



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

Dra. Gala Filippis

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:

Franco Adrian Chidichimo

TÍTULO DEL TRABAJO:

El modelo Cognitivo Conductual en los Trastornos Obsesivos Compulsivos (TOC)

SEDE:

Buenos Aires


DIRECTOR/A DE TIF:

Lic. Walter Behobi

FECHA DE PRESENTACIÓN:

Diciembre 2025

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
 (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
 (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
 (03756) 15401364

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	6
JUSTIFICACIÓN	7
MARCO TEÓRICO	11
METODOLOGÍA	24
DESARROLLO	27
CONCLUSIÓN	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	39

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecerles a las autoridades de la Fundación Barceló, la Dirección de la licenciatura en psicología, así como también los docentes que me han acompañado a lo largo de todo el camino efectuado. Gracias también a aquellos que me inculcaron los modelos cognitivo-conductual y sistémico de psicoterapia pertenecientes al ámbito de la clínica, a los cuales aspiro a dedicarme en el futuro. Mención especial a mi tutor, quien me ha guiado en la realización del presente Trabajo Integrador Final (TIF). Ha sido un honor, orgullo, placer y prestigio haberme formado en esta institución de educación superior, donde además de hacerlo profesionalmente, también lo fue con valores.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere al tema del TOC, que de acuerdo a lo mencionado por Behobi et al. (2013), es un trastorno mental constituido por dos elementos: las obsesiones (intrusiones mentales generadoras de ansiedad) y las compulsiones (acciones mentales y/o conductuales llevadas a cabo para neutralizar la aparición de las obsesiones).

La característica principal es que se realizará desde el ámbito de la clínica, precisamente desde el modelo de psicoterapia cognitivo-conductual a los fines de conocer y comprender génesis, subtipos, intensidad, abordaje clínico asistencial, e intervenciones del consultor. En este sentido, la investigación permite indagar de manera exhaustiva y minuciosa, al mismo tiempo que adquirir nuevos conocimientos evidenciados científicamente a los fines de ser aplicados en el futuro, siendo la prioridad la mejora y el bienestar de la salud mental del paciente. Desde esta perspectiva, entonces, resulta fundamental la tríada investigación, teoría y praxis en las ciencias de la salud.

Para analizar este tema, es necesario mencionar sus causas. Una de ellas es que, siendo un trastorno de la psicopatología, requiere de un terapeuta experto para evitar cualquier tipo de iatrogenia, en tanto que podría generarse más daño que beneficio -como el aumento de la rumiación- si no hay un entrenamiento profesional adecuado.

En el ámbito profesional, el interés consistió en relevar el abordaje de una paciente con diagnóstico de TOC; medir severidad, intensidad y subtipos de TOC a través de la administración de instrumentos; y describir el modelo explicativo del TOC.

En el marco de la teoría cognitivo conductual, la investigación se realizó con una paciente con TOC, siendo entonces la muestra no probabilística por ser

intencional. Respecto a las técnicas empleadas, se llevó adelante un análisis de la historia clínica, una observación no participante, y la administración de dos instrumentos psicométricos (consistiendo en un inventario y una escala) a una paciente con dicho diagnóstico. Por ende, el enfoque de la investigación será mixto, siendo un estudio de caso único transversal -por suceder en un tiempo dado- y con un diseño de tipo exploratorio descriptivo, pues el objetivo es profundizar en un tema poco conocido -a los fines de que se retome nuevamente en el futuro- además de describir de manera pormenorizada las características que presenta.

La finalidad de la presente investigación es conocer el abordaje de los pacientes con TOC, así como también reconocer la formación requerida por parte del terapeuta para tratar este tipo de trastorno.

La Sección de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández, respecto al organigrama depende de una Jefa, quien responde al Departamento de Clínica Médica, éste último, supeditado a una Dirección. Los dispositivos con los que cuenta son: las interconsultas -se solicita su intervención desde cualquier especialidad médica-, internaciones -de acuerdo a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657- y los consultorios externos -admisiones o entrevistas de orientación en salud mental y turnos de seguimiento-. A su vez, el dispositivo de consultorios externos se encuentra a cargo de tres equipos, quienes abordan al paciente según rango etario: de niños, de adolescentes y de adultos. La profesional referente licenciada en psicología, quien me ha acompañado en mi Práctica Intensiva Supervisada Final, se desempeña tanto en el equipo de interconsulta -conformado por dos psiquiatras y tres psicólogas- como en el de adultos de consultorios externos -constituido por seis psicólogos y seis psiquiatras-.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Relevar el abordaje cognitivo comportamental del TOC

Objetivos específicos:

1. Medir severidad, intensidad y subtipos de TOC a través de la administración de una escala y un inventario específicos
2. Describir el modelo cognitivo comportamental del TOC

JUSTIFICACIÓN

Es importante estudiar el TOC debido a los siguientes motivos que a continuación se detallan:

Aquellos que lo padecen experimentan un gran malestar debido a sus obsesiones e invierten mucho tiempo en los rituales de neutralización, lo cual puede llevar a una incapacidad funcional parcial o total. En términos epidemiológicos es considerado el cuarto trastorno mental en orden de prevalencia, afectando a un 1-2% de la población general.

La aparición del TOC se asocia con múltiples problemas. Entre 65% y 80% de los pacientes diagnosticados con TOC sufrirán un episodio depresivo mayor en el curso de su vida. Existe una baja calidad de vida percibida en aquellos que sufren TOC y mayor incapacidad funcional.

Algunos estudios muestran que el momento de la consulta oscila entre 6 y 17 años después de la aparición de los síntomas. Este retraso puede deberse a la culpa experimentada por tener obsesiones, a la falta de conocimiento sobre el trastorno, a la ausencia de educación para la salud mental en la población, a la falta de aplicación de planes públicos de prevención y detección tempranas y a la falta de profesionales entrenados para reconocer y tratar el TOC. (Behobi et al., 2013)

“Desde entonces, han existido numerosos modelos cognitivos del TOC. Los sucesivos modelos cognitivos sobre el TOC han identificado que ciertas creencias y evaluaciones erróneas relativas a los pensamientos intrusivos están implicadas en el mantenimiento del trastorno” (Behobi et al., 2013).

“Es importante diferenciar las intrusiones normales y cotidianas de las obsesiones, que pueden definirse como intrusiones valoradas de manera negativa y sesgada” (Behobi et al., 2013).

Cuando estos pensamientos intrusivos normales son valorados de manera negativa y catastrofista la persona comienza a sufrir una marcada ansiedad y preocupación, e interpreta los Pensamientos Intrusivos (PIOS) como si fueran algo grave, peligroso y de lo que es necesario ocuparse. Los rituales propios del trastorno tienen efecto de neutralización de la preocupación que los PIOS producen. Una vez neutralizada la ansiedad mediante el ritual, la persona se siente momentáneamente aliviada, por lo que la conducta ritual es reforzada negativamente y se consolida el trastorno. (Behobi et al., 2013)

“Los diferentes modelos cognitivos sobre el TOC identificaron diversas valoraciones sesgadas como las responsables de la interpretación disfuncional” (Behobi et al., 2013).

