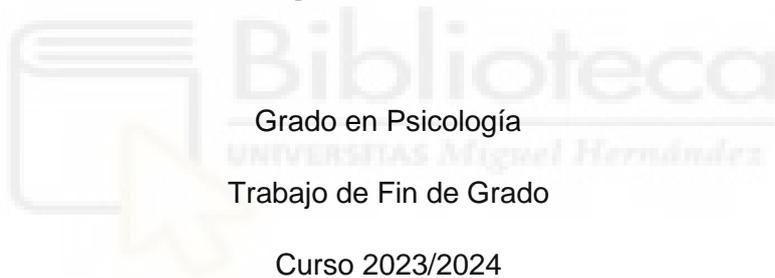




UNIVERSITAS
Miguel Hernández



Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado

Curso 2023/2024

Convocatoria

Septiembre

Modalidad: Diseño de una propuesta de intervención.

Título: Programa de intervención Cognitivo-Conductual en adolescentes con TOC.

Autor: Jorge Cerezal Gómez.

Tutor: Profesor D. José Pedro Espada Sánchez.

Elche a 04 de Septiembre de 2024

ÍNDICE DE ABREVIATURAS.

TOC: trastorno obsesivo compulsivo.

TCC: terapia cognitivo-conductual.

EPR: exposición con prevención de respuesta.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales).

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence.

WHO: World Health Organization

IRSS: inhibidores de la recaptación de serotonina.

U.S.A.: unidades subjetivas de ansiedad.

Y-B OCS: Yale-Brown Obsesive Compulsive Scale (Escala de obsesión-compulsión Yale Brown).

BDI: Beck Depression Inventory (Inventario de depresión de Beck).

STAI: State-Trait Anxiety Inventory.(Inventario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo).



ÍNDICE:

1. Resumen/Abstract	1
2. Introducción.....	2
2.1. Descripción del TOC.....	2
2.1.1. Definición	2
2.1.2. Criterios diagnósticos	2
2.1.3. Obsesiones	3
2.1.4. Compulsiones	3
2.1.5. Modelos explicativos	5
2.1.6. Prevalencia	6
2.1.7. Pronóstico	6
2.1.8. Comorbilidad.....	6
2.1.9. Evaluación psicológica	7
2.1.10. Tratamiento.....	8
2.2. El TOC en la población adolescente.....	8
2.2.1. Prevalencia	8
2.2.2. Impacto en la calidad de vida	9
2.2.3. Factores de riesgo.....	9
2.2.4. Mantenedores	9
2.3. Justificación de la importancia del desarrollo de un programa de intervención cognitivo-conductual específico para adolescentes con TOC.....	10
2.4. Revisión de la literatura sobre programas de intervención cognitivo- conductual para adolescentes con TOC	10
3. Método.....	12

3.1. Descripción de la intervención	12
3.2. Objetivos... ..	13
3.2.1. Objetivos generales del programa de intervención	13
3.2.2. Objetivos específicos del programa de intervención.....	13
3.3. Población y participante.....	13
3.3.1. Población objeto de intervención	13
3.3.2. Participante.....	14
3.4. Descripción del programa.....	15
3.5. Elementos de la intervención.....	15
3.5.1. Justificación del diagnóstico. Criterios del TOC (DSM-5).....	15
3.5.2. Análisis topográfico y funcional	16
3.5.3. Pasos en la aplicación del tratamiento.....	17
3.6. Materiales necesarios e instrumentos.....	19
3.6.1. Entrevista.....	19
3.6.2. Cuestionarios.....	20
3.6.3. Autorregistro	21
3.7. Descripción y cronograma de las sesiones estructuradas... ..	22
3.8. Seguimiento y método de evaluación de la intervención.....	23
3.8.1. Tablas de autorregistro.....	23
3.8.2. Tabla de autoexposición.....	23
3.8.3. Cuestionarios.....	24
4. Discusión y conclusiones.....	26
4.1. Cumplimiento de objetivos.....	26
4.2. Síntesis de la propuesta de intervención	26
4.3. Análisis crítico de la viabilidad de la intervención.....	27
4.4. Limitaciones del trabajo	28

4.5. Orientación de futuras investigaciones	28
5. Referencias bibliográficas	29

Tablas:

Tabla 1. Criterios diagnósticos resumidos del TOC en el DSM-5.....	2
Tabla 2. Estudios sobre las dimensiones del TOC	4
Tabla 3. Principales herramientas en la evaluación psicológica del TOC.....	7
Tabla 4. Registro de autoexposición semanal.....	19
Tabla 5. Autorregistro diario de ideas obsesivas y compulsiones.....	21
Tabla 6. Cronograma y descripción de las sesiones.....	22

Figuras:

Figura 1. Prevalencia del TOC por grupos quinquenales de edad y sexo	6
Figura 2. Diagrama analítico-funcional.....	16
Figura 3. Escala U.S.A	18
Figura 4. Tablas de autoexposición inicial y final.....	24
Figura 5. Y-BOCS: puntuaciones pre-tratamiento y post-tratamiento	24
Figura 6. BDI-II. Puntuaciones pre y postratamiento	25
Figura 7. STAI. Puntuaciones pre y postratamiento	25

Anexos:

Anexo A. Y-BOCS	34
Anexo B. BDI-II.....	38
Anexo C. STAI.....	40
Anexo D. COIR.....	42

RESUMEN.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es el cuarto trastorno psicopatológico más común, con una prevalencia del 1 al 3 % en los adolescentes. Los dos principales medios de tratamiento son el farmacológico y la TCC, solos o combinados. Presentamos el diseño de una intervención psicológica basada en TCC con EPR para el caso de un paciente adolescente que presenta obsesiones de amenaza en su domicilio con compulsiones de verificación que le provocan gran ansiedad y pérdida de tiempo, con repercusión en su esfera socio-familiar y académica. Para ello ideamos un paciente ficticio. La intervención se basa principalmente en psicoeducación, TCC y EPR. Los objetivos son reducir las ideas obsesivas, las conductas compulsivas y los niveles de ansiedad, así como reducir la sobrevaloración y poder de las ideas intrusivas. El programa se desarrolla en doce sesiones presenciales semanales, salvo las dos últimas que son mensuales. Como instrumentos empleamos tablas de autorregistro diario de obsesiones y compulsiones, tablas de autoexposición (basadas en EPR) y cuestionarios (Y-BOCS, BDI-II y STAI) aplicados pre y postintervención. Se valoran los resultados a efectos didácticos, teniendo en cuenta que se trata de un caso ficticio.

Palabras clave: TOC, TCC, EPR, adolescencia, autorregistro, autoexposición, Y-BOCS, BDI-II, STAI

ABSTRACT.

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is the fourth most common psychopathological disorder, with a prevalence of 1% to 3% in adolescents. The two main branches of treatment are pharmacological and CBT, alone or combination. We show the design of a psychological intervention based on CBT with ERP for the case of an adolescent patient who presents threat obsessions at home with verification compulsions that cause great anxiety and loss of time, with impairment in his socio-family sphere and academic results. We created a fictitious patient. The intervention is based on psychoeducation, CBT and ERP. The objectives are to reduce obsessive ideas, compulsive behaviors and anxiety levels, as well as reduce the overvaluation and power of intrusive ideas. The program is developed in twelve weekly face-to-face sessions, except for the last two, which are monthly. As instruments, we used daily self-recording tables of obsessions and compulsions, self-exposure tables (based on ERP) and questionnaires (Y-BOCS, BDI-II and STAI) applied pre and post-intervention. The results are evaluated for educational purposes, taking into account that this is a fictitious case.

Keywords: OCD, CBT, RPE, adolescence, self-recording, self-exposure, Y-BOCS, BDI-II, STAI

2. INTRODUCCIÓN

2.1. DESCRIPCIÓN DEL TOC.

2.1.1. DEFINICIÓN.

La palabra obsesión proviene del latín “obsessio” cuyo significado es asediar. Este término fue empleado por primera vez en el ámbito psicológico por Watburgen (1799). La primera definición de TOC fue aportada en 1838 por el psiquiatra E. D. Esquirol. Después, Freud propuso la neurosis obsesiva, explicando el TOC como un conflicto del inconsciente. En 1995 se introduce el término “Trastorno Obsesivo Compulsivo” en el DSM-IV (Peralta-Lopez, 2017).

El TOC es una situación clínica psicológica caracterizada por la presencia intrusiva e incontrolada de ideas obsesivas indeseables que tienen como consecuencia la aparición de rituales motores o mentales a fin de paliar la ansiedad que generan esas ideas.

Según refiere la O.M.S es una de las afecciones psicopatológicas más incapacitantes, dentro de las veinte primeras, y la cuarta en frecuencia (World Health Organization, 1999). A pesar de la incapacidad para desarrollar las actividades de la vida cotidiana, solo el 40% de los pacientes busca asistencia por propia intención (APA, 2014).

2.1.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

Tabla 1. Criterios diagnósticos resumidos del TOC en el DSM-5.

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

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

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes intrusas, y que causan ansiedad.
2. Intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (compulsión).

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

1. Comportamientos o actos mentales repetitivos como respuesta a una obsesión.
2. El objetivo es disminuir la ansiedad, o evitar alguna situación temida.

B. Las obsesiones o compulsiones consumen mucho tiempo o causan deterioro en lo social o laboral.

C. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra patología.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.

Especificar si:

Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias son claramente o probablemente no ciertas.

Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias son probablemente ciertas.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias son ciertas.

Especificar si:

El sujeto tiene historia de un trastorno de tics

Los criterios diagnósticos se recogen en el DSM-5, y se muestran resumidos en la tabla 1 APA (2014).

2.1.3. OBSESIONES.

Aparecen en primer lugar. Siguiendo lo expresado por la APA (2014), serían pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes, intrusivos y persistentes, que ocasionan malestar. La mayoría reconocen las obsesiones como irracionales, pero son incapaces de no dejarse gobernar por ellas (Lozano-Vargas, 2017).

En una primera clasificación pueden distinguirse tres tipos, relacionadas con:

-La limpieza y contaminación.

-La simetría, el orden y la repetición.

-Temas sexuales, agresivos, somáticos y religiosos (Stewart et al., 2018)

Otra clasificación las diferencia en autógenas y reactivas. Las primeras aparecen de forma abrupta e irracional, mientras que las segundas son causadas por estímulos concretos, lo que hace que se perciban como racionales (Lee & Kwon, 2003). Las autógenas versan sobre temáticas aversivas (sexo, lesiones, religión). Se las conoce también como obsesiones puras. Causan sentimientos de culpa o vergüenza. Las reactivas evocan ideas más egosintónicas y racionales, por ejemplo, relacionadas con limpieza y orden, según Espada, Orgilés y Melero, (2023).

2.1.4. COMPULSIONES.

Son respuestas motoras o actos mentales para contrarrestar la ansiedad y el malestar que generan las obsesiones. Son conductas o rituales estrictos, rígidos y estereotipados, y que ocupan un tiempo excesivo. Siguen unas reglas cada vez que se ejecutan. Producen alivio al neutralizar la obsesión. Son de índole muy variada: rezar, contar, comprobar, lavarse y rituales mentales entre otras.

