

# Intervención cognitivo conductual en un caso hipotético de trastorno obsesivo compulsivo

**Estudiante:** Neva Nahuel Javier

**Legajo:** 35227

**Directora:** Dra. Scherb, Elena Diana

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

**RIUFLO** - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* es creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de Flores de forma gratuita pero no exclusiva los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons ~~atribución no comercial~~ 4.0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modo ~~de entrega~~.

**Autorizo la publicación de obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):**

A partir del día de la fecha de aprobación del ~~XFI~~ [ ]

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: Buenos Aires, Mayo 2025

Firma y aclaración del autor: Nahuel Javier Neva



# INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO FICTICIO DE TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO

**Nahuel Javier Neva**

Universidad de Flores, Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0003-1952-0460>

## RESUMEN

Este trabajo presenta el abordaje de un caso hipotético de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) utilizando un modelo de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) que incluye técnicas de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) y reestructuración cognitiva. Se busca ejemplificar cómo estas estrategias podrían aplicarse en contexto clínico para abordar los síntomas obsesivo-compulsivos, aumentar la tolerancia a la ansiedad y optimizar el funcionamiento global del paciente.

## PALABRAS CLAVE

Trastorno obsesivo-compulsivo, terapia cognitivo-conductual, Exposición con Prevención de Respuesta, reestructuración cognitiva, caso clínico, intervención psicológica, funcionamiento global, ansiedad, técnicas de manejo, síntomas obsesivo-compulsivos, psicoterapia basada en evidencia.

## INTRODUCCIÓN

## CONTEXTUALIZACIÓN DEL CASO Y MÉTODO

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es un trastorno mental clasificado dentro de los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Este trastorno se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones que generan un malestar significativo y pueden interferir considerablemente en las áreas social, académica y laboral de la persona.

El caso presentado en este trabajo es hipotético y ha sido diseñado con fines académicos para ilustrar un abordaje psicoterapéutico basado en Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Este diseño combina elementos observados comúnmente en la práctica clínica con datos teóricos de la literatura científica sobre el TOC. En este sentido, se utiliza como herramienta pedagógica para explorar la aplicación de estrategias terapéuticas validadas en un contexto simulado.

Las obsesiones, tal como se definen en el DSM-5, son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos e indeseados, generando altos niveles de ansiedad o malestar. Los individuos con TOC frecuentemente intentan ignorar o suprimir estas obsesiones mediante compulsiones: comportamientos repetitivos (como verificar, lavar u ordenar) o actos mentales (como rezar, contar o repetir palabras) que buscan aliviar el malestar generado por las obsesiones. Sin embargo, estas conductas terminan manteniendo el ciclo de ansiedad y refuerzan la dependencia en los rituales.

El diseño del caso se fundamenta en un marco cognitivo-conductual, reconocido como uno de los enfoques más efectivos para el tratamiento del TOC. 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 & Kozak, 1986). La EPR consiste en exponer al paciente de manera gradual a los estímulos que generan ansiedad, mientras se previene la realización de las 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.

Este modelo ficticio tiene como propósito ilustrar el proceso terapéutico y los principios subyacentes a las intervenciones basadas en evidencia, destacando la importancia de la personalización del tratamiento en función de las características individuales del paciente. Aunque se trata de un caso imaginado, el método utilizado busca replicar los procedimientos clínicos habituales, proporcionando un marco útil para reflexionar sobre la efectividad de las estrategias terapéuticas en casos similares.

## **OBJETIVO**

El objetivo de este trabajo es describir cómo podría estructurarse un tratamiento basado en TCC para abordar los síntomas obsesivo-compulsivos en un caso hipotético. A través de un plan teórico de 12 sesiones, se propone un modelo para reducir los rituales de verificación, aumentar la tolerancia a la ansiedad y optimizar el funcionamiento general.

## **CASO CLÍNICO**

### **EL CONSULTANTE**

En este caso hipotético, se describe a un paciente con síntomas obsesivo-compulsivos caracterizados por pensamientos intrusivos relacionados con el temor a cometer errores y rituales de verificación que interfieren significativamente en su vida diaria. Estas conductas son frecuentes en el TOC y reflejan un patrón de evitación de la ansiedad mediante rituales, lo que perpetúa el ciclo del trastorno.