De acuerdo a lo afirmado por Behobi et al. (2013), los sesgos pueden ser: responsabilidad excesiva; sobreestimación de la importancia de los pensamientos; fusión pensamiento acción: probabilidad; fusión pensamiento acción: moral; importancia de controlar los pensamientos; sobreestimación del peligro; intolerancia a la incertidumbre; perfeccionismo.

Hace unos años se pensaba que el TOC era un trastorno raro, con tasas de prevalencia muy bajas, en general inferiores al 0,1%. Estudios más cuidadosos realizados a partir de mediados de los setenta del pasado siglo permitieron estimar mucho más adecuadamente la prevalencia global del trastorno, y arrojaron cifras mucho mayores de las esperadas, ya que rondaban en torno al 2,5%. De este modo, el trastorno se situaba el cuarto en frecuencia entre los trastornos mentales. (Belloch et al., 2010)

Por lo que se refiere a los datos sobre la incidencia del TOC en hombres y mujeres, varios estudios informan de una incidencia ligeramente superior entre las

mujeres. Los hombres suelen presentar, además, un inicio más temprano que las mujeres, y consecuentemente lo mismo ocurre con el inicio del tratamiento. (Belloch et al., 2010)

El inicio del trastorno suele situarse en la adolescencia o principios de la edad adulta. La mayor probabilidad para desarrollar un TOC aparece en la franja de edad entre los 18 y 25 años. El 65% de los trastornos se manifiestan antes de los 25 años, y menos del 5% de los pacientes informa de un inicio posterior a los 40 años de edad. (Belloch et al., 2010)

En cuanto al estado de ánimo depresivo, también se considera que ejerce un papel desencadenante de los síntomas obsesivos, aunque no se conocen con certeza los mecanismos específicos por los que opera tal frecuencia.

Un aspecto que resulta interesante, y que interfiere de manera clara con la evolución del trastorno, es el tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y la solicitud de ayuda profesional por parte de los pacientes. Los datos procedentes de diversos estudios indican que únicamente entre el 34 y el 40% de las personas que cumplen criterios diagnósticos para un TOC han recibido alguna vez en su vida tratamiento para este problema. (Belloch et al., 2010)

Se ha descrito en diferentes estudios la comorbilidad de diversos trastornos psiquiátricos con el TOC como los siguientes: trastorno depresivo (TD), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de fobia social (TFS), trastorno de pánico (TP), trastorno por agorafobia (TA), fobias específicas (FE), trastorno de ansiedad de separación (TAS), trastorno bipolar (TB), trastorno dismórfico corporal (TDC), tricotilomanía (TTM), trastorno de excoriación (TE), trastorno de tics (TT), trastorno de conducta alimentaria (TCA), trastorno de control de impulsos (TCI) y el trastorno por uso de sustancias (TUS). (Lozano, 2017)

“Por último, hemos de insistir en que el TOC es un trastorno que interfiere intensa y significativamente en el funcionamiento general del individuo y en las diversas áreas de su vida (social, laboral, familiar...)” (Belloch et al., 2010).

MARCO TEÓRICO

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DSM-5), se define al Trastorno Obsesivo-Compulsivo como:

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

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

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

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

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

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

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

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

Especificar si:

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

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

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

Especificar si:

El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

Las obsesiones consisten en pensamientos o imágenes que invaden la mente o la corriente normal de pensamientos de una persona en contra de su voluntad. En ocasiones se manifiestan también como una urgencia o un deseo inaplazables, un impulso o una necesidad irresistible de hacer o decir algo, por lo general inadecuadamente o socialmente reprobables. Pero sea cual sea la forma en que se experimentan (pensamiento, imagen o impulso de hacer o decir), las obsesiones causan un malestar e incomodidad tan grandes que la persona siente que debe hacer algo para detenerlas, para alejarlas de su mente y recobrar así su tranquilidad y bienestar.

Surgen entonces las compulsiones, es decir, comportamientos cuya finalidad es reducir el malestar que provocan las obsesiones. En ocasiones, las compulsiones están relacionadas con el contenido de las obsesiones: por ejemplo, ante la obsesión de estar sucio o de haberse contaminado con algo (sin que haya motivos reales o suficientes), para ello necesita lavarse a fondo. O la duda obsesiva de haber cerrado bien el gas conduce a la necesidad de comprobarlo varias veces. Pero en otras no hay una relación clara entre el contenido de la obsesión y el de la compulsión: por

ejemplo, para quitarse de la cabeza una imagen sexual que resulta repugnante o que va en contra de los propios principios éticos o morales, una persona puede empeñarse en traer a su mente ciertos números o letras mágicos. O para alejar de su cabeza pensamientos sucios u obscenos que contaminan su mente, necesita lavarse a conciencia o limpiar su casa una y otra vez.

Las compulsiones pueden ser manifiestas (tocar, decir algo en voz alta, lavar, repetir una acción que se acaba de hacer, etc.) o encubiertas (pensar en números, decirse a uno mismo ciertas frases, esforzarse por pensar en algo diferente u opuesto, etc.) Con el paso del tiempo, esas compulsiones pueden complicarse más y más, hasta el punto de que la persona las repite una y otra vez, hasta estar segura de haber expulsado sus malos pensamientos y las sensaciones desagradables que a menudo los acompañan. A diferencia de lo que sucede con las obsesiones, las compulsiones son voluntarias, ya que es la propia persona afectada la que decide realizarlas. No obstante, como más adelante se verá, este carácter voluntario puede diluirse con el paso del tiempo, hasta el punto de que la persona acaba obsesionándose también con sus compulsiones (por ejemplo, para hacerlas perfectamente, sin errores, de una manera concreta, etc.). Además, resulta cuestionable caracterizar como voluntario un comportamiento del que uno no puede escapar o que se ve íntimamente forzado o impelido a realizar, a pesar del tiempo que consume el malestar que provoca y el deterioro en la calidad de vida que supone. (Belloch et al., 2010)

En el DSM-5 publicado en el 2013, el TOC fue retirado de la sección de los trastornos de ansiedad y forma parte de una categoría que incluye: TOC, trastorno dismórfico corporal (TDC), tricotilomanía (TTM), trastorno de excoriación (TE), trastorno de acumulación (TA), TOC y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicación, TOC y trastornos relacionados debido a otra condición

médica, otro TOC y trastornos relacionados especificados, y finalmente TOC y trastornos relacionados no especificados. Así, todos los trastornos descritos en esta categoría están caracterizados por conductas repetitivas o compulsiones.

Para agrupar a los trastornos relacionados al TOC se usaron 11 factores de validación: síntomas similares, comorbilidad, curso, antecedentes familiares, sustrato neuronal, genética y factores de riesgo ambiental, biomarcadores, temperamento, procesamiento cognitivo y emocional, respuesta al tratamiento y utilidad clínica.

Un aporte de esta nueva edición del DSM-5, en el capítulo de TOC y trastornos relacionados, es la inclusión de dos especificadores: el insight (bueno o aceptable, pobre y ausente / delusional) y la presencia de tics. (Lozano, 2017)

Según lo planteado por Behobi et al. (2013), el proceso circular del TOC consiste en un estímulo desencadenante o suceso que conforma una intrusión. Esta última pasa a ser una obsesión al realizar el sujeto una valoración, creencia o interpretación negativa a partir de la utilización de un sesgo, que aumenta entonces la ansiedad o tristeza. A posteriori, se llevará adelante un ritual que será una compulsión -por ser repetitivo- a los fines de neutralizar ese malestar, disminuyendo y precipitándose así la ansiedad y aumentando la sensación de control, dando inicio nuevamente al ciclo.