Las neutralizaciones son conductas en respuesta a las obsesiones, pero no siguen unas reglas estrictas o repetitivas. También pueden ser motoras o mentales, sin embargo, se juzgan como lógicas y aceptables. Son estrategias para distraer o sustituir los pensamientos intrusivos, por ejemplo, escuchar música o practicar un juego (Espada et al., 2023).

Otro matiz respecto a la tipología de las compulsiones es descrito por García-Soriano, Belloch y Morillo (2008), que distinguen entre pacientes con compulsiones manifiestas y compulsiones encubiertas, lo cual reviste interés en el abordaje clínico del trastorno.

Existen muchos estudios que describen las diferentes dimensiones del TOC. En la tabla 2 se objetivan un resumen de los mismos, recogido en el trabajo de Lozano-Vargas (2017). Observamos que el TOC es un trastorno heterogéneo con gran variedad de manifestaciones.

Tabla 2. Estudios sobre las dimensiones del TOC

ESTUDIOS	DIMENSIONES
3 factores (Baer L, 1994) (6)	<ul style="list-style-type: none"> - Simetría/acumulación. - Contaminación/chequeo. - Obsesiones puras: temas religiosos, agresivos o sexuales.
4 factores (Leckman et al, 1997) (6)	<ul style="list-style-type: none"> - Obsesiones/chequeo:temas religiosos, agresivos, sexuales. - Simetría/orden:repetir, contar. - Limpieza/lavado. - Acumulación.
5 factores (Mataix-Cols et al, 1999) (6)	<ul style="list-style-type: none"> - Simetría/orden. - Acumulación. - Contaminación. - Agresión/chequeo - Sexual/religiosa
5 factores (Abramowitz et al, 2003) (6)	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer daño. - Contaminación. - Acumulación. - Ideas inaceptables. - Simetría.
5 factores (Pinto et al, 2007) (6)	<ul style="list-style-type: none"> - Contaminación/limpieza. - Acumulación. - Simetría/orden. - Ideas tabú. - Duda/chequeo.
Síntomas dimensionales de importancia clínica en el TOC (Williams MT, Mugno B, Franklin M, Faber S, 2013) (6)	<ul style="list-style-type: none"> - Contaminación/limpieza. - Duda de hacer daño/chequeo. - Ideas inaceptables/rituales mentales. - Simetría/orden.
En 8 estudios de análisis factorial y "cluster" análisis (Calamari et al, 2004) (7)	<ul style="list-style-type: none"> - Contaminación/lavado. - Hacer daño/chequeo. - Acumulación. - Simetría/orden.
En 12 estudios de análisis factorial (Mataix-Cols, Rosario-Campos, Leckman,2005) (7)	<ul style="list-style-type: none"> - Contaminación/limpieza. - Obsesión/chequeo. - Acumulación. - Simetría/orden.

2.1.5. MODELOS EXPLICATIVOS.

La patogenia del TOC es desconocida, con origen posiblemente multifactorial. De ello se deduce que existan múltiples modelos etiológicos explicativos.

- Herencia genética:

Estudios en gemelos monocigóticos, muestran que los síntomas son heredables, posiblemente de origen poligénico y con mayor probabilidad de desarrollo en familiares (Taylor, 2011).

- Lesiones neurológicas:

Patologías como la encefalitis letárgica, las lesiones de los ganglios basales y las afecciones del lóbulo frontal pueden ocasionar clínica obsesiva-compulsiva (Espada et al., 2023).

- Modelos biológicos:

Explican las obsesiones por un déficit de inhibición neuronal en la corteza prefrontal, con lo cual ni estas ni las compulsiones pueden inhibirse. Otras explicaciones se basan en un déficit de secreción de serotonina, como en el trabajo de Mavrogiorgou, Enzi, Steinmann, Mulert & Juckel (2018).

- Modelo cognitivo-conductual:

Es el que cuenta con mayor apoyo empírico. Destaca tanto la influencia de la interpretación de los pensamientos intrusivos como el aprendizaje por condicionamiento. Estos pacientes tienen creencias disfuncionales sobre sus obsesiones, como un estímulo que les provoca aversión. En la población general son comunes las ideas intrusivas, aunque tienden a ser ignoradas. Sin embargo, en el TOC les otorgan una relevancia excesiva (Espada et al., 2023).

- Modelo metacognitivo:

Las obsesiones activan tres tipos de creencias disfuncionales sobre las cogniciones del TOC. Se diferencian tres tipos de creencias metacognitivas (Wells, 2011):

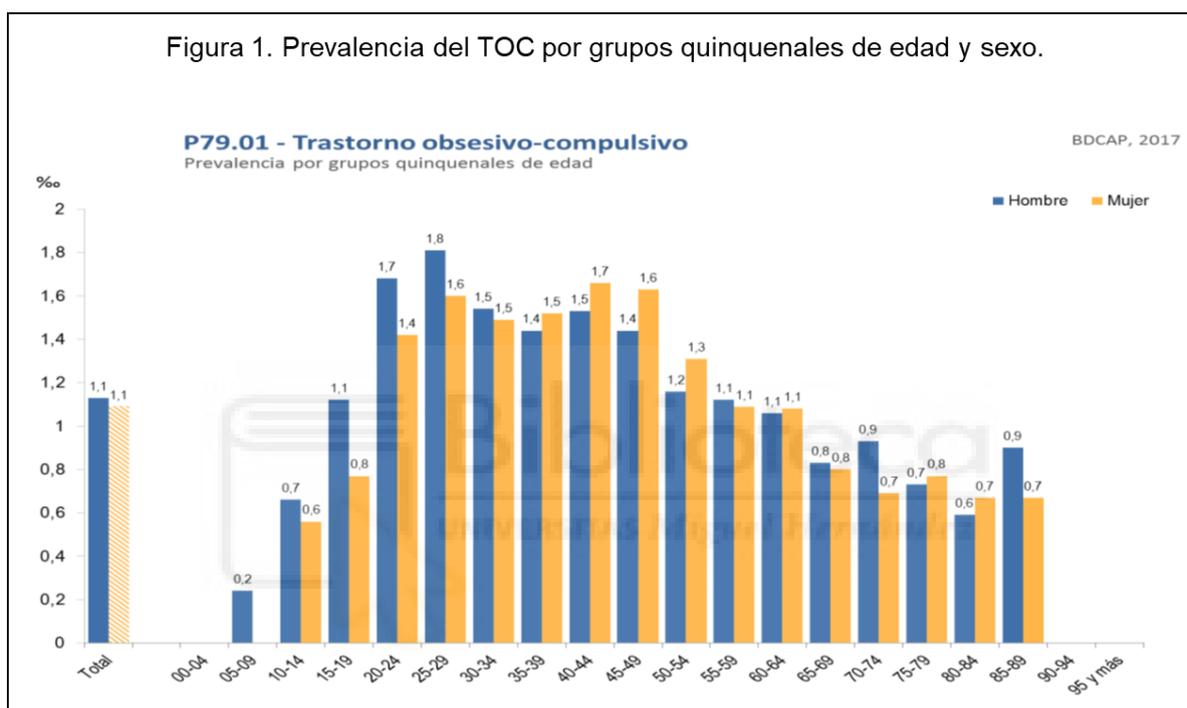
1.-Fusión pensamiento-evento: un pensamiento provocará un suceso.

2.-Fusión pensamiento-acción: un pensamiento obliga a cometer el acto.

3.-Fusión pensamiento-objeto: los pensamientos se transmiten a través de objetos.

2.1.6. PREVALENCIA.

La prevalencia anual del TOC es del 1,1-1,8 % (APA, 2014). Las mujeres se ven afectadas con una tasa ligeramente más alta que los varones en la adultez, aunque los varones se ven afectados en la infancia más frecuentemente. Como se observa en la figura 1, se trata de un trastorno más frecuente en las edades medias siendo más diagnosticado en hombres hasta los 35 años; a partir de esa edad pasa a ser ligeramente más prevalente en mujeres. Se objetiva un gradiente social de la enfermedad; a menor nivel de renta mayor prevalencia (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021).



2.1.7. PRONÓSTICO.

El 60% presentan signos de mejoría general tras un seguimiento de 10 años (Skoog & Skoog, 1999). Sin tratamiento, el curso suele ser crónico. Pueden aparecer fluctuaciones con mejoría y empeoramiento. La remisión espontánea es infrecuente (Cruzado, 1998). Son predictores de buen pronóstico los síntomas leves y un inicio tardío, Intervenir lo más tempranamente posible favorece un mejor pronóstico. Un problema importante es que estos pacientes pueden tardar entre 10 y 15 años en buscar ayuda profesional (NICE, 2005).

2.1.8. COMORBILIDAD.

Presenta un elevado grado de correlación con otros trastornos, especialmente con depresión: del 23% al 38% padecen depresión mayor y hasta un 80% presentan síntomas depresivos significativos según Abramowitz, Franklin, Schwartz & Furr (2003). También se relaciona con

trastornos de ansiedad, como fobia social (26%), fobias específicas (20%) o el trastorno de ansiedad generalizada (un 16%) (LaSalle et al., 2004).

2.1.9. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.

Las principales herramientas usadas en la evaluación psicológica del TOC se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Principales herramientas en la evaluación psicológica del TOC

1.-Entrevistas:

- *Entrevista clínica*: anamnesis y características del trastorno.
- *SCID-5*: Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5.
- *ADIS-5*: Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad (en versión para adultos, niños o padres).
- *Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)*. Entrevista clínica estructurada y breve para la evaluación de múltiples trastornos psiquiátricos de la CIE-10. (Sheehan et al., 1998).

2.-Cuestionarios, inventarios y escalas:

- *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. (Y-BOCS)* (Goodman et al., 1989).
- *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS)* (Scahill et al., 1997).
- *Overvalued Ideas Scale. (Escala de Ideas Sobrevaluadas). (OVI)* (Neziroglu et al., 1999).
- *Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (Inventario Maudsley de Obsesión- Compulsión). (MOCI)* (Hodgson & Rachman, 1977).
- *Obsessive Compulsive Inventory (Inventario Obsesivo Compulsivo). (OCI)* (Foa et al., 1998).
- *Inventario Obsesivo Compulsivo de Florida (FOCI)* (Storch et al., 2009).

3.-Evaluación de la ansiedad:

- *State-Trait Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo) (STAI)*. (Spielberger et al., 1983).
- *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)* (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 1986).
- *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck Anxiety Inventory)* (Beck A.T., Epstein N., Brown G., Steer R.A., 1988).

4.-Seguimiento de las obsesiones y conductas de evitación:

- *Test de evitación conductual (Behavioral Avoidance Test) (BAT)* (Espada et al., 2023).

