden
2. Lentitud sin rituales visibles
3. Obsesiones

03

TRATAMIENTOS PARA EL TOC

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Identificar las obsesiones y compulsiones
- Enseñar a modificar las interpretaciones catastróficas sobre los pensamientos intrusivos.
- Identificar y eliminar cualquier conducta de evitación, neutralización o disimulo

ALGUNAS TÉCNICAS

SITUACIONES DE
EXPOSICIÓN

SESIONES EDUCATIVAS

CORRECCIÓN DE PENSAMIENTOS
INTRUSIVOS (TÉCNICAS COGNITIVAS)

CONTROL Y NORMALIZACIÓN
DE LAS OBSESIONES Y
COMPULSIONES

04 ACOMODACIÓN FAMILIAR



CONSISTE EN cómo actúa el familiar ante el trastorno, siendo común las modificaciones de sus propias rutinas y evitar las experiencias de estrés para con el infante, lo que implica participar en los rituales y reforzar las conductas problemáticas del TOC



Implica...

- La presencia del familiar en los rituales,
 - Seguimiento de ordenes y reglas de la persona afectada por TOC,
 - Cambios en el comportamiento,
 - Entre otros
- 

DIAPPOSITIVA PARA ADAPTARLAS CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5)

Glover, B. (2018). Editorial and TOC. *The Northern Mariner/Le marin du Nord*, 28(3), i-iv.

Houghton, D.; Stein, D. J.; Cortese, B. (2020). Exteroceptive sensory abnormalities in childhood and adolescent anxiety and obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 59, no 1, p. 78-87.

Mathes, B. M., Morabito, D. M., & Schmidt, N. B. (2019). Epidemiological and clinical gender differences in OCD. *Current psychiatry reports*, 21(5), 1-7.

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Shin, J.; Kirkbride, J., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J.K.; Carvalho A.F., Seeman, M. V.; Corell, C. U., Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, 1-15.

¿ALGUNA DUDA?



¿TIENES ALGUNA PREGUNTA?
your email@freepik.com
+91 620 421 838
yourcompany.com



CREDITS: This presentation template was created by **Slidesgo**, including icons by **Flaticon**, infographics & images by **Freepik**

ANEXO F

CONDUCTAS	CONDUCTAS DE ACOMODACIÓN FAMILIAR
<ul style="list-style-type: none">- Abrir las puertas a tu hijo porque tiene miedo a contaminarse.-Comprar más jabón de forma excesiva.-Escuchar el agobio de la persona que padece TOC.-Cortar los alimentos por miedo a los cuchillos.-Reducir con las indicaciones del terapeuta el tiempo de lavado de manos.-Mover todos los muebles del salón.-No tirar nada, aunque yo lo quiera.-Participar en la terapia.-Estar pendiente del instituto o colegio para mejorar la asistencia a clase.-Mantener conductas de simetría (acto ante la necesidad de que se le toquen ambos lados del cuerpo, realizar las cosas x nº de veces) <p>Recuerda que debes plantear 3 situaciones de acomodación familiar que se vivan en casa y 3 posibles soluciones</p>	<p>CONDUCTAS ADECUADAS:</p>

ANEXO G

- Abrir las puertas a tu hijo porque tiene miedo a contaminarse. (Acomodación familiar)
- Comprar más jabón de forma excesiva sin necesitarlo. (Acomodación familiar)
- Escuchar el agobio de la persona que padece TOC.
- Cortar los alimentos por el miedo del menor a los cuchillos. (Acomodación familiar)
- Reducir con las indicaciones del terapeuta el tiempo de lavado de manos.
- Mover todos los muebles del salón. (Acomodación familiar o no depende de si es por voluntad propia o debido a una obsesión)
- No tirar nada, aunque yo lo quiera. (Acomodación familiar)
- Participar en la terapia.
- Estar pendiente del instituto o colegio para mejorar la asistencia a clase.
- Mantener conductas de simetría (acto ante la necesidad de que se le toquen ambos lados del cuerpo, realizar las cosas x nº de veces) (Acomodación familiar)

ANEXO H



¿Qué es el tiempo fuera?

Es una técnica que requiere la retirada del infante del lugar donde se está produciendo la acción no deseada.

01 ESCOGER ADECUADAMENTE EL ESPACIO

02 SE DEBE DE TRASLADAR INMEDIATAMENTE

03 EVITAR DISCUSIONES

04 EVITAR COMENTARIOS NEGATIVOS SOBRE LA CONDUCTA

05 HABLAR EN UN TONO CALMADO

06 EXPLICAR LA SITUACIÓN DE FORMA CALMADA

NORMAS

No permitas que salga antes de tiempo del lugar al que se le ha retirado: si lo hace adviértale de consecuencias más negativas como que deberá estar más rato en esta situación. Si cuando vamos a buscarle, vuelve con conductas inadecuadas, le advertiremos que Si quiere salir deberá estar al menos 15 segundos sin efectuarlas.



CONSECUENCIAS



Si pasa la prueba

REDUCCIÓN CONSIDERABLE DE LAS CONDUCTAS

Si cede ante la conducta

AUMENTO DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA

Hay que tener especial cuidado en que esta retirada no implique algún tipo de beneficio para el niño / a ya que en este caso lo que estaríamos reforzando es la conducta inadecuada.



Procurar introducir momentos de atención hacia el niño / contingentemente a la aparición de conductas deseadas. Refuerzo verbal (halagos) y físicos (abrazos, besos...), o bien, como te has portado tan bien ahora vamos a jugar un poquito u otorgar recompensas acordadas previamente.



Martínez, E. (2012). El tiempo-fuera como herramienta correctiva. *Perspectivas*, 3.

PONGÁMOSLO EN PRÁCTICA

ANEXO I

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN: <https://forms.gle/6VyXR4KZWBP98Tx9>