La Práctica Basada en la Evidencia es un concepto más apegado a la ciencia natural que surge en la década de los 60 en el campo de la medicina, al constatar que los tratamientos clínicos carecían de un fundamento sólido. Comienza así el estudio de la Medicina Basada en la Evidencia, que se consagraría en 1992 con la creación del *Evidence-Based Medicine Working Group*, cuyo objetivo es estudiar, concientizar y visibilizar sobre las prácticas médicas que tienen evidencia científica. (Rodríguez et al., 2022)

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), desde su surgimiento en los años 60, ha adquirido una gran relevancia en el ámbito de la psicología clínica, hasta el punto que actualmente se trata del paradigma de intervención psicológica con mayor evidencia empírica de su eficacia en distintos problemas psicológicos. (Rodríguez et al., 2022)

La TCC surge, por un lado, a partir de la revolución cognitiva producida en los años 60 en el campo de la psicología experimental y, por otro lado, como continuación a la introducción de herramientas básicas en las variables cognitivas que Albert Bandura realizó anteriormente. (Rodríguez et al., 2022)

La TCC ha demostrado su eficacia para una gran variedad de trastornos. De acuerdo al Manual de Tratamientos Psicológicos en Adultos de Fonseca-Pedrero se considera que es eficaz para: trastornos psicóticos, trastornos bipolares, trastornos depresivos, TAG, TOC, fobia social, fobia específica, hipocondría, bulimia nerviosa, adicción a sustancias y adicciones comportamentales, conducta suicida, etc. (Rodríguez et al., 2022)

Brevemente, se podría decir que los puntos fuertes de la TCC son:

1. Al día de hoy, es una de las terapias psicológicas con mayor evidencia empírica, siendo eficaz para una gran variedad de trastornos psicológicos.
 2. Es una de las terapias más competentes y competitivas respecto a la medicación.
 3. Tienen un gran reconocimiento, tanto a nivel psiquiátrico como psicológico, apareciendo en la mayoría de las guías de tratamientos psicológicos eficaces.
- (Rodríguez et al., 2022)

En cuanto al TOC, el medicamento de mayor predominio de elección por parte del profesional es la Sertralina, teniendo que ajustar la dosis de acuerdo a la semiología y severidad, esta última conocida a través de la administración de

instrumentos de medición específicos. Respecto a la psicoterapia, el modelo adecuado es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la técnica con mayor apoyo empírico consiste en la Terapia de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR). Esta última, refiere a que el paciente afronte paulatinamente aquellos estímulos que inciden en las obsesiones, resistiendo el ritual que hasta ese momento llevaba a cabo para disminuir la ansiedad generada. El gran objetivo es que aprenda a tolerar esta última, haciendo que disminuya gradualmente dejando de lado la compulsión (Steigmeier y Pérez, 2025).

Los tratamientos psicofarmacológicos que han demostrado mayor eficacia para la remisión de la sintomatología del TOC son los que incluyen Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y la clomipramina, el único de los antidepresivos tricíclicos que ha demostrado su eficacia en pruebas con pre y post test. (Rosa Alcázar et al., 2013, como se citó en Perrier, 2017)


La clomipramina tiene una potente acción serotoninérgica y fue el primer fármaco en demostrar mayor eficacia para este tratamiento. Pero su mayor incidencia de efectos anticolinérgicos y sedativos y por el potencial riesgo cardiotoxico, los ISRS se han convertido el tratamiento de primera línea demostrando una eficacia similar entre ambos. (Sanz Velloso y Fernández Cuevas Cuevas Vicario, 2015, como se citó en Perrier, 2017)

A continuación, se presenta un cuadro de psicofármacos para el TOC perteneciente al Instituto de Psicofarmacología con sus correspondientes dosis de administración. Cabe aclarar que los seis primeros consisten en ISRS, mientras que el último pertenece al grupo de los antidepresivos tricíclicos:

	Dosis inicial (mg/día)	Dosis máxima (mg/día)	Dosis ocasional (mg/día)
Fluoxetina	20	80	120
Sertralina	50	400	400
Paroxetina	20	80	100
Fluvoxamina	50	400	450
Citalopram	20	80*	120*
Escitalopram	10	40	60
Clomipramina	25	250	250

*Advertencia: Prolongación del intervalo QT dosis dependiente, torsade de pointes, taquicardia ventricular y muerte súbita.

American Psychiatric Association, Koran, L. M., Hanna, G. L., Hollander, E., Nestadi, G., & Simpson, H. B. (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder.



Instituto de Psicofarmacología

El citalopram (antidepresivo e inhibidor de recaptación de serotonina) tiene efectos inmediatos en los circuitos neuronales implicados en el TOC y en la ansiedad asociada. Por otro lado, las benzodiacepinas son útiles para disminuir la ansiedad pero no inciden en el núcleo obsesivo del trastorno. (Vega Dienstmaier, 2016, como se citó en Perrier, 2017)

Los ISRS producen respuesta satisfactoria en un 40-60% de los casos con una reducción clínicamente significativa que es improbable que ocurra dentro de las primeras 6 a 12 semanas, por lo que es importante conocer todas las alternativas. Para los pacientes que son resistentes al tratamiento con agentes de primera línea se pueden utilizar otras intervenciones tales como la combinación de un ISRS con un antipsicótico. Estudios indican la eficacia de la risperidona y haloperidol. Se recomienda aguardar al menos 3 meses de tratamiento con ISRS con dosis máximas tolerables para el paciente antes de agregar el antipsicótico. (Vega Dienstmaier, 2016, como se citó en Perrier, 2017)

En el condicionamiento operante, el organismo aprende a asociar ciertos actos con determinadas consecuencias, aprende a efectuar ciertas respuestas

instrumentales para obtener un refuerzo o escapar de un castigo. También se lo denomina condicionamiento instrumental. El sujeto aprende dicha conducta como consecuencia de los acontecimientos que la siguen (la presencia o ausencia de un refuerzo). La conducta operante muestra la capacidad del organismo para organizar los estímulos y la conducta en términos de medios-fines. Se trata de una conducta más compleja que la respuesta condicionada del condicionamiento clásico, pues involucra estructuras fisiológicas más desarrolladas, el sistema nervioso central y la musculatura que participa es la de fibra estriada.

Una conducta operante, entonces, es aquella que puede ser controlada por sus consecuencias en el medio. Cuando a una respuesta operante le sigue una consecuencia positiva, aumenta la probabilidad de que esta respuesta se repita en otras ocasiones (Pagés y Gómez, 2011).

En cuanto al objetivo en sí de la intervención terapéutica, consiste en reducir el síntoma flexibilizando sesgos, aumentar la actividad funcional promoviendo actividades de interés, y entrenar en cómo aumentar la asertividad (Behobi et al., 2013).