2.1.10. TRATAMIENTO.

En la actualidad, la **terapia cognitivo-conductual con exposición con prevención de respuesta (TCC con EPR)** es el tratamiento de elección. Consiste en la reevaluación de las obsesiones y a la exposición de los estímulos que las desencadenan, bloqueando los rituales. (NICE, 2005). La ansiedad que puede generar conlleva el rechazo o el abandono en el 25%. Los efectos se mantienen al menos dos años, con un 12 % de recaídas, según Krzyszkowiak, Kuleta-Krzyszkowiak & Krzanowska (2019).

1.-EPR: se basa en confrontar con un estímulo temido y experimentar como la ansiedad disminuye en duración e intensidad con exposiciones sucesivas. La eficacia depende del bloqueo de las conductas que realiza para disminuir la ansiedad, tanto compulsiones como conductas de evitación. Estas tareas deben organizarse con intensidad creciente (Foa & Kozak, 1986).

2.-Terapia cognitiva: su objetivo es modificar los sesgos cognitivos desadaptativos del trastorno. Se complementa con EPR.

En cuanto al **tratamiento farmacológico**, se han empleado sobre todo los *inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)* (en los pacientes se observan alteraciones de sus niveles), como clonazepam, sertralina, fluoxetina o clomipramina. Se observa reducción de los síntomas en un 20-40% pero se dan recaídas frecuentes (Krzyszkowiak et al., 2019). Otros fármacos usados son los *moduladores del glutamato* y los *neurolépticos*.

2.2. EL TOC EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE.

2.2.1. PREVALENCIA.

Padecen TOC el 1-3% de los jóvenes (Fernández-Cuevas & Sanz-Vellosillo, 2015). En la infancia y adolescencia es más prevalente en varones (figura 1). En Estados Unidos, la edad media de inicio es de 19,5 años, y el 25 % a los 14 años. Su inicio después de los 35 años es raro. Los varones tienen una edad más temprana de inicio que las mujeres: el 25 % de los varones comienza antes de los 10 años. El inicio de la sintomatología suele ser gradual; sin embargo, también se ha descrito la aparición aguda (APA, 2014). Hay que resaltar que los síntomas son minimizados por quienes lo padecen, mientras que sus progenitores los maximizan, como refieren Canavera, Wilkins, Pincus & Ehrenreich-May (2009).

2.2.2. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA.

El trastorno conlleva una disminución en la calidad de vida, mayor cuanto más graves sean los síntomas. Además, un inicio precoz y una prolongada duración se relacionan con mayor interferencia en la vida diaria. En los adolescentes, las obsesiones y compulsiones tienen un impacto considerable en las actividades cotidianas. Se alteran sus relaciones personales, familiares y sociales. Esto conduce a un deterioro en su rendimiento académico y en su capacidad para disfrutar del ocio, con problemas de autoestima y peor estado anímico.

Este trastorno es especialmente pernicioso durante esta etapa del desarrollo psicológico porque es un momento clave en el que consolidan muchas competencias imprescindibles para desenvolverse en la vida. Es frecuente un estado de estrés cronicado. Los rituales y obsesiones consumen gran cantidad de tiempo lo que interfiere en su actividad cotidiana y académica, y también con el sueño. Además, pueden sentirse aislados y ser objeto de burla por sus compañeros. Esto genera un importante impacto emocional dificultando su capacidad para relacionarse de forma apropiada con su entorno.

Sin embargo, en algunos estudios, al contrario, los síntomas de TOC informados no predijeron significativamente la calidad de vida, evaluada esta mediante el cuestionario de satisfacción de la calidad de vida pediátrica (PQ-LES-Q). También se observó que una peor calidad de vida se asoció fuertemente con la presencia de trastorno depresivo y ligeramente con fobia social. (Zaboski et al., 2019)

2.2.3. FACTORES DE RIESGO.

Se pueden dividir en tres categorías:

- **Temperamentales:** interiorización, emotividad negativa e inhibición del comportamiento en la infancia.
- **Ambientales:** maltrato sexual y físico y otros sucesos traumáticos.
- **Genéticos y fisiológicos:** la tasa de TOC entre los familiares de primer grado de los individuos con inicio del trastorno en la infancia o adolescencia se multiplica por diez.

2.2.4. FACTORES MANTENEDORES.

Las consecuencias reforzantes (alivio de la ansiedad) relacionadas con el descenso del malestar que tienen las estrategias de control, rituales o compulsiones explican el mantenimiento de las secuencias de evitación. Además, puede obtener otro tipo de refuerzos por sus conductas compulsivas o evitativas, tales como la atención o el cariño de sus familiares (refuerzo positivo), o librarse de otras responsabilidades o (refuerzo negativo).

2.3. JUSTIFICACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL ESPECÍFICO PARA ADOLESCENTES CON TOC.

A diferencia de otros grupos de edad, en niños y adolescentes puede ser difícil diferenciar los rituales propios de la edad y las preocupaciones ansiosas de esa etapa vital de la clínica de un TOC incipiente. Además, suelen ser muy reservados a cerca de sus obsesiones y ansiedades y tienden a ocultarlas lo cual dificulta la detección del trastorno. Como vimos el TOC afecta significativamente a la calidad de vida de los adolescentes, interfiriendo de manera grave en su vida cotidiana y bienestar emocional. Un programa específico dirigido a este grupo debe adaptarse a sus necesidades y a las peculiaridades emocionales de esta etapa vital. Un programa de esta índole puede posibilitar su recuperación y bienestar psicológico futuro. De todo ello se deduce la importancia de un programa específico para este grupo de edad (Bolton & Perrin, 2008).

2.4. REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA ADOLESCENTES CON TOC.

Un programa de intervención de TCC estándar consta dos componentes terapéuticos:

- EPR: las tareas de exposición; se organizan de menor a mayor dificultad. (Foa & Kozak, 1986).
- TCC: un protocolo estándar de intervención cognitivo-conductual puede consistir en 14 sesiones a lo largo de 12 semanas, en cuatro fases: psicoeducación, EPR, terapia cognitiva y prevención de recaídas- generalización. El tiempo recomendado por sesión es de 50-60 minutos. Cada sesión incluye: objetivos, revisión de las tareas planteadas en la sesión anterior, nueva información, práctica en la sesión con la ayuda del terapeuta, planificación de tareas para la siguiente sesión y monitorización de los procedimientos. La familia tiene un papel importante en el tratamiento (Gavino, 2008).

Sin embargo, según las escuelas, existen estudios que plantean diferentes pautas en la intervención psicológica. Barrett, Healy-Farrell y March (2004), plantean un ensayo clínico con TCC familiar e individual con 14 semanas de tratamiento y tres meses de seguimiento. Observaron que la TCC familiar disminuye la gravedad de los síntomas y que no hay diferencia en la respuesta en niños o adolescentes.

En el ensayo de Simons, Schneider y Herpertz-Dahlmann (2006), se plantea una intervención con terapia metacognitiva (promedio de 9 semanas) y EPR promedio de 13 semanas y seguimiento de 3 a 24 meses.

El ensayo clínico aleatorizado de Bolton & Perrin (2008) se diseñó con una duración de cinco semanas y 14 más de seguimiento, objetivando mejoría clínica significativa en ese periodo.

En el ensayo de Merlo et al. (2010), la intervención consiste en TCC familiar y psicoeducación o entrevista motivacional, con una duración de 14 sesiones de TCC más tres de psicoeducación o de entrevista educacional. Existen diferencias a favor de los pacientes que reciben la entrevista, pero el efecto se diluye con el tiempo.

En el trabajo de Freeman et al. (2014) se plantean doce sesiones durante 14 semanas de EPR y terapia de relajación basada en la familia.

Aspvall et al. (2021) valoraron a pacientes que recibieron TCC por Internet durante 16 semanas. A los que no respondieron en el seguimiento de 3 meses se les ofreció un tratamiento tradicional presencial. Como vemos, a los programas de tratamiento se han ido sumando las nuevas tecnologías, lo cual le resta inmediatez, pero suma agilidad, en un medio por otra parte de uso habitual en este rango de edad.



3. MÉTODO

3.1. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN.

Desarrollamos un programa genérico de intervención psicológica basado en terapia cognitivo conductual y exposición con prevención de respuesta para un caso de TOC en un adolescente. Este tratamiento se considera de elección en estos casos, asociado o no a tratamiento farmacológico con IRSS. Existen trabajos que refieren que la TCC disminuye las obsesiones y compulsiones del TOC y la ansiedad consecuente (Mendlowitz, 2007), siendo las tasas de remisión del 40% al 88% (Barrett et al., 2004). Se ha visto en algunos estudios que la forma de aplicación terapéutica (individual, grupal, intensiva o semanal) no influye en los datos referidos (Franklin et al., 1998). Teniendo en cuenta todo esto, hoy puede considerarse la opción de elección inicial la TCC con EPR dirigida por un terapeuta experto en sesiones presenciales de una hora durante 12 a 16 semanas (Richards et al., 2016).

La TCC se basa en tres ejes fundamentales:

- **Psicoeducación:** pretende ayudar no solo al menor, sino también a su familia, para que aprendan y comprendan todo lo posible sobre el TOC. Si los padres participan activamente fuera de las sesiones de terapia el tratamiento será más efectivo (Mendlowitz, 2007).
- **Entrenamiento para el manejo de la ansiedad:** para aumentar la capacidad y tolerancia a la ansiedad asociada a la EPR.
- **Terapia cognitivo-conductual:** con una parte cognitiva que pretende modificar los pensamientos distorsionados para que las creencias sobre los mismos resulten más adaptativas.

Para un desarrollo más didáctico de la citada intervención emplearemos un caso clínico ficticio. Se trata un paciente varón de 16 años que refiere ideas obsesivas invasivas de duda y verificación, con respuesta de compulsiones de rutinas de comprobación y seguridad, en las que emplea una gran cantidad de tiempo. Para este grupo etario la mayoría de obsesiones son de tipo sexual, de contaminación-limpieza, de simetría o religiosas. De hecho, la compulsión de comprobación se considera la menos frecuente en los adolescentes según Carmenate (2020). El joven siente gran preocupación por dejar de verificar algo total o parcialmente y que esto conlleve un suceso desastroso.

3.2. OBJETIVOS.

3.2.1. OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.

1. Eliminar o reducir en lo posible las conductas obsesivo-compulsivas y conductas de evitación.
2. Reducir los niveles de ansiedad.
3. Intentar corregir la sobrevaloración del poder de los pensamientos e ideas intrusivas.

3.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.

1. Que el paciente comprenda el trastorno, su origen y su mantenimiento, con explicación de sus obsesiones y entendimiento del papel de las compulsiones y de las conductas de evitación.
2. Adquirir estrategias para reducir la ansiedad y el malestar. Corregir la exageración de las consecuencias amenazantes asociadas a las obsesiones y aumentar la tolerancia a estímulos ansiógenos.
3. Eliminar o reducir los rituales de comprobación.
4. Reducir el malestar asociado al miedo a olvidar sus rituales de chequeo.
5. Potenciar las relaciones sociales y académicas, recuperando un estilo de vida más normalizado, reduciendo las conductas de aislamiento.