Desde un marco teórico, se plantea que un paciente con estas características podría presentar dificultades en su desempeño académico, vida social y dinámica familiar. Por ejemplo, en el ámbito académico del paciente, los rituales de verificación excesiva podrían consumir tiempo y energía, impidiendo el cumplimiento de plazos y generando un círculo de ansiedad y sobreesfuerzo. En lo social, se hipotetiza que la evitación de situaciones que impliquen juicio externo o posibilidad de error podría limitar su interacción con pares, promoviendo aislamiento.

En cuanto al contexto familiar, este diseño considera cómo las conductas obsesivo-compulsivas podrían influir en la dinámica del hogar, generando tensiones debido a la imposición de estándares estrictos de limpieza y orden. Este aspecto ilustra cómo el TOC puede interactuar con factores contextuales, afectando tanto al paciente como a su entorno.

El análisis de este caso permite explorar cómo las características del TOC se manifiestan en diferentes áreas de la vida y cómo estas interacciones multifactoriales podrían abordarse desde una perspectiva terapéutica. El objetivo es utilizar este modelo hipotético para reflexionar sobre la aplicación de técnicas psicoterapéuticas basadas en evidencia, como la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) y la reestructuración cognitiva.

## **CONCEPTO ORIENTADOR CON APOYO DE LA INVESTIGACIÓN Y LA EXPERIENCIA CLÍNICA**

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.

Autores como Foa y Kozak (1986) 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) 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.

La investigación ha demostrado que la TCC, específicamente a través de la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) y la reestructuración cognitiva, es una de las estrategias más eficaces para tratar el TOC. Estudios controlados aleatorizados han encontrado que estas técnicas son efectivas para reducir la frecuencia e intensidad de las obsesiones y compulsiones, así como para mejorar el funcionamiento global de los pacientes (Abramowitz et al., 2021).

## **EVALUACIÓN**

La evaluación en un caso como este podría estructurarse con un enfoque multifuente y multimétodo, utilizando herramientas que permitan analizar tanto la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos como su impacto funcional en diferentes áreas de la vida cotidiana. Instrumentos como la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) y el WHODAS 2.0 se emplearían para medir los síntomas obsesivos y compulsivos, así como las limitaciones funcionales asociadas.

Además, se podría realizar una observación conductual hipotética para identificar patrones de rituales y reacciones emocionales. Este enfoque permitiría diseñar intervenciones más ajustadas a las características del caso ficticio, proporcionando un modelo para futuras intervenciones clínicas.

Se emplearían los siguientes recursos:

1. **Entrevista Semiestructurada:** Se llevaría a cabo una entrevista semiestructurada con el paciente joven y su madre, quien proporcionaría información complementaria sobre la evolución de los síntomas y el impacto de estos en el funcionamiento diario y en las relaciones familiares. La entrevista semiestructurada permitiría explorar las principales obsesiones y compulsiones del paciente, su contexto familiar y académico, y su historia de vida. Este método sería fundamental para obtener una comprensión profunda de los antecedentes y factores desencadenantes de sus síntomas, así como de sus motivaciones y expectativas para el tratamiento.
2. **Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS):** La Y-BOCS es uno de los instrumentos más validados y específicos para evaluar la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos. Permite medir la frecuencia, intensidad y control de las obsesiones y compulsiones, lo que

sería esencial en este caso para obtener una línea base precisa de los síntomas. Este test no solo ofrece una puntuación global que ayuda a monitorear el progreso, sino que también permite identificar patrones específicos de síntomas que pueden ser abordados en el tratamiento.

3. WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0): El WHODAS 2.0, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, es una herramienta recomendada por el DSM-5 para evaluar el grado de discapacidad en varias áreas de la vida. A diferencia del GAF, el WHODAS 2.0 ofrece una visión más detallada y cuantitativa del impacto funcional de los síntomas, permitiendo medir el grado de discapacidad en dominios como las relaciones interpersonales, la vida diaria y la participación social. En el caso presente, el WHODAS 2.0 ayudaría a evaluar cómo las obsesiones y compulsiones afectan el desempeño académico y social del paciente, proporcionando un panorama claro de las áreas que requieren intervención.
4. Observación Conductual: Durante las sesiones iniciales, se utilizaría la observación conductual para evaluar la respuesta del paciente a los estímulos y su estilo de afrontamiento frente a situaciones que le generan ansiedad. Esta técnica permitiría observar directamente algunos de sus rituales y reacciones emocionales, proporcionando información adicional que los autoinformes y entrevistas no siempre capturan.

## **PROBLEMAS**

Obsesiones: Pensamientos intrusivos recurrentes relacionados con el temor a cometer errores, los cuales generan un alto nivel de ansiedad y un miedo constante de no cumplir con las expectativas de su entorno.