El desarrollo de la intervención se conforma de tres fases: inicial, tratamiento y prevención de recaídas. En la primera se lleva adelante una psicoeducación de TOC definiendo el trastorno según DSM, explicando los síntomas cognitivos-conductuales y explicando que todas las personas tienen intrusiones. Luego se instruye al paciente en el modelo cognitivo del TOC, mencionando cómo los rituales son formas de reducir la ansiedad producida por la obsesión. Siendo las intrusiones normales, se distingue cómo los sesgos promueven una evaluación negativa de las mismas, aumentando la ansiedad y el malestar que llevan a ritualizar. Por ende, la manera de disminuir los rituales es flexibilizar los sesgos en lugar de detener las obsesiones. La segunda fase

entrena al paciente en identificar los rituales realizados, las obsesiones que los sostienen, y los sesgos que mantienen estas últimas. Entonces luego de debatir los sesgos, se reevalúa la necesidad de ritualizar, ayudando al paciente a identificar conductas más funcionales para poder realizar las cosas de manera distinta discriminando entre “TOC” y “no TOC”. La última fase remite a estrategias que el paciente pueda aplicar en aquellos casos en los que los rituales aumentan (Behobi et al., 2013).

Una mejora en los síntomas tiene un efecto en la calidad de vida del paciente y su familia, siendo fundamental la alianza terapéutica durante todo el tratamiento (Behobi et al., 2013).

“Los circuitos afectados en el TOC son aquellos que gobiernan la toma de decisiones, el procesamiento emocional y la función motora voluntaria” (Torres Díaz et al., 2014, como se citó en Perrier, 2017).

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), específicamente a través de técnicas como la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) y la reestructuración cognitiva, ha demostrado una alta eficacia en la reducción de los síntomas obsesivo-compulsivos (Foa y Kozak, 1986, como se citó en Neva, 2025). La EPR consiste en exponer al paciente de manera gradual a los estímulos que generan ansiedad, mientras se previene la realización de compulsiones, favoreciendo la habituación al malestar. Por otro lado, la reestructuración cognitiva ayuda a identificar y desafiar los pensamientos irracionales o catastróficos asociados a las obsesiones, promoviendo interpretaciones más adaptativas y funcionales. (Neva, 2025)

El abordaje del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) desde la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se basa en un marco teórico robusto y evidencia empírica que respalda su eficacia. Este concepto orientador guía el diseño del

tratamiento proporcionando una base sólida para estructurar las intervenciones psicoterapéuticas.

El modelo cognitivo-conductual, ampliamente aceptado en la literatura, postula que los síntomas del TOC se mantienen a través de un ciclo disfuncional compuesto por pensamientos intrusivos (obsesiones), malestar emocional y conductas repetitivas (compulsiones). Según este enfoque, las compulsiones se realizan como una forma de reducir el malestar asociado a las obsesiones, pero, paradójicamente, refuerzan el problema al evitar la habituación al estímulo ansiógeno. (Neva, 2025)

Autores como Foa y Kozak (1986, como se citó en Neva, 2025) destacan que este ciclo puede romperse mediante la exposición gradual al estímulo desencadenante, sin permitir la realización de las compulsiones, lo que facilita la habituación y la disminución de la ansiedad. Además, Beck (1976, como se citó en Neva, 2025) aporta que los pensamientos disfuncionales asociados a las obsesiones pueden identificarse y modificarse mediante técnicas de reestructuración cognitiva, lo que permite una reinterpretación más adaptativa de las situaciones temidas.

De acuerdo a lo planteado por Neva (2025), el impacto emocional remite a que la ansiedad que persiste afecta el bienestar y el funcionamiento, deteriorando los vínculos interpersonales al mismo tiempo que disminuye la calidad de vida por la interferencia de los síntomas obsesivos-compulsivos en actividades de la vida diaria. Las intervenciones psicoterapéuticas pueden hacer más fácil el recupero de la autonomía, con lo cual podría normalizarse el desarrollo de las funciones que lleva adelante la persona cotidianamente. Los síntomas obsesivo-compulsivos son mantenidos por un ciclo de pensamientos irracionales, ansiedad y conductas desadaptativas, con lo cual los pensamientos intrusivos generarían en el paciente la

realización de rituales a los fines de atenuar la ansiedad, reforzando de este modo el ciclo de los síntomas.

Como parte de las primeras sesiones, la psicoeducación resultaría fundamental para establecer una base sólida en el tratamiento. El paciente recibiría explicaciones claras sobre el modelo cognitivo-conductual del TOC, enfatizando cómo sus pensamientos intrusivos generan ansiedad y perpetúan sus compulsiones.

Se utilizarían recursos como diagramas y ejemplos prácticos para ilustrar el ciclo obsesivo-compulsivo, así como los fundamentos de las técnicas de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) y reestructuración cognitiva, destacando cómo estas estrategias podrían ayudarlo a reducir su malestar y recuperar su autonomía.

Propósito: Garantizar que el paciente comprenda su trastorno y el enfoque terapéutico, promoviendo una participación activa en el proceso. (Neva, 2025)

De acuerdo a lo afirmado por Neva (2025), la EPR se implementa de manera paulatina comenzando con los estímulos generadores de ansiedad moderada, cuyo fin es ayudar al paciente a que tolere esta última sin realizar compulsiones, con lo cual se debilita el vínculo obsesión-ritual. En este sentido, la reestructuración cognitiva con la EPR es complementaria, pues ambas abordan las creencias disfuncionales que refuerzan los síntomas. Los ejercicios a administrarse consistirán en registrar pensamientos, permitiéndole al paciente reflexionar su interpretación reemplazándola por otra adaptativa. Lo que se busca es disminuir la intensidad de la obsesión y fomentar la racionalización, con lo cual es correcto incorporar herramientas prácticas tales como la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva que ayudarían a enfrentar malestares sin necesidad de hacer rituales. Por su parte, el entrenamiento en resolución de problemas ayudaría a enfrentar desafíos de manera práctica, refiriendo a la descomposición de problemas complejos en pasos más

manejables o evaluación de opciones, lo cual incrementaría la autonomía del paciente y su capacidad de abordar las situaciones de manera adecuada.

Las intervenciones propuestas, basadas en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), se alinean con la literatura científica sobre el TOC. Técnicas como la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) y la reestructuración cognitiva fueron consideradas en este caso como las más adecuadas para abordar los síntomas obsesivo-compulsivos. En particular, la EPR fue planteada como una herramienta eficaz para ayudar al paciente a reducir su dependencia de los rituales compulsivos, mientras que la reestructuración cognitiva ofreció un marco para identificar y cuestionar pensamientos catastróficos. (Neva, 2025)

Cualquier reacción de la familia ante la conducta patológica del paciente, ya sea una cooperación o una oposición, contribuye a la exacerbación de la patología. Es común, por ejemplo, que se espere a que la persona termine sus rituales, incluso modificar la rutina familiar, participar en las compulsiones y permitir que alguien se encargue de las responsabilidades que el paciente no puede afrontar por efecto del trastorno. (Bados López, 2005, como se citó en Perrier, 2017)