3.3. POBLACIÓN Y PARTICIPANTE.

3.3.1. POBLACIÓN OBJETO DE INTERVENCIÓN.

El presente diseño de intervención pretende plantear TCC con EPR en:

- Pacientes adolescentes que cumplen criterios diagnósticos de TOC con ideas obsesivas de seguridad y compulsiones de comprobación y chequeo, con o sin comorbilidad asociada.

Los grupos de pacientes que no son objeto de esta intervención son:

- Pacientes adultos que cumplen criterios diagnósticos de TOC.
- Pacientes adolescentes que cumplen criterios diagnósticos de TOC, pero con otro tipo de dimensiones del TOC.
- Pacientes con otros tipos de trastornos psicológico-psiquiátricos.

3.3.2. PARTICIPANTE.

A fin de facilitar el diseño de la intervención y también a efectos didácticos, se desarrollará ésta empleando un **paciente ficticio, ideado para el presente trabajo**, que cumple los criterios señalados, cuyo caso pasamos a describir a continuación.

1.-Identificación del paciente:

El paciente es un varón adolescente de 16 años al que llamaremos Pedro. Realiza sus estudios de primero de bachiller. Vive en casa con sus padres y una hermana pequeña de 9 años con la que mantiene una excelente relación. Nunca ha recibido tratamiento psicológico ni hay antecedentes en su entorno familiar. Desde niño destacó por ser una persona ordenada y minuciosa, juzgado como muy responsable por sus progenitores. Hay que destacar que el 50% de los pacientes que padecen TOC tuvieron las primeras manifestaciones durante la infancia (Rapoport, 1991), si bien en el caso que nos ocupa esto no puede afirmarse como tal. Presenta un buen rendimiento académico y una buena integración social en su entorno escolar. En su tiempo libre le gusta leer, escuchar música y relacionarse mediante redes sociales. No es aficionado a la práctica deportiva en general.

2.-Motivo de consulta:

Es remitido a la consulta de psicología desde atención primaria. Inicialmente sus padres consultaron con el médico de familia. Desde hace algo más de un año ha ido desarrollando con intensidad progresiva lo que sus progenitores refieren como “manías”. Comprueba el cierre de puertas y ventanas una y otra vez. Estos rituales cada vez consumen más tiempo y su rendimiento académico y vida social se han visto alterados.

3.-Historia del problema:

El cuadro comenzó hace algo más de un año, pocos meses después de mudarse la familia a otro barrio más marginal y problemático, al quedar uno de sus progenitores sin trabajo. Digamos que la escala social de la familia se vio menoscabada. Por la misma razón tuvo que cambiar al instituto en su nuevo barrio. Comenzó de manera progresiva con ideas obsesivas invasivas relacionadas con la seguridad en su casa. Experimentaba pensamientos intrusivos y persistentes sobre posibles peligros o amenazas que podrían afectar a la seguridad de su entorno doméstico y de su familia. Desarrolló una preocupación excesiva e infundada sobre la posibilidad de que la casa sea robada, incendiada o invadida por intrusos. Como resultado de estas obsesiones, desarrolló compulsiones de verificación, como acciones repetitivas para intentar reducir la ansiedad originada por sus obsesiones. Las compulsiones de verificación incluían revisar constantemente las cerraduras de las puertas y ventanas, comprobar repetidamente que los electrodomésticos estaban apagados, especialmente la cocina de gas, o asegurarse frecuentemente de que la alarma esté activada por la noche o al

salir de casa. Estas compulsiones de verificación consumen una cantidad significativa de tiempo y energía del sujeto, interfiriendo en sus actividades cotidianas, causándole un malestar significativo. Su rendimiento académico ha disminuido de manera importante debido a la gran cantidad de tiempo y energía que gasta en sus compulsiones, así como su relación con el entorno social, aunque inicialmente sus padres lo achacaron a los cambios sufridos por la familia y también del centro de estudios, de ahí la demora en solicitar ayuda.

3.4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.

De manera resumida, el programa consta de doce sesiones; las diez primeras son de periodicidad semanal y de una hora de duración, y las dos últimas al mes y a los dos meses de finalizado el tratamiento.

- Sesiones 1 y 2: hacen referencia a la entrevista y a la evaluación inicial.
- Sesión 3: psicoeducación.
- Sesiones 4 a 9: terapia cognitiva.
- Sesión 10: valoración tras el tratamiento.
- Sesiones 11 y 12: seguimiento.

3.5. ELEMENTOS DE LA INTERVENCIÓN.

3.5.1. JUSTIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO. CRITERIOS DE TOC (DSM-5).

El paciente cumple los criterios de TOC.

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

1. Obsesiones: amenazas que podrían afectar a la seguridad de hogar y de su familia.
2. Compulsiones: de verificación. Revisar constantemente cerraduras de puertas y ventanas, que los electrodomésticos estén apagados (gas), o que la alarma esté activada.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo, causan malestar significativo y deterioro social, familiar y académico.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.

Con introspección buena o aceptable y sin historia de trastorno de tics.

3.5.2. ANÁLISIS TOPOGRÁFICO Y FUNCIONAL.

1.-Análisis topográfico:

-Obsesiones: versan sobre amenazas sobre su propia seguridad y la de su familia en su domicilio. Temor a que puedan entrar extraños para hacer daño o robar. Miedo a que algún electrodoméstico provoque un accidente o incendio, sobre todo el gas.

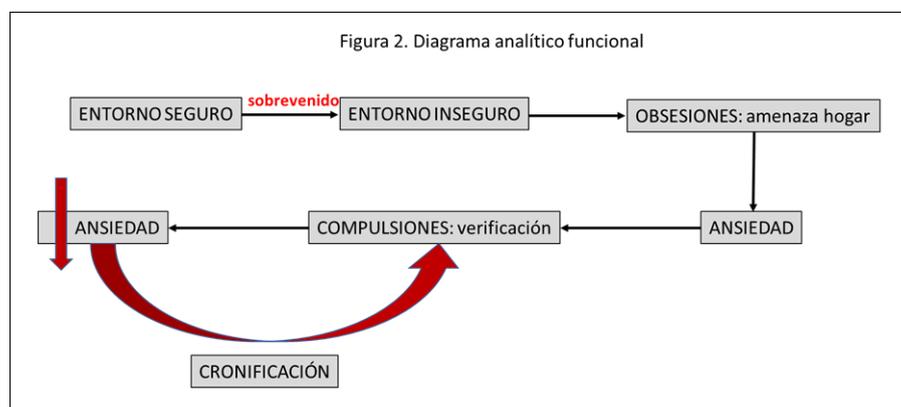
-Compulsiones: comprobación reiterada del cierre de las ventanas y de la puerta de entrada al domicilio. Comprobación reiterada de apagado de electrodomésticos (horno, lavadora, microondas y cocina de gas especialmente).

-Alteración emocional: estado casi permanente de ansiedad que le obliga a ese chequeo continuo. Estado de ánimo decaído y egodistónico al sentirse incapaz de librarse de esa agotadora actitud de verificación y el deterioro en su relación familiar, social y resultados académicos.

-Pensamientos de rumiación recurrentes: “¿Por qué hago esto, si no hay una razón objetiva para ello? Nunca ha asaltado nadie nuestra casa ni tampoco la de nuestros vecinos hasta la fecha. Tampoco ha habido incendios en nuestro vecindario”.

2.-Análisis funcional:

La hipótesis sobre el caso es la siguiente. El paciente sufre un cambio brusco e indeseado de domicilio y centro docente, por circunstancias familiares inevitables y sobrevenidas, hacia una inferior escala social y de menor seguridad en el hábitat de su hogar e instituto, lo cual extrae a Pedro de su zona de confort instalándole en lo que él considera otra área más insegura, amenazadora y hostil. Las hipótesis funcionales se formulan a partir de los datos de la evaluación, que muestran que las cogniciones repetitivas (obsesiones) de carácter amenazante provocan elevados niveles de ansiedad, la cual disminuye al realizar conductas neutralizadoras (reforzamiento negativo), lo cual refuerza y cronifica el problema. Esto puede observarse plasmado en el diagrama analítico funcional de la figura 2.



3.5.3. PASOS EN LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO.

1.-Generar una alianza terapéutica *paciente-terapeuta*:

Es imprescindible para el buen fin de la intervención. Ese nexo debe generarse durante las primeras sesiones. Las consecuencias deseables serían:

- El paciente se siente comprendido por su terapeuta con el que empatiza.
- Comprende su problema.
- Tiene una mayor capacidad para proporcionar con confianza la información sobre su trastorno que su terapeuta precisa.
- Adopta unas expectativas positivas para la resolución de su cuadro, lo cual presumiblemente mejorará la adherencia y el resultado de la intervención.

2.-Modificar la percepción del problema:

- *Psicoeducación*: esta es una técnica mediante la cual el terapeuta proporciona al paciente y a sus familiares (lo cual consideramos necesario en este tipo de trastorno en un adolescente) información concreta sobre su enfermedad, tratamiento, curso, expectativas y pronóstico, pero de una manera asequible y comprensible. Debe apoyarse esta información en trabajos científicos actuales y relevantes. La aplicación adecuada de esta técnica se encuentra estrechamente relacionada con la adherencia del paciente al tratamiento, ya que una buena comprensión de su trastorno y del tratamiento mejora notablemente el compromiso. Además, en nuestro caso es importante la colaboración y apoyo de su familia. De esta forma, el paciente adquiere un papel activo en su propio tratamiento, y se produce alivio al obtener respuesta a la incertidumbre que padece, según refieren Godoy, Eberhard, Abarca, Acuña y Muñoz (2020).
- *Externalización*: se hace comprender al paciente que no es el responsable de sus obsesiones, imágenes y pensamientos ya que son producto únicamente de su trastorno. Debe diferenciar estos pensamientos patológicos de su pensamiento normal, que sí que es producto de su actividad mental normal.

3.-Exposición a las ideas obsesivas:

Lo primero es explicar a Pedro la lógica del procedimiento. Consiste en una exposición voluntaria y progresiva a sus ideas obsesivas intentando, de manera paulatina que no responda con sus compulsiones de comprobación. Esto conllevará ansiedad lógicamente, pero con la exposición sucesiva se produce un proceso denominado “de extinción” al ir disminuyendo progresivamente la ansiedad, con lo cual las ideas obsesivas van disminuyendo su poder sobre el paciente. Se cambia la cadena *idea obsesiva-ansiedad-compulsión-alivio*

por la cadena *idea obsesiva-soportar la ansiedad-no sucede ningún suceso adverso, aunque no se haya realizado la compulsión-alivio*.

Es conveniente que la planificación de la exposición se realice por acuerdo terapeuta-paciente. La exposición debe practicarse todos los días y debe registrarse la ansiedad que genera. Para que Pedro pueda medir su ansiedad, una escala útil y sencilla es la U.S.A. La tabla de "U.S.A.s" (unidades subjetivas de ansiedad), es el elemento que nos permite ordenar (básicamente por intensidad), el grado de ansiedad que produce cada uno de los elementos de exposición. Se observa de modo gráfico en la figura 3.