Compulsiones: Conductas repetitivas de verificación diseñadas para aliviar la ansiedad causada por las obsesiones. Estas compulsiones interfieren significativamente en el rendimiento académico, dificultan la entrega de tareas en plazos establecidos y limitan la participación en actividades sociales.

Impacto emocional y funcional: Ansiedad persistente que afecta tanto el bienestar emocional como el funcionamiento global, incluyendo un deterioro en las relaciones interpersonales y una disminución en la calidad de vida debido a la interferencia de los síntomas obsesivo-compulsivos en actividades cotidianas.

## **OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO**

Reducir la frecuencia e intensidad de las obsesiones y compulsiones: Diseñar y analizar estrategias teóricas basadas en Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) que permitan disminuir la interferencia de los síntomas obsesivo-compulsivos en un caso ficticio.

Mejorar el funcionamiento académico y social: Ilustrar cómo las intervenciones psicoterapéuticas podrían facilitar la recuperación de la autonomía y el rendimiento en contextos académicos y sociales, promoviendo una mayor integración del paciente en actividades cotidianas.

Fortalecer la capacidad para manejar pensamientos y emociones disfuncionales: Explorar cómo técnicas de reestructuración cognitiva y manejo de ansiedad podrían empoderar a un paciente hipotético para desafiar pensamientos irracionales y enfrentar situaciones desafiantes sin recurrir a conductas desadaptativas.

## **FORTALEZAS**

Desde una perspectiva teórica, el diseño del caso se orienta a mostrar cómo ciertas características hipotéticas de un paciente con TOC podrían favorecer el progreso terapéutico. Entre las fortalezas que se podrían considerar relevantes en un caso similar se encuentran la disposición del paciente para participar activamente en el tratamiento y su capacidad para identificar patrones disfuncionales en su pensamiento y

comportamiento. Además, en un contexto familiar favorable, el apoyo de los cuidadores puede ser un recurso valioso para reforzar las estrategias aprendidas en terapia.

## **MÉTODO**

### **FORMULACIÓN DEL CASO**

La formulación del caso se basa en un modelo cognitivo-conductual que postula que los síntomas obsesivo-compulsivos se mantienen a través de un ciclo de pensamientos irracionales, ansiedad y conductas desadaptativas. En este caso, los pensamientos intrusivos del paciente lo impulsarían a realizar rituales para disminuir la ansiedad, reforzando el ciclo de síntomas.

### **PLAN DE TRATAMIENTO**

El tratamiento planteado se estructuraría en un programa de 12 sesiones basado en los principios de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Este plan se organizaría en fases claramente definidas, cada una dirigida a abordar diferentes aspectos de los síntomas obsesivo-compulsivos. Las técnicas principales incluirían la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) y la reestructuración cognitiva, que se implementarían de manera gradual y adaptada al caso.

El objetivo general del tratamiento sería ejemplificar cómo estas estrategias, ampliamente respaldadas por la literatura, podrían utilizarse para interrumpir el ciclo obsesivo-compulsivo y mejorar el funcionamiento general del paciente. A continuación, se describen las fases del tratamiento, destacando los objetivos específicos y las intervenciones correspondientes.

### **CURSO DEL TRATAMIENTO**

#### ***FASE 1: Evaluación y establecimiento de objetivos terapéuticos (Sesiones 1-2)***

En esta fase inicial, el objetivo sería comprender la naturaleza y el impacto de los síntomas obsesivo-compulsivos. Se implementaría un enfoque psicoeducativo, explicando el modelo cognitivo-conductual del TOC y cómo los pensamientos, emociones y conductas interactúan en el ciclo del trastorno.

Además, se utilizarían herramientas como la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para evaluar la gravedad de los síntomas y establecer objetivos específicos, como la reducción de los rituales de verificación y la mejora del funcionamiento general. Estas sesiones también estarían dirigidas a construir una alianza terapéutica sólida que facilite la adherencia al tratamiento.

### ***FASE 2: Identificación de patrones disfuncionales y reestructuración cognitiva inicial (Sesiones 3-5)***

El foco de esta fase sería identificar los pensamientos automáticos que contribuyen al malestar y mantener los síntomas. Mediante registros de pensamiento y análisis funcional, se explorarían creencias irracionales como *"Si no reviso todo varias veces, cometeré un error irreparable"*.

El terapeuta trabajaría con el paciente para cuestionar estas creencias a través de preguntas socráticas, como *"¿Qué evidencia tienes de que un error necesariamente conlleva consecuencias graves