METODOLOGÍA

De acuerdo a lo mencionado por Roussos (2007), la presente investigación de psicología clínica consiste en un diseño de caso único analizando un único sujeto que consistió en una sola persona. Es importante considerar que este tipo de diseño tiene su génesis en la dinámica que sucede entre la investigación y la práctica clínica. En este sentido, el tipo de diseño de estudio de caso único aplicado es el observacional, pues por un lado se aplicaron instrumentos de evaluación que han permitido diagnosticar o medir, pero por el otro se describe un trastorno clínico y se conoce el tratamiento determinado. La investigación se realizó con una paciente con TOC, siendo entonces la muestra no probabilística por ser intencional. Respecto a las técnicas empleadas se llevó adelante un análisis de la historia clínica, una observación no participante, y la administración de dos instrumentos psicométricos - consistiendo en un inventario y una escala- a una paciente con diagnóstico de TOC. Por ende, será transversal -por suceder en un tiempo dado- y con un diseño de tipo exploratorio descriptivo, pues el objetivo es profundizar en un tema poco conocido -a los fines de que se retome nuevamente en el futuro- además de describir de manera pormenorizada las características correspondientes. En cuanto al grado de sistematización que permite que el resultado sea incorporado como evidencia en cuanto al funcionamiento de la psicoterapia, el modelo es el de la propuesta individual que combina métodos cualitativos y cuantitativos de análisis fomentando una evidencia directa acerca de la relación entre el proceso psicoterapéutico y sus resultados.

El enfoque utilizado es mixto, que de acuerdo a Sampieri et al. (2006) consiste en un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos dentro de un mismo estudio. La labor investigativa se basa en datos cuantitativos –como los

instrumentos de medición utilizados- y cualitativos –por ejemplo, la observación no participante-, con lo cual además de recolectar los datos se posiciona en combinar la lógica inductiva o deductiva. Respecto a las ventajas que presenta posee una gran amplitud, perspectiva, profundidad, diversidad, riqueza interpretativa y sentido del entendimiento que resultan sumamente adecuados para investigar el TOC.

Respecto a los instrumentos de evaluación administrados que han permitido el análisis intracaso, se utilizaron los siguientes:

Inventario Obsesivo Compulsivo - Revisado (OCI-R): Es una herramienta breve de autoevaluación utilizada para medir la severidad de los síntomas de TOC en individuos. Se conforma de dieciocho ítems, a los cuales debe asignarse un número de acuerdo a una escala cuya puntuación comprende de cero a cuatro de acuerdo a la molestia que le haya causado cada experiencia en el último mes. Los ítems - distribuidos de manera mixta a los fines de evitar posibles sesgos- se agrupan en seis subescalas. Para poder interpretarlo, se debe realizar una puntuación total de todos los ítems del inventario, y de aquellos que integran -que deberían ser de a tres- cada subescala -limpieza, obsesiones, acumulación, orden, comprobación y neutralización-. Para el puntaje total se considerará presencia de TOC si el mismo es igual o superior a 21, y en el caso de la subescala, se considerará la que predomina de acuerdo al total numérico obtenido.

“Escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS): Es una escala desarrollada por Goodman et al. que mide la intensidad de las obsesiones, las compulsiones y los subtipos de TOC” (Behobi et al., 2013). Se constituye de diez ítems -siendo destinados cinco para obsesiones y cinco para compulsiones- a los que se deberá marcar con una cruz en el casillero según corresponda considerando la última semana. Luego, se obtiene el total de la escala de obsesiones y de

compulsiones, sumándose ambos en el paso posterior, adquiriendo un número total general, el cual se inferirá e interpretará de acuerdo a los valores promedio que comprende cada severidad. Esta última, remite a subclínico para valores entre 0-7, leve 8-15, moderado 16-23, severo 24-31 y muy severo 32-40.

En cuanto a la historia clínica, la misma es computarizada, pudiéndose obtener de ella los datos personales de la paciente –los cuales fueron modificados para garantizar el anonimato, secreto profesional y la confidencialidad-, el motivo de consulta, y cada sesión del tratamiento con la terapeuta y psiquiatra.

DESARROLLO

Mediante la observación no participante, logré presenciar el abordaje de una paciente con TOC, Natalia, quien menciona que tiene 24 años, vive en Paternal - Ciudad Autónoma de Buenos Aires- con su mamá, papá y hermano –con quienes tiene un buen vínculo-, se encuentra saliendo con un chico –teniendo una buena relación-, con una calidad de sueño correcta, trabajando en una empresa con funciones administrativas, realizando patín y estudiando profesorado de nivel inicial. Refiere haber aumentado las obsesiones de “algo malo va a pasar” y compulsiones - tocar tres veces los anteojos constantemente durante el día y antes de dormir apoyarlos sobre la mesita de luz luego de tocarlos tres veces-, cumpliendo con la medicación que consiste en Sertralina con una dosis de 200 mg. Se infieren movimientos estereotipados, menciona que está bien de ánimo y emocionalmente, pero en época de parciales realiza aún más las compulsiones -de lo contrario tiene miedo de desaprobado- resultando los exámenes ser estresores, teniendo que ver próximamente a su médica psiquiatra a los fines de controlar el medicamento y realizar el seguimiento correspondiente. Considerando lo mencionado en “Justificación” hay un alto malestar de las obsesiones, sumado a una gran cantidad de tiempo diario invertido en las compulsiones realizadas, disminuyendo entonces su calidad de vida.

La profesional fomenta las estrategias que integrarían la fase terapéutica de prevención de recaídas mencionada en el “Marco teórico”, como por ejemplo enfrentarse al ritual de modo tal que lo identifique, distinga qué tanta ansiedad le genera no hacerlo, se pregunte qué sucede si no lo hace, discuta la idea, se exponga a no hacerlo y realice una conducta alternativa.

Al acceder a su historia clínica, se registra lo siguiente:

Agosto de 2024: Comienza a atenderse en el Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández, teniendo miedo de que le pase algo malo a sus familiares que se resuelven con rituales, como tocarse los lentes. Hace patinaje como deporte, estudia profesorado de nivel inicial, y realiza un trabajo administrativo en una empresa. Tal como se menciona en “Justificación”, es necesario distinguir en este caso clínico el sesgo -sobreestimación del peligro- utilizado para interpretar la intrusión -tiene miedo de que le pase algo malo a sus familiares-. Ese malestar incrementa la ansiedad, por lo que la paciente opta por realizar la compulsión, funcionando ésta como neutralizadora, que al llevarla adelante atenúa la preocupación, actuando como un refuerzo negativo en tanto se consolida el trastorno.

Septiembre de 2024: Afirma tener angustia y pensamientos intrusivos. Se observa distimia al tocar los temas que le preocupan. Se deriva a psiquiatría.

Septiembre de 2024: Tiene miedo de que le pase algo a la familia, para evitarlo se tiene que tocar el pecho, los lentes tres veces, se levanta de la cama y si piensa algo malo tiene que volver a acostarse. Le sucede hace seis años, hay angustia, y se prescribe Sertralina 50 mg por los TOC y Clonazepam 0,5 mg para disminuir la ansiedad. Tal como se afirma en “Justificación”, la consulta la realiza la paciente luego de seis años de haber aparecido el trastorno, distinguiendo entonces que la incidencia fue en la adolescencia tardía o adultez temprana, etapa en la cual suele comenzar. Es menester distinguir el tiempo que ha pasado desde que comenzaron los síntomas hasta que la paciente solicita una ayuda profesional.

Octubre de 2024: Sueña bien, tiene menos angustia, realiza menos rituales, y se trabaja la relación afectiva que tuvo con su novio, ya que decidieron tomarse un tiempo.