Para que Pedro pueda recoger sus progresos en la exposición a sus ideas obsesivas diseñamos, con su participación, la siguiente tabla de registro semanal de autoexposición, para poder ser evaluada en la sesión de la semana siguiente (Tabla 4). El paciente debe someterse a una exposición diaria en cada una de sus tres ideas obsesivas que consideramos

principales, no necesariamente de manera correlativa (verificación del cierre de la puerta de la calle, verificación del cierre de las ventanas y verificación de apagado de la cocina de gas). Antes de proceder a sus comprobaciones-compulsiones debe medir su ansiedad en U.S.A.s y también después. El intervalo de espera debe ser de al menos cinco minutos desde la idea compulsiva al chequeo.

Evidentemente al inicio de la intervención, la ansiedad al inicio y al final de la exposición de las tres situaciones es casi similar. Con el devenir del tratamiento es esperable conseguir que esa ansiedad medida en U.S.A.s vaya descendiendo y que incluso no se realice la compulsión y la idea obsesiva pierda su valor e invasividad.

Tabla 4. Tabla de registro de autoexposición semanal

Nº de ensayo	Fecha	Situación exposición 1 Comprobación cierre puerta vivienda		Situación exposición 2 Comprobación cierre ventanas		Situación exposición 3 Comprobación apagado gas	
		USAs inicio situación1	USAs final situación1	USAs inicio Situación 2	USAs final situación 2	USAs inicio Situación 3	USAs final situación 3
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

3.6. MATERIALES NECESARIOS E INSTRUMENTOS.

3.6.1. ENTREVISTA:

La entrevista, descrita en Llavona (2008) como “procedimiento de obtención de información mediante la conversación en la que se indaga mediante preguntas orientadas”, continúa siendo indispensable y el instrumento más utilizado en evaluación psicológica. En la primera sesión se realizó una entrevista inicial, no estructurada, en la que se recogió la primera información sobre lo que el paciente refería. Se indagó sobre las características de adquisición del problema y ubicación temporal de este, su contexto y el cambio en el entorno social. Se

recogió lo más detallado posible con el fin de realizar una formulación del caso lo más pormenorizada posible y un plan de intervención adecuado. Se delimitó la conducta problema, definiendo su importancia y los parámetros asociados (frecuencia, intensidad, duración, latencia...). Se continuó definiendo los determinantes de la conducta problema y la evolución y desarrollo de este, y finalmente se establecieron expectativas y objetivos que guiaron el plan terapéutico.

Se constató también que Pedro cumplía los criterios diagnósticos DSM-5 de TOC, como vimos en el apartado 3.5.1.

Además, se examinaron la posible presencia de otros trastornos para establecer un diagnóstico diferencial, indagando sobre su estado de ánimo, presencia de ansiedad y funcionamiento en sus actividades diarias.

3.6.2. CUESTIONARIOS.

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

Descrito por Goodman et al. (1989). Existe otra versión el CY-BOCS de aplicabilidad en niños. Previamente a administrar la escala se debe utilizar la lista de comprobación de síntomas obsesivos y compulsivos. Son 64 ítems agrupados en 15 categorías. La escala es un autoinforme formado por 10 ítems, 5 de ellos evalúan las obsesiones y el resto evalúan las compulsiones haciendo referencia a los últimos 7 días. Cada ítem está valorado entre 0 (ningún síntoma) y 4 (sintomatología severa). En general, puntuaciones iguales o superiores a 25 se consideran características de personas con TOC, mientras que las puntuaciones menores de 8 son típicas de personas sin el trastorno. Los índices de fiabilidad de este inventario se encuentran entre 0.60 y 0.90 (Alpha de Cronbach). Su aplicación es pre y post-tratamiento. (Anexo A).

-Inventario de depresión de Beck II (BDI-II).

Empleamos una adaptación del original Beck Depression Inventory-II de Beck, Steer y Brown (1996). Formado por 21 ítems, tiene como objetivo reconocer y valorar la gravedad de los síntomas característicos de los adultos y adolescentes a partir de 13 años. Cada ítem se puntúa de 0 a 3 puntos. La estimación de la magnitud de la depresión se realiza mediante la puntuación global, que oscila entre 0 y 63 puntos. Los criterios de evaluación de la gravedad son de 0-9, normal, 10-18, depresión leve, 19-29, depresión moderada y 30-63, depresión grave. En cuanto a la consistencia interna que refleja el estudio de la adaptación española del cuestionario BDI-II, se encuentra un alpha de Cronbach de 0.87 (Anexo B).

-Inventario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo para adolescentes y adultos (STAI). Descrito por Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs (1983). Está formado por 40 ítems que miden el nivel ansiedad total de adultos y adolescentes. Cada ítem está puntuado en una escala de 3 puntos que indican la frecuencia en la que se da el estado de ansiedad, siendo 0 casi nunca, 1 a veces, 2 a menudo y 3 casi siempre. La cumplimentación suele durar aproximadamente 15 minutos. Esta adaptación presenta unos coeficientes de fiabilidad del alpha de Cronbach de 0.83 y 0.92. (Anexo C).

3.6.3. AUTORREGISTRO.

Para cada sesión es muy útil que el paciente registre sus obsesiones, conductas compulsivas y grado de malestar que le producen, bien de manera libre o mejor tabulada, a fin de que puedan ser comentadas y analizadas en la siguiente sesión. La tabla 5 muestra el autorregistro diario de ideas obsesivas de seguridad, el grado de malestar que provocan (de 0 a 10), la conducta compulsiva de verificación subsiguiente, el malestar residual tras el ritual (también de 0 a 10) y el tiempo empleado en el mismo. Puede registrar todas las que considere necesarias no únicamente las siete que aparecen en esta tabla. Al igual que la tabla de registro de autoexposición, es importante que esta también sea consensuada con el paciente lo cual refuerza la alianza terapéutica.

Tabla 5. Tabla de autorregistro diario ideas obsesivas y compulsiones

	Tipo de obsesión de amenaza	Grado de malestar (0-10)	Compulsión de verificación realizada	Grado de malestar (0-10)	Tiempo empleado (minutos)
Fecha: / /					

3.7. DESCRIPCIÓN Y CRONOGRAMA DE LAS SESIONES ESTRUCTURADAS.

Todas las sesiones tienen una duración de una hora y son presenciales. Esto no impide que el paciente pueda comunicarse con su terapeuta por otros medios, preferiblemente por email o whatsapp, lo que da margen al psicólogo a valorar la respuesta y no se da la inmediatez de una llamada telefónica, si existe una causa o duda justificada. Salvo las dos últimas, que son mensuales, tienen una periodicidad semanal. A efectos didácticos y de síntesis se presenta el cronograma y el contenido de las sesiones tabulados en la tabla 5.

Tabla 6. Cronograma y descripción de las sesiones: presenciales.

Nº	Contenido	Tareas
1	Entrevista de evaluación no estructurada. Verificación del diagnóstico TOC (DSM-5). Recogida de información general. Acercamiento a la problemática. Establecimiento de los objetivos terapéuticos. Observación conductual. Inicio de la alianza terapéutica. Consensuar la tabla de autorregistro de conductas obsesivas y compulsiones.	Anotar cuestiones y dudas que le surjan durante la semana. Autorregistrar de forma tabulada sus obsesiones-compulsiones y grado de malestar
2	Entrega de cuestionarios Y-BOCS, BDI-II y STAI. Resolución de dudas. Valoración con el paciente del autorregistro. Trabajo en el vínculo terapéutico	Realizar cuestionarios. Completar tabla de autorregistro
3	Valoración de cuestionarios entregados. Valoración y comentario de tabla de autorregistro. Psicoeducación: paciente y familia. Consensuar y explicar tabla de autoexposición.	Completar tabla de autorregistro. Completar tabla de autoexposición.
4-8	Valoración de tabla de autorregistro. Valoración de tabla de autoexposición. Resolución y comentario de dudas. Vínculo terapéutico sólido: confianza.	Completar tabla de autorregistro. Completar tabla de autoexposición.
9	Entrega de cuestionarios Y-BOCS, BDI-II y STAI. Valoración de tabla de autorregistro. Valoración de tabla de autoexposición. Resolución y comentario de dudas.	Realizar cuestionarios. Completar tabla de autorregistro. Completar tabla de autoexposición.
10	Valoración de cuestionarios entregados. Valoración de tabla de autorregistro. Valoración de tabla de autoexposición. Resolución y comentario de dudas.	Completar tabla de autoexposición. Completar tabla de autorregistro.
11	Evaluación postratamiento. Valoración de tablas de autorregistro. Valoración de tablas de autoexposición	Externalización de sus ideas obsesivas. Proseguir con autoexposición hasta extinción de compulsiones.
12	Evaluación postratamiento	Alta: siempre puede contactar.

3.8. SEGUIMIENTO Y MÉTODO DE EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.

Al término de la intervención consideramos que se habían cumplido los objetivos, el paciente entendía el funcionamiento de lo que le había sucedido en el contexto de su TOC, había modificado las creencias fundamentales sobre las ideas obsesivas que padecía y no presentaba compulsiones de verificación.

3.8.1. TABLAS DE AUTORREGISTRO.

Como vimos son un registro diario de las obsesiones de amenaza en su domicilio, el grado de malestar que genera, la compulsión consiguiente, el grado de malestar tras la misma y el tiempo empleado en el ritual compulsivo de comprobación.

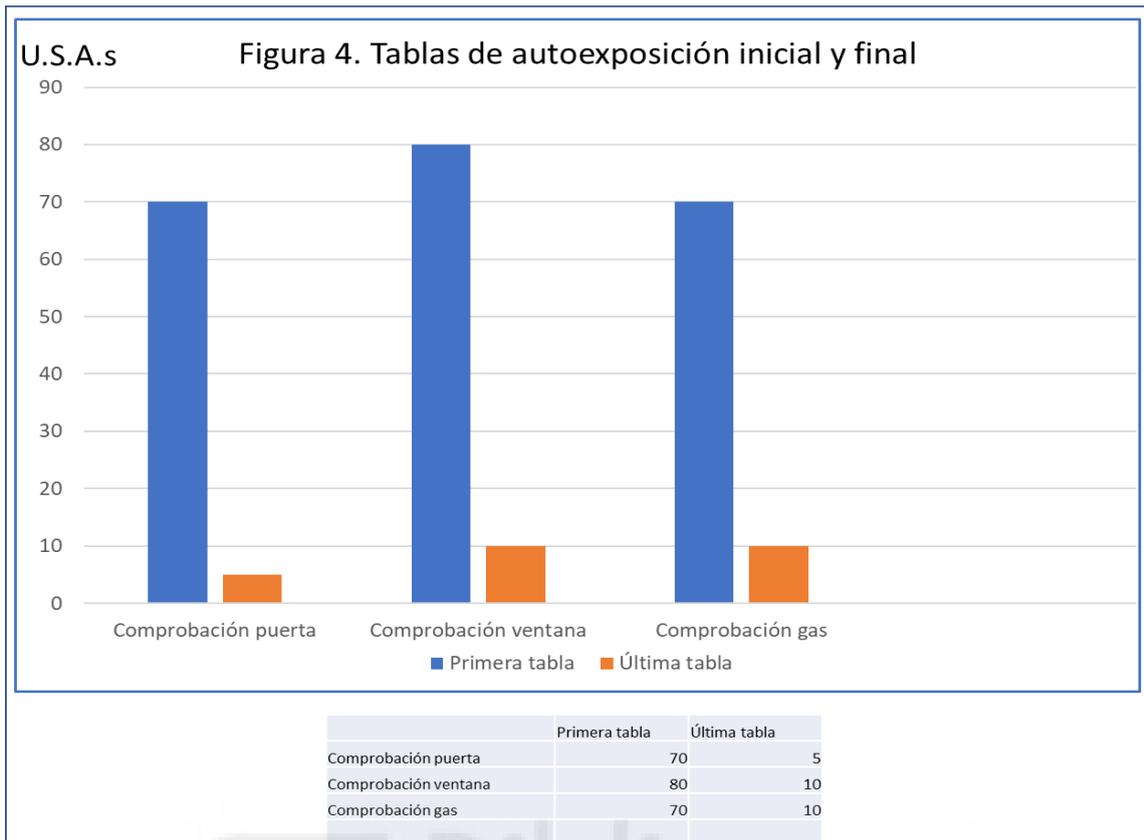
Es de esperar, ya que consideramos que nuestro paciente ficticio mejoró de manera importante, que las obsesiones diarias disminuyesen en número y grado de malestar y las compulsiones consiguientes también. Pedro debería ir usando cada vez menos tiempo en las mismas. Ponemos como ejemplo la primera y la última de las tablas en la tabla 7. En la última se podría considerar un comportamiento normal.

Tabla 7. Tablas de autorregistro inicial y final

Primera tabla de autorregistro diario ideas obsesivas y compulsiones					Última tabla de autorregistro diario ideas obsesivas y compulsiones				
Tipo de obsesión de amenaza	Grado de malestar (0-10)	Compulsión de verificación realizada	Grado de malestar (0-10)	Tiempo empleado (minutos)	Tipo de obsesión de amenaza	Grado de malestar (0-10)	Compulsión de verificación realizada	Grado de malestar (0-10)	Tiempo empleado (minutos)
Puerta de la calle abierta	10	Verificación 8 veces	7	20	Puerta de la calle abierta	2	Verificación 1 vez	0	1
Cocina de gas abierta	10	Verificación 7 veces	7	15	Cocina de gas abierta	1	Verificación 1 vez	1	1
Ventana del patio abierta	9	Verificación 6 veces	6	15	Ventana del dormitorio abierta al acostarse	2	Verificación 2 veces	1	2
Puerta del balcón abierta	8	Verificación 6 veces	7	15					
Horno eléctrico encendido	8	Verificación 7 veces	5	20					
Puerta de la calle abierta por la noche	10	Verificación 6 veces	7	20					
Ventana del dormitorio abierta al acostarse	10	Verificación 9 veces	8	25					

3.8.2. TABLAS DE AUTOEXPOSICIÓN.

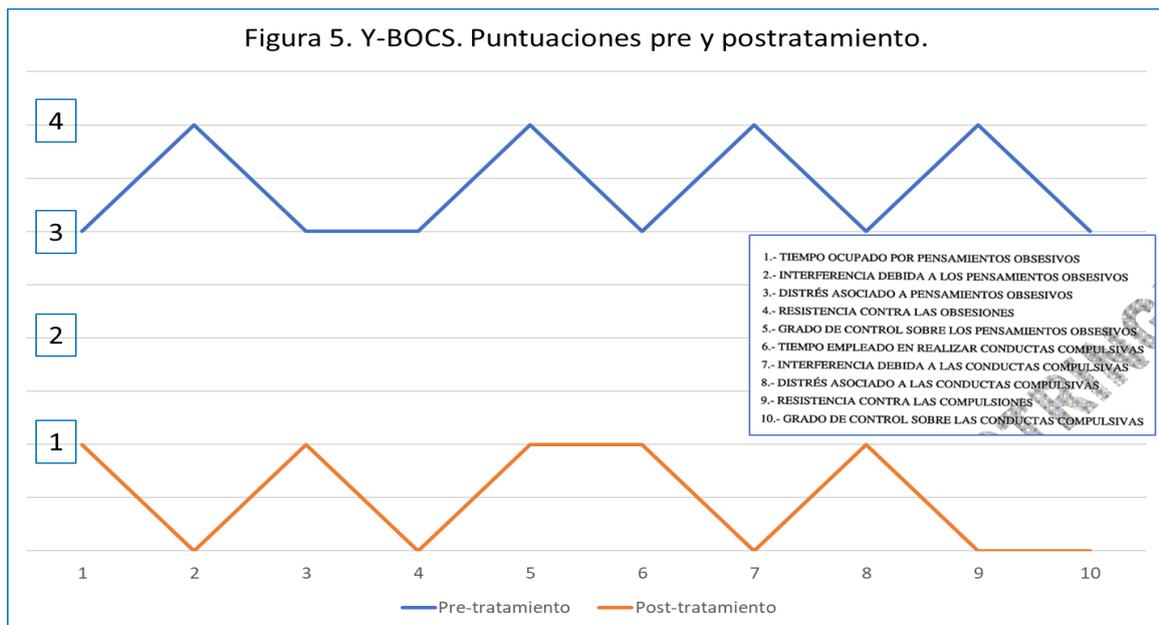
Teniendo en cuenta las unidades U.S.A podemos realizar una gráfica sobre la evolución de las tres situaciones de exposición, teniendo en cuenta la primera y la última de ellas. A efecto de simplificación tomamos como valor el promedio semanal de las U.S.A.s tras cada situación tipo. Lo observamos en la figura 4.



3.8.3. CUESTIONARIOS.

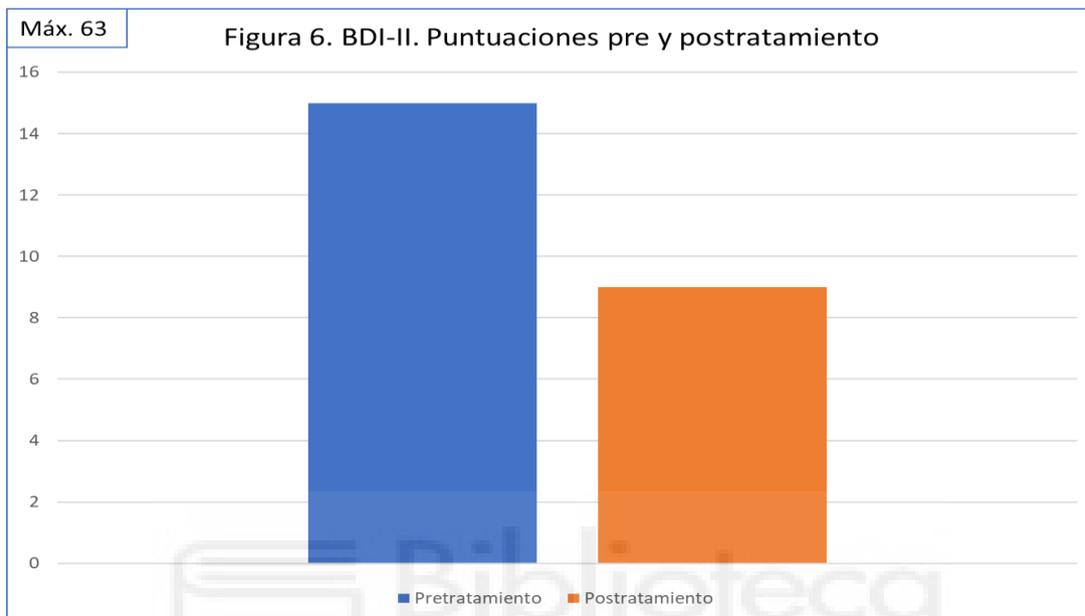
-Escala de obsesión-compulsión Yale Brown (Y-BOCS).

Es interesante comparar las puntuaciones pre-intervención y post-intervención para objetivar la mejoría, como se muestra en la figura 5.



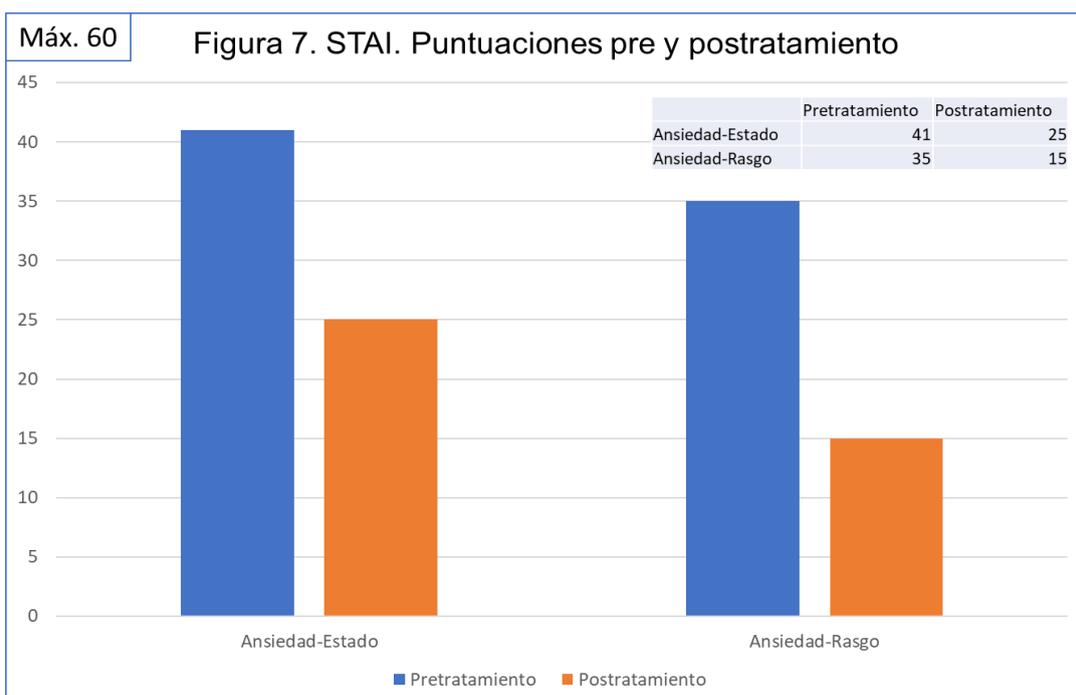
-Inventario de depresión de Beck II (BDI-II).

Inicialmente el paciente presentaba un ánimo en cierto modo depresivo (puntuación de 15, depresión leve) por la situación que vivía y el deterioro en su esfera familiar-social y también académica. A medida que fue mejorando, su situación lo hizo también (puntuación de 9, límite alto del rango normal). En la figura 6 se muestran las puntuaciones pre y post-tratamiento.