Noviembre de 2024: Mejor estado de ánimo, mejoró el sueño, menos rumiación, pero persisten compulsiones. Sube la Sertralina a 100 mg, disminuye el Clonazepam a 0,25 mg.

Noviembre de 2024: Refiere sentirse mejor y tener menos compulsiones, trabajándose técnicas de prevención de respuesta.

Diciembre de 2024: Insomnio de fragmentación por preocupación de estudios académicos, procrastinando por ansiedad. Para que le vaya bien en el examen, se toca tres veces los lentes continuamente. Aumenta la Sertralina a 150 mg, y el Clonazepam continúa con 0,25 mg. Tal como se mencionó en “Justificación”, este tipo de trastorno interfiere en el funcionamiento de la paciente, y en las distintas áreas de su vida (laboral, familiar o social).

Diciembre de 2024: Refiere tener preocupaciones autorreferenciales por lo que pueda generar en los demás y nervios por una muestra de patín. Para evitar que suceda algo malo realiza la compulsión o el ritual. Aumenta la dosis de Sertralina a 200 mg y se suspende el Clonazepam. En “Justificación” se han mencionado los sesgos que utiliza el sujeto para valorar las intrusiones, en este caso en particular corresponde ser el de responsabilidad excesiva, pues se siente muy responsable de todo lo que sucede a su alrededor debiendo prevenir acontecimientos negativos importantes.

Enero de 2025: Refiere disminuir la ansiedad en relación a pensamientos obsesivos, de todos modos, realiza la compulsión así se la saca de encima, inclusive asegura que si no lo hace va a pasar algo peor. Se procede a la psicoeducación en TOC, y la reestructuración cognitiva. Continúa con Sertralina 200 mg y Clonazepam suspendido. Tal como se menciona en el apartado de “Marco teórico”, la psicoeducación se lleva adelante en la fase inicial terapéutica.

Febrero de 2025: Refiere insomnio de conciliación, en parte vinculado a cambios de ritmo por vacaciones. Refiere mejorar síntomas de TOC y menor aparición de obsesiones. Higiene del sueño correcta, continúa con Sertralina 200 mg y comienza con Quetiapina 12,5 mg para controlar el sueño.

Marzo de 2025: Pensamiento coherente, orientada globalmente, sin ideas de muerte, sin impulsividad ni ideas de conductas auto o hetero agresivas. Continúa con Sertralina, pero suspendida la Quetiapina por haber mejorado el sueño.

Respecto a los instrumentos administrados, en el Inventario Obsesivo Compulsivo - Revisado (OCI-R) se obtiene un total de 22 puntos habiendo sintomatología leve. En cuanto a la subescala que predomina a nivel superior en puntaje -siendo de 11 puntos-, se encuentra la de obsesiones.

Por su parte, la escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown (YBOCS) arroja un total general de 15 puntos, infiriéndose una severidad leve de obsesiones y compulsiones.

Se infiere entonces una convergencia entre ambos instrumentos administrados, pues hay severidad leve tanto en las experiencias de malestar como en las obsesiones y compulsiones que posee.

Teniendo en cuenta el apartado de “Marco teórico” y en referencia al diagnóstico obtenido de la paciente, el mismo cumple con los criterios o las condiciones diagnósticas del DSM-5 para ser considerado Trastorno Obsesivo-Compulsivo, pues la obsesión consiste en pensamientos recurrentes y persistentes de que podría pasar algo malo o tiene miedo de que le suceda algo malo a su familia, que se presentan como no deseadas. Lo mencionado causa gran malestar, motivo por el cual la paciente se esfuerza por eliminar esos pensamientos con un acto que sería la compulsión -en este caso actualmente se trata de tocar los lentes puestos

tres veces y quitárselos todas las noches para apoyarlos en su mesita de luz tocándolos tres veces también-. En este sentido entonces puede afirmarse que dicho ritual es repetitivo porque es una respuesta a cada obsesión que se le presenta, por lo que el fin es prevenir ese malestar, que se logra al evitar eso malo que puede suceder o que puede pasarle algo malo a su familia. Resulta menester mencionar que en este caso en particular no hay congruencia entre la obsesión y el ritual realizado, pues falta una conexión realista entre ambos debido a que la obsesión es que algo malo va a pasar o tiene miedo de que va a sucederle algo malo a su familia, y la compulsión es tocar los lentes tres veces y quitárselos todas las noches antes de irse a dormir tocándolos tres veces también. Es necesario realizar un detenimiento, pues en Septiembre de 2024 realizaba como compulsiones tocarse el pecho, levantarse de la cama y volver a acostarse, rituales que en la actualidad ya no realiza desde hace varios meses.

Las obsesiones y compulsiones le suceden todos los días, llevan bastante tiempo, y causan un malestar importante deteriorando o disminuyendo la calidad de vida en las diferentes áreas en las que se desenvuelve tales como la familiar, social, laboral, educativa, entre otras.

Es fundamental aclarar que los síntomas obsesivos-compulsivos no se pueden atribuir a efectos fisiológicos de sustancias u otras afecciones, ni la alteración se explica por otros trastornos mentales.

Es muy importante especificar que hay una ausencia de introspección en la paciente, pues ella tiene un convencimiento y aseguramiento de que sus creencias en relación al TOC son ciertas, no teniendo hasta la actualidad una historia de trastorno de tics.

Continuando con la sección de “Marco teórico”, en el presente caso clínico la obsesión es un pensamiento que invade la mente de la paciente, teniendo que realizar una compulsión para detener o reducir ese malestar ocasionado. En la actualidad, la obsesión que tiene es que podría pasar algo malo o tiene miedo de que le suceda algo malo a su familia, cuyo comportamiento consiste en tocar los lentes puestos tres veces y quitárselos todas las noches para apoyarlos en su mesita de luz tocándolos tres veces también. Entonces, aquí esas compulsiones son manifiestas y voluntarias, siendo leve el diagnóstico, pero pudiendo incrementar su severidad a tal punto de aumentar la cantidad de rituales realizados a los fines de expulsar del todo esos pensamientos que no le agradan y son perturbadores.

Es importante aclarar que Natalia tiene un grado de insight inferior comprendiendo en menor medida la visión interna de lo que le sucede, sin tener tics, pero sí teniendo movimientos estereotipados observándose en el movimiento involuntario de sus piernas mientras está sentada con la terapeuta. Asimismo, tuvo comorbilidad con ansiedad, angustia y distimia, estando medicada actualmente con Sertralina -medicamento Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina (ISRS) recomendado para diagnósticos de TOC además de ser un antidepresivo-, y anteriormente con Clonazepam -benzodiacepina consistente en un ansiolítico- o Quetiapina -hipnótico para producir sedación cuando hay un sueño fragmentado-. En cuanto a la Sertralina prescrita, tal como se mencionó en el “Marco teórico” es el medicamento de mayor predominio de elección por parte del profesional, además de tener una mayor eficacia a la hora de tratar los síntomas del TOC. Respecto a la dosis, la misma fue incrementándose gradualmente según se constata en la historia clínica de la paciente, siempre dentro de los valores normales y adecuados, pues inicialmente fue de 50 mg hasta llegar a 200 mg, encontrándose siempre entonces

por debajo de los 400 mg que es la dosis máxima, de acuerdo al cuadro detallado en el “Marco teórico”.