-Inventario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo para adolescentes y adultos.

Como vemos en la figura 7, las puntuaciones post-intervención reflejan una disminución de la ansiedad, tanto en los 20 ítems de ansiedad-estado como en los 20 de ansiedad-rasgo.



4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

4.1. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS.

Volviendo a los objetivos planteados en el apartado anterior:

- Cumplimiento de los objetivos generales.

1. Se han reducido las ideas obsesivas de inseguridad y las compulsiones de verificación: es constatable en la evolución de los registros tabulados.

2. Se han reducido los niveles de ansiedad: lo reflejan tanto las tablas de autoexposición que estiman la ansiedad en U.S.A.s, como la evolución de las puntuaciones en el cuestionario STAI pre y postratamiento.

3. Se ha disminuido el poder de las obsesiones intrusivas: se observa en la evolución de los ítems 4 y 5 del cuestionario Y-BOCS pre y postratamiento.

- Cumplimiento de los objetivos específicos.

1. A lo largo de las sesiones de la intervención se consiguió que paciente comprendiera el origen y explicación de sus obsesiones y compulsiones. Se inició con la psicoeducación, con la participación de sus familiares.

2. Ha adquirido estrategias para reducir la ansiedad y el malestar. Ha jugado un papel decisivo la EPR con disminución progresiva de la respuesta ansiosa.

3. Prácticamente han desaparecido los rituales de comprobación y por consiguiente el miedo asociado a olvidarlos. Se observa en las tablas de autorregistro y de autoexposición.

4. De todo lo anterior se deduce una mejoría en su estado de ánimo, observable en la evolución del cuestionario BDI-II, que junto con una menor ansiedad y una casi nula pérdida de tiempo por sus compulsiones, le ha permitido mejorar sus relaciones socio-familiares y su rendimiento académico.

4.2. SÍNTESIS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

Es una propuesta de intervención con aplicabilidad en adolescentes que padecen TOC con obsesiones de seguridad y compulsiones de verificación (población objeto de intervención).

Tiene tres ejes fundamentales:

- Psicoeducación.
- Manejo de la ansiedad (EPR)

- TCC: parte cognitiva para modificar los pensamientos distorsionados.

El cronograma de la intervención es como sigue: la intervención se realiza en 12 sesiones presenciales de una hora aproximadamente de duración. Las 10 primeras son semanales y las dos últimas de periodicidad mensual.

- Las dos primeras hacen referencia a la entrevista (no estructurada), diagnóstico de TOC (DSM-5), alianza terapéutica, acercamiento a la problemática y facilitación de los cuestionarios.
- La tercera se basa especialmente en psicoeducación (es importante la participación familiar).
- De la cuarta a la octava sesión, se evalúan las herramientas facilitadas (Tablas de autorregistro) para valoración las obsesiones-compulsiones, así como de la evolución de la EPR (Tablas de autoexposición).
- En la novena, de nuevo se facilitan los cuestionarios, que se evalúan en la décima sesión.
- Las sesiones decimoprimera y decimosegunda son de valoración postratamiento.

Las herramientas básicas que utilizamos son:

- Tabla de registro de autoexposición semanal (en el contexto de EPR).
- Tabla de autorregistro diario de ideas obsesivas y conductas compulsivas.
- Cuestionarios: Y-BOCS, BDI-II y STAI, aplicados pre y postintervención.

4.3. ANÁLISIS CRÍTICO DE LA VIABILIDAD DE LA INTERVENCIÓN.

La intervención diseñada, aunque puramente psicológica, emplea una metodología que se encuentra debidamente validada y estandarizada (cuestionarios, protocolos de intervención, etc). Quizás la intervención esté diseñada para un tipo de TOC “excesivamente concreto”, no muy frecuente en esta etapa de la vida (Carmenate, 2020), lo que puede mermar su aplicabilidad. De otra parte, el número de sesiones que componen la intervención planteada puede ser reducido. Posiblemente, en ciertas ocasiones sería necesario incrementar en número las sesiones terapéuticas de cuarta a octava del cronograma en función de la evolución del paciente, y no intentar “encajar” la intervención en un número rígido prefijado de sesiones, dejando una cierta flexibilidad según el caso. Es posible que muchos pacientes no se adapten estrictamente a la cronología inicialmente propuesta para la intervención, sino que lleven su propio ritmo durante el tratamiento. Es lícito que ocurra y es realmente importante respetarlo ya que al fin y al cabo el proceso terapéutico es suyo, y ellos son sus propios agentes de cambio, mientras que el psicólogo se debe encargar de guiar y acompañar durante

la intervención. Por otra parte, en nuestro protocolo en ningún momento se contempla un tratamiento coadyuvante farmacológico. De estos medicamentos, los más empleados son los IRSS. En estas situaciones puede ser de utilidad para incrementar el efecto de la intervención psicológica. Aunque no es el caso ficticio descrito, no es infrecuente que el paciente acuda a su terapeuta cuando ya ha recibido terapia farmacológica por su médico de familia.

Una de las principales limitaciones de la intervención TCC con EPR es la alta tasa de rechazo y abandono por considerarlo difícil el paciente y la familia (O'Kearney, Anstey, Von Sanden & Hunt, 2006). Por ello es muy importante la psicoeducación, la explicación cognitiva del proceso y la participación de la familia.

No es infrecuente el abandono tras haber comenzado el tratamiento con TCC por algunos pacientes que se sienten angustiados al enfrentarse a ciertos pensamientos y situaciones desagradables (Franklin et al., 2015). Todos estos motivos hacen que la elección del tratamiento se modifique según cada paciente, pudiendo este variar entre monoterapia con TCC y EPR, monoterapia con fármacos, o tratamiento combinado (Fullana, Fernández, Bulbena & Toro, 2012).

4.4. LIMITACIONES DEL TRABAJO.

Si bien, aunque puede considerarse una fortaleza que es una intervención diseñada para un tipo de TOC poco frecuente en la adolescencia y que se basa en una metodología estandarizada, el diseño adolece de varias limitaciones.

- Rigidez en el número de sesiones: como veíamos cada paciente puede precisar un tratamiento psicológico más o menos largo según su propio caso y necesidad.
- No se contempla la posibilidad de tratamiento farmacológico simultáneo.
- El trabajo pretende diseñar una intervención psicológica para un tipo concreto de paciente ficticio y presenta unos resultados también ficticios puesto que no se trata de un caso real. Por tanto, el cumplimiento de los objetivos también es ficticio. Solo pretende ejemplificar el diseño sin pretender dotarlo de validez o éxito terapéutico.

4.5. ORIENTACIÓN DE FUTURAS INVESTIGACIONES.

Evidentemente, en el caso de nuestra propuesta de intervención sería preciso utilizarla en casos de pacientes reales a fin de poder contrastar y evaluar su validez en la terapia psicológica real. Sería importante constatar si nuestra propuesta presenta utilidad terapéutica cierta, o por el contrario debe ser modificada. Consideramos que puede ser un punto de partida útil, aunque previsiblemente deba ser adaptada, de manera genérica y también de manera particular para cada caso. Es importante encontrar qué matices nos permiten avanzar y resultan más adecuados para cada paciente y las características únicas de su caso. Esto solo se conseguirá a través del estudio científico y la recopilación de datos de casos similares.

5.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., & Furr, J. M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1049-1057.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Aspvall, K., Andersson, E., Melin, K., Norlin, N., Eriksson, V., Vigerland, S., Jolstedt, M., Silverberg-Mörse, M., Wallin, L., Sampaio, F., Feldman, I., Bottai, M., Lenhard, F., Mataix-Cols, D. & Serlachius, E. (2021). Effect of an Internet-Delivered Stepped-Care Program vs In-Person Cognitive Behavioral Therapy on Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms in Children and Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 325(18), 1863-1873.
- Barrett, P., Healy-Farrell, L. & March, J. S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 46-62.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. & Steer R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56, 893–897.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory–II; Psychological Assessment*. Odessa, USA: Pearson.
- Bolton, D. & Perrin, S. (2008). Evaluation of exposure with response-prevention for obsessive compulsive disorder in childhood and adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(1), 11-22.
- Canavera, K. E., Wilkins, K. C., Pincus, D. B., Ehrenreich-May, J. T. (2009). Parent-child agreement in the assessment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(6), 909-15.
- Carmenate Rodriguez, I. (2020). Particularidades del trastorno obsesivo compulsivo en el niño y el adolescente. *Medicentro Electrónica*, 24(1), 174-184.
- Cruzado, J.A. (1998). Trastorno obsesivo-compulsivo. En M.A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta (Vol. I)* (pp. 363-428). Madrid: Dykinson.
- Espada, J. P., Orgilés, M., Melero, S. (2023). Intervención en un caso clínico de trastorno obsesivo-compulsivo. En J.P.Espada, M. Orgilés, F.X. Méndez (Eds.). *Tratamiento paso a paso de los problemas psicológicos en adultos* (pp.157-178). Madrid: Ediciones Pirámide.

- Fernández-Cuevas, A. & Sanz Velloso, P. (2015) Trastorno obsesivo compulsivo. *Enfermedades psiquiátricas (I): Trastornos de ansiedad y personalidad*, 11(84), 5008-5014.
- Foa, E.V. & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E. & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10(3), 206-214.
- Franklin, M. E., Kozak, M. J., Cashman, L., Coles, M., Rheingold, A., & Foa, E. B. (1998). Cognitive-behavioral treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: An open clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(4), 412-419.
- Franklin, M. E., Kratz, H. E., Freeman, J. B., Ivarsson, T., Heyman, I., Sookman, D., McKay, D., Storch, E. A., March, J. (2015). Cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Empirical review and clinical recommendations. *Psychiatry Research*, 227(1), 78-92.
- Freeman, J., Sapyta, J., García, A., Compton, S., Khanna, M., Flessner, C., FitzGerald, D., Mauro, C., Dingfelder, R., Benito, K., Harrison, J., Curry, J., Foa, E., March, J., Moore, P. and Franklin, M. (2014). Family-based treatment of early childhood obsessive-compulsive disorder: the Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study for Young Children (POTS Jr)-a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(6), 689-698.
- Fullana, M. A., Fernández, de la C, L., Bulbena, A., y Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219.
- García Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C. (2008). Sobre la heterogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (2), 65-84.
- Gavino, A. (2008). El trastorno obsesivo-compulsivo. *Manual práctico de tratamientos psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31 (2), 169-173.

- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives Of General Psychiatry*, 46 (11), 1006-1011.
- Hodgson RJ & Rachman S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Krzyszowskiak, W., Kuleta-Krzyszowskiak, M. & Krzanowska, E. (2019). Treatment of obsessive-compulsive disorders (OCD) and obsessive-compulsive-related disorders (OCRD) *Psychiatria Polska*, 53(4), 825-843.
- LaSalle, V. H., Cromer, V. R., Nelson, K. N., Kazuba, D., Justement, L., & Murphy, D. L. (2004). Diagnostic Interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 19, 163-173.
- Lee, H., & Kwon, S. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 11-29.
- Llavona, L.M. (2008). Entrevista. En F.J. Labrador (Ed.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 103-119). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 80(1), 35-41.
- Mavrogiorgou, P., Enzi, B., Steinmann, S., Mulert, C., Juckel, G. (2018). Relationship Between Neuroanatomical and Serotonergic Hypotheses of Obsessive-Compulsive Disorder: A Combined Functional Magnetic Resonance Imaging-Evoked Potential Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(6), 17m11811.
- Mendlowitz, S. (2007). Cognitive-behavior therapy and the treatment of childhood obsessive-compulsive disorder En D. C, S. Richard & D. Lauterbach (eds.), *Handbook of exposure Therapies* (pp.209-220). Cambridge, Massachusetts: Academic Press
- Merlo, L. J., Storch, E. A., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K. & Geffken, G. R. (2010). Cognitive behavioral therapy plus motivational interviewing improves outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(1), 24-27.
- Miguel-Tobal, J. J. & Cano-Vindel, A. (1986). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*. Madrid: Editorial TEA Ediciones.

- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment obsessive-compulsive disorder and bodydysmorphic disorder (Clinical Guideline, 31)*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Neziroglu, F., McKay, D., Yaryura-Tobias, J. A., Stevens, K. P., & Todaro, J. (1999). The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 37(9), 881–902.
- O'Kearney, R. T., Anstey, K., Von Sanden, C., Hunt, A. (2006). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Peralta López, J. R. (2017). El trastorno obsesivo-compulsivo: diferencias entre las ediciones IV y V del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(2), 223-228.
- Rapoport, J. L. (1991). *The Boy Who Couldn't Stop Washing*. New York: Signet.
- Richards, D.A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., Barrett, B., Farrand, P. A., Gilbody, S., Kuyken, W., O'Mahen, H., Watkins. E. R., Wright, K. A., Hollon, S. D., Reed, N., Rhodes, S., Fletcher, E., Finning, K. (2016). Cost and outcome of behavioural activation vs. Cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 388, 871-880.
- Scahill, L., Riddle, M.A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S.I., King, R.A., Goodman, W.K., Cicchetti, D. & Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(6), 844-852.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*, 59 (20), 22–57.
- Simons, M., Schneider, S., & Herpertz-Dahlmann, B. (2006). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(4), 257-264.
- Skoog, G. & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121–127.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stewart, S.E., Lafleur, D., Dougherty, D.D., Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Jenike, M. A., (2018). Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. En T.A. Stern, M. Fava, T.E. Wilens, J.F. Rosenbaum (Eds.), *Tratado de psiquiatría clínica. Massachusetts General Hospital*. (pp. 367-379). Barcelona: Elsevier España S.L.U.
- Storch, E.A., Khanna, M., Merlo, L. J., Loew, B. A., Franklin, M., Reid, J. M., Goodman, W.K. & Murphy, T.K. (2009). Children's Florida obsessive compulsive inventory: Psychometric properties and feasibility of a self-report measure of obsessive-compulsive symptoms in youth. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 467–483.
- Subdirección General de Información Sanitaria (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Taylor, S. (2011). Etiology of obsessions and compulsions: a meta-analysis and narrative review of twin studies. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1361-1372.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- World Health Organization (1999). *The "newly defined" burden of mental problems. Fact Sheets. nº217*. Geneva: WHO.
- Zaboski, B. A., Gilbert, A., Hamblin, R., Andrews, J., Ramos, A., Nadeau, J. M., Storch, E. A. (2019). Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQ-LES-Q). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 83(4), 377-397.

6.-ANEXOS.

ANEXO A. ESCALA DE OBSESIÓN-COMPULSIÓN YALE BROWN (Y-BOCS).

INSTRUMENTO: Y-BOCS (YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE)

Identificación.....Fecha.....

	<u>ACTUALES</u>		<u>PASADAS</u>	
	SI	NO	SI	NO
OBSESIONES AGRESIVAS:				
- Miedo a poder hacerse daño	0	0	0	0
- Miedo a poder hacer daño a los demás	0	0	0	0
- Imágenes violentas o terribles	0	0	0	0
- Miedo a decir impulsivamente obscenidades o insultos	0	0	0	0
- Miedo a hacer algo embarazoso	0	0	0	0
- Miedo a actuar bajo impulsos no deseados (apuñalar a un amigo)	0	0	0	0
- Miedo a robar cosas	0	0	0	0
- Miedo a herir a otros por no tener suficiente cuidado	0	0	0	0
- Miedo a ser responsable de que algo terrible suceda (fuego)	0	0	0	0
- Otras.....	0	0	0	0
OBSESIONES DE CONTAMINACIÓN:				
- Preocupaciones o disgusto por los desechos o las secreciones corporales (orina, heces, saliva)	0	0	0	0
- Preocupación por la suciedad o los gérmenes	0	0	0	0
- Excesiva preocupación por los agentes contaminantes ambientales (asbesto, radiaciones, residuos tóxicos)	0	0	0	0
- Excesiva preocupación por los productos del hogar (productos de limpieza, solventes)	0	0	0	0
- Excesiva preocupación por los animales (insectos)	0	0	0	0
- Preocupación por sustancias o residuos viscosos	0	0	0	0
- Preocupación por poder enfermarse por contagio	0	0	0	0
- Preocupado por poder contagiar a los demás	0	0	0	0
- Otras.....	0	0	0	0
OBSESIONES SEXUALES:				
- Pensamientos, imágenes o impulsos sexuales prohibidos o perversos	0	0	0	0
- Contenidos acerca de niños o incesto	0	0	0	0
- Contenidos sobre homosexualidad	0	0	0	0
- Comportamiento sexual hacia los demás (agresivo)	0	0	0	0
- Otras.....	0	0	0	0
OBSESIONES DE ACUMUCIÓN/AHORRO:				
(Distinguir de hobbies y de lo relacionado con objetos de valor sentimental o monetario)	0	0	0	0
- Describir.....	0	0	0	0
OBSESIONES RELIGIOSAS (ESCRUPULOSIDAD):				
- Preocupación por sacrilegio y blasfemia	0	0	0	0
- Excesiva preocupación con el bien y el mal, moralidad	0	0	0	0
- Otras.....	0	0	0	0

INSTRUMENTO: Y-BOCS (YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE)

Identificación.....Fecha.....

	<u>ACTUALES</u>		<u>PASADAS</u>	
	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/ruidos	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

INSTRUMENTO: Y-BOCS (YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE)

Identificación.....Fecha.....

	<u>ACTUALES</u>		<u>PASADAS</u>	
	SI	NO	SI	NO
RITUALES DE REPETICIÓN:				
- Releer o reescribir	0	0	0	0
- Necesidad de repetir acciones de un modo rutinario (entrar/salir, sentarse/levantarse)	0	0	0	0
- Otras.....	0	0	0	0
COMPULSIONES DE CONTAR:				
- Describir	0	0	0	0
COMPULSIONES DE ORDENAR/ARREGLAR:				
- Describir	0	0	0	0
COMPULSIONES DE ALMACENAR COLECCIONAR:				
(Distinguir de hobbies e interés en objetos de valor económico o sentimental (por ejemplo apilar periódicos viejos, leer meticulosamente la propaganda de los buzones, coleccionar objetos inútiles)	0	0	0	0
- Describir	0	0	0	0
COMPULSIONES – MISCELÁNEA:				
- Rituales mentales (distintos de comprobaciones/contar)	0	0	0	0
- Excesiva realización de listas	0	0	0	0
- Necesidad de decir, contar o confesar	0	0	0	0
- Necesidad de tocar, rozar o frotar	0	0	0	0
- Rituales acerca de parpadeo, guiño o mirada fija	0	0	0	0
- Medidas para prevenir herirse, herir a los demás, consecuencias terribles	0	0	0	0
- Conducta alimentaria ritualizada	0	0	0	0
- Conducta supersticiosa	0	0	0	0
- Tricotilomania	0	0	0	0
- Otras conductas autodestructivas o automutilantes	0	0	0	0
- Otras.....	0	0	0	0

INSTRUMENTO: Y-BOCS (YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE)

Identificación.....Fecha.....

	0	1	2	3	4
1.- TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS	0	0	0	0	0
2.- INTERFERENCIA DEBIDA A LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	0	0	0	0	0
3.- DISTRÉS ASOCIADO A PENSAMIENTOS OBSESIVOS	0	0	0	0	0
4.- RESISTENCIA CONTRA LAS OBSESIONES	0	0	0	0	0
5.- GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	0	0	0	0	0
6.- TIEMPO EMPLEADO EN REALIZAR CONDUCTAS COMPULSIVAS	0	0	0	0	0
7.- INTERFERENCIA DEBIDA A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	0	0	0	0	0
8.- DISTRÉS ASOCIADO A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	0	0	0	0	0
9.- RESISTENCIA CONTRA LAS COMPULSIONES	0	0	0	0	0
10.- GRADO DE CONTROL SOBRE LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	0	0	0	0	0

TOTAL: **S.S.O.** **S.S.C.**

USO RESERVADO

ANEXO B. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI-II).

BDI-II¹

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p>
<p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p>	<p>7. Disconformidad con Uno Mismo</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p>
<p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p>	<p>8. Autocrítica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
<p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p>	<p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>
<p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>

Título original: *Beck Depression Inventory (Second edition)*
Traducido y adaptado con permiso.
© 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
© de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
Todos los derechos reservados.

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Desvalorización</p> <p>0 No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <hr/> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <hr/> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <hr/> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <hr/> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <hr/> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a No tengo en apetito en absoluto.</p> <hr/> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal Página 2

_____ Subtotal Página 1

_____ Puntaje total

ANEXO C. INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD ESTADO-RASGO PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS (STAI).

N.º 124

STAI

A / E

P D =	30	+	-	=
-------	----	---	---	---

A / R

P D =	21	+	-	=
-------	----	---	---	---

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



Copyright © 1982, by TEA Ediciones, S. A.; Madrid-16 - Publicado con permiso - Copyright original de C. D. Spielberger; © 1968, by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California (USA) - Edita: TEA Ediciones, S. A. Fray Bernardino de Sahagún, 24; Madrid-16 - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción - Imprime: Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpdo.; Madrid-2 - Depósito legal: M.- 35.605 - 1988.

A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

ANEXO D. CÓDIGO DE AUTORIZACIÓN COIR.



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 1. TFG (Trabajo Fin de Grado)

Elche, a 31/05/2024

Nombre del tutor/a	JOSÉ PEDRO ESPADA SÁNCHEZ
Nombre del alumno/a	JORGE CEREZAL GÓMEZ
Tipo de actividad	Sin implicaciones ético-legales
Título del 1. TFG (Trabajo Fin de Grado)	Programa de intervención Cognitivo-Conductual en adolescentes con TOC.
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	240530051429
Código de autorización COIR	TFG.GPS.JPES.JCG.240530
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: Programa de intervención Cognitivo-Conductual en adolescentes con TOC. ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, se autoriza la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia



Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>