A la hora de mencionar la praxis de la profesional con la paciente, es necesario considerar aquellas que tienen un aval científico, pues en el caso del TOC el modelo de psicoterapia correspondiente es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), específicamente la técnica denominada Terapia de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), aplicada tanto en la actualidad como en Noviembre de 2024, tal como detalla su historia clínica -en la cual se encuentra su semiología, conformada por signos (objetivos) y síntomas (subjetivos)-. Actualmente, el tratamiento se enfoca en identificar esos sesgos de valoración que utiliza Natalia para interpretar aquellas intrusiones que recibe y flexibilizarlos, ya que evitar que realice los rituales puede ser contraproducente incrementando la ansiedad notoriamente. Además, en Enero de 2025 la profesional utilizó la técnica denominada reestructuración cognitiva, a los fines de reemplazar aquellos pensamientos irracionales por otros más funcionales.

Respecto al modelo explicativo del TOC, el mismo tal como se menciona en el apartado “Marco teórico” es circular, pues últimamente las intrusiones que tiene - miedo de que pase algo malo o le suceda algo malo a sus familiares- son valoradas de manera negativa a través de los sesgos sobreestimación del peligro -exageración de la probabilidad del peligro- y responsabilidad excesiva -sentirse responsable de lo que pudiera ocurrir a su alrededor-. Lo mencionado aumenta la ansiedad y el malestar, que para que disminuyan tiene que llevar a cabo los rituales, obteniendo así un aumento de la sensación de control. Ahí mismo se consolida el trastorno comenzando nuevamente en el a posteriori, pues ese ritual o comportamiento lo que hace es actuar como un refuerzo negativo. Este último, tal como se ha mencionado anteriormente, es un tipo de aprendizaje asociativo perteneciente a la teoría del

condicionamiento operante de Skinner, quien menciona que las consecuencias de una conducta determinarán si esta última se repetirá en un futuro. En este caso puntual, al hacer la compulsión se atenúa la ansiedad y se incrementa la sensación de control, con lo cual la paciente vuelve a realizarla y así sucesivamente, por disminuir el malestar que le genera la obsesión temida.

Se debe tener en cuenta que la terapeuta que la atiende, quien me ha permitido realizar una observación no participante, utiliza la EPR -descrita en el “Marco teórico”- perteneciente a la TCC, la cual permite abordar a la paciente separando la obsesión de la compulsión y deteniendo ese ciclo circular vicioso y autoperpetuante del TOC, pues el objetivo es identificar esos sesgos que utiliza para interpretar las intrusiones a los fines de sustituirlos por otros adecuados. Además, se trata de exponer a la paciente a aquellos pensamientos temidos impidiendo que lleve adelante el comportamiento neutralizador, reemplazándolos por otros adaptativos tales como actividades deportivas en tanto producen endorfinas e influyen de manera favorable en su estado de ánimo, diferenciándose lo que es “TOC” de lo “no TOC”, sucediendo en la segunda fase terapéutica denominada tratamiento. El fin alcanzado entonces será atenuar la ansiedad y comprender que aquello temido no va a suceder, pero hay que considerar que los/as pacientes con TOC suelen ser refractarios (en tanto pueden resistirse al tratamiento) o sufrir recaídas (debido a la vulnerabilidad que presentan).

Resulta fundamental mencionar la labor interdisciplinaria y de interconsulta que se realiza entre ambos profesionales (la psicóloga y la psiquiatra) siendo el gran objetivo en común el bienestar de la paciente, así como también el aumento de su calidad de vida, que tal como se menciona en la sección “Marco teórico” beneficia tanto a la paciente como a su familia.

CONCLUSIÓN

Luego de haber realizado la presente investigación como requisito obligatorio para graduarme de licenciado en psicología, considero que la experiencia fue muy gratificante, en tanto que me ha permitido realizar una Práctica Intensiva Supervisada Final de salud mental en un tema específico elegido, con su posterior articulación teórica de investigación. A su vez, he conocido de manera pormenorizada cómo se abordan los TOC de modo correspondiente siendo desde lo asistencial por encontrarse dentro de la clínica, uno de los tantos ámbitos de incumbencia de la psicología. He podido tener un pensamiento crítico, reflexionar e insertarme en la institución elegida, cuyo objetivo consistió en el acercamiento, conocimiento y la consideración del rol profesional del psicólogo, en esta temática en particular, como un adelanto previo a la graduación.

La obsesión puede considerarse transdiagnóstica, pues se encuentra presente en diferentes trastornos mentales como la depresión, los trastornos de ansiedad o los trastornos de la alimentación, con lo cual al ser considerado un factor común puede hasta ser comórbido dentro de la psicopatología.

Respecto al terapeuta que trata al paciente que tiene TOC, resulta menester mencionar que se requiere de un entrenamiento específico en el cuadro, ya que en lugar de lograr avances podrían generarse posibles retrocesos o estancamientos a lo largo del tratamiento.

Dentro de la psicoterapia se encuentran los diferentes modelos: psicodinámico, cognitivo-conductual, sistémico, humanístico-existencial e integrativo. A su vez, cada uno tiene su teoría de la mente, modelo psicopatológico y programa de cambios, sumado a que cada técnica administrada por la profesional tiene que tener un

fundamento científico sólido, es decir, evidencias empíricas a la hora de ser aplicada a cada paciente.

En el caso puntual del TOC, el mismo fue retirado en el DSM-5 de la sección de los trastornos de ansiedad tal como sí se encontraba en el DSM-4, con lo cual actualmente forma parte de una categoría aparte denominada trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, cambio fundamental que debe considerarse en lo que respecta a la psicopatología.

La EPR junto con la psicofarmacología es el tratamiento más utilizado para este trastorno, pero debe mencionarse que, si bien la exposición genera un nuevo aprendizaje frente a aquello temido, del mismo modo incrementa el nivel de ansiedad de la paciente.

Al realizar una observación no participante, se lograron identificar claramente las intervenciones que hace la terapeuta, así como comprender de qué modo se introducen cambios que interrumpen el circuito autoperpetuante.

Finalmente, destacar la importancia de la tríada investigación teórica y praxis en las ciencias de la salud, pues investigar permite indagar y adquirir nuevos conocimientos evidenciados científicamente a los fines de ser aplicados en el a posteriori, siendo el fin primordial la mejora y el bienestar de la salud mental de la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amon, R. *Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (Y-BOCS)*.
[https://robertoamon.com/wp-content/uploads/2023/04/Y-BOCS-Severidad-](https://robertoamon.com/wp-content/uploads/2023/04/Y-BOCS-Severidad-Adultos.pdf)

[Adultos.pdf](https://robertoamon.com/wp-content/uploads/2023/04/Y-BOCS-Severidad-Adultos.pdf)

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Editorial: Médica Panamericana.

Behobi, W.; García, F.; Fernández-Álvarez, H. (2013). Salud mental. *Psicoterapia cognitiva individual del TOC*.

Belloch, A.; Cabedo, E.; Carrió, C. (2010). *TOC. Obsesiones y compulsiones: Tratamiento cognitivo*. Editorial: Alianza.

Instituto de Psicofarmacología. *Pruebas terapéuticas adecuadas para el TOC: Fármacos aprobados por la FDA y dosis máximas*.

<https://psicofarmacologia.com/trastorno-obsesivo-compulsivo/pruebas-terapeuticas-adecuadas-para-el-toc-farmacos-aprobados-por-la-fda-y-dosis-maximas>

Labvanced. *El Inventario Obsesivo Compulsivo - Revisado (OCI-R)*.
[https://www.labvanced.com/content/research/es/blog/2024-11-oci-r-obsessive-](https://www.labvanced.com/content/research/es/blog/2024-11-oci-r-obsessive-compulsive-inventory-revised/)

[compulsive-inventory-revised/](https://www.labvanced.com/content/research/es/blog/2024-11-oci-r-obsessive-compulsive-inventory-revised/)

Lozano, A. (2017). Revista de neuropsiquiatría. *Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados*.

Neva, N. (2025). *Intervención cognitivo conductual en un caso hipotético de trastorno obsesivo compulsivo*. [Trabajo Integrador Final, Universidad de Flores].

<https://repositorio.uflo.edu.ar/server/api/core/bitstreams/e676bdea-e788-4cd9-a8e2-7a61e5d4b3db/content>

Pagés, S.; Gómez, B. (2011). Cap. 5: El Modelo Cognitivo Comportamental de la Terapia. *Paisajes de la Psicoterapia*. PP. 139-140. Editorial: Polemos, Buenos Aires.

Perrier, A. (2017). *El trastorno obsesivo compulsivo desde el modelo estratégico MRI*. [Trabajo Integrador Final, Universidad de Palermo].

<https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1937/Perrier%2C%20Antonella.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rodríguez, L.; Vivas, S.; Herrera, A.; Pérez, C.; Ruiz, A. (2022). Consejo General de la Psicología de España. *Terapia de conducta: raíces, evolución y reflexión sobre la vigencia del conductismo en el contexto clínico*.

Roussos, A. (2007). Revista Argentina de Clínica Psicológica. *El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica*.

Sampieri, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2006). Cap. 17: Los procesos mixtos o multimodales. PP. 751-808. *Metodología de la investigación*.

Steigmeier, C; Pérez, R. (2025). TOC Argentina. *Actualización bibliográfica en TOC*.

Wainhaus, C.; Steigmeier, C.; Portero, F.; Pérez, R. (2025). TOC Argentina. *Ateneos clínicos 2025*.

ANEXOS

Anexo 1: Inventario Obsesivo Compulsivo - Revisado (OCI-R)

Inventario Obsesivo Compulsivo – R (OCI-R)

Las siguientes afirmaciones se refieren a experiencias que muchas personas tienen en su vida cotidiana. Rodea con un círculo el número que mejor describe cuánto malestar o molestia te ha producido esta experiencia durante el último mes. Las cifras se refieren a las siguientes categorías:

0 = En absoluto / Ninguno / Nada

1 = Un poco

2 = Bastante

3 = Mucho

4 = Muchísimo

Paciente: _____

Fecha: _____

1. Acumular cosas hasta el punto de que le estorban.
2. Comprobar las cosas más a menudo de lo necesario.
3. Que las cosas no estén bien ordenadas.
4. Sentir la necesidad de contar mientras está haciendo cosas.
5. Tocar un objeto cuando sabe que lo han tocado desconocidos o ciertas personas.
6. No poder controlar sus propios pensamientos.
7. Acumular cosas que no necesita.
8. Comprobar repetidamente puertas, ventanas, cajones, etc.
9. Que los demás cambien la manera en que ha ordenado las cosas.
10. Tener necesidad de repetir ciertos números.
11. Tener que a veces asearse o lavarse por el mero hecho de sentirse contaminado.
12. Tener pensamientos desagradables en contra de su voluntad.
13. Sentirse incapaz de tirar cosas por temor a necesitarlas después.
14. Comprobar repetidamente el gas, el agua y la luz después de haberlos cerrado / apagado.
15. Tener la necesidad de que las cosas estén ordenadas de una determinada manera.
16. Sentir que existen números buenos y malos.
17. Lavarse las manos más a menudo y durante más tiempo de lo necesario.
18. Tener con frecuencia pensamientos repugnantes y que le cueste librarse de ellos.

SUBESCALAS: 1. Limpieza (ítems: 5, 11, 17); 2. Obsesiones (ítems: 6, 12, 18); 3. Acumulación (ítems: 1, 7, 13); 4. Orden (ítems: 3, 9, 15); 5. Comprobación (ítems: 2, 8, 14); 6. Neutralización (ítems: 4, 10, 16).

Anexo 2: Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (Y-BOCS)

Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (Y-BOCS)†

Sí luego de contestar el inventario de síntomas obsesivo compulsivos se logró identificar al menos 1 síntoma durante la última semana, se debe completar el siguiente cuestionario considerando para ello el promedio de lo que sucedió en la última semana.

Paciente _____ Fecha _____

Escala de Obsesiones

N	ITEM	RANGO SEVERIDAD				
		0	1	2	3	4
1	¿Cuánto tiempo le ocupan los pensamientos, dudas patológicas o imágenes obsesivas?	0 h/d	0-1 h/d	1-3 h/d	3-8 h/d	≥ 8 h/d
2	¿Cuánto interfieren sus pensamientos obsesivos con la actividad social, laboral o funcionamiento?	Nada	Leve	Medio (Manejable)	Gran Impedimento	Incapacitantes
3	¿Cuánto malestar le causan sus obsesiones?	Nada	Poco	Moderado (Manejable)	Severo (Perturbador)	Extremo (Incapacitante)
4	¿Es capaz de resistir o desviar las obsesiones?	Siempre	Mucho	Moderado	A veces	Nunca
5	¿Cuál es el grado de control que tiene sobre sus obsesiones?	Completo	Mucho	Moderado	Poco	Ninguno

Total Obsesiones	
-------------------------	--

Escala de Compulsiones

N	ITEM	RANGO SEVERIDAD				
		0	1	2	3	4
6	¿Cuánto tiempo gasta/ocupa en conductas compulsivas o rituales?	0 h/d	0-1 h/d	1-3 h/d	3-8 h/d	≥ 8 h/d
7	¿Cuánto interfieren sus conductas compulsivas con la actividad social, laboral o funcionamiento?	Nada	Leve	Medio (Manejable)	Gran Impedimento	Incapacitantes
8	¿Cuánto malestar le causaría si tuviera que evitar realizar las compulsiones?	Nada	Poco	Moderado (Manejable)	Severo (Perturbador)	Extremo (Incapacitante)
9	¿Es capaz de resistir o postergar la realización de compulsiones o rituales?	Siempre	Mucho	Moderado	A veces	Nunca
10	¿Cuál es el grado de control que tiene sobre sus conductas compulsivas o rituales?	Completo	Mucho	Moderado	Poco	Ninguno

Total Compulsiones	
TOTAL GENERAL	

Valores	
0 – 7	Subclínico
8 – 15	Leve
16 – 23	Moderado
24 – 31	Severo
32 – 40	Muy Severo

(†) Adaptado por Dr. Roberto Amon de Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, & Cols.. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 1989 Nov;46(11):1006-11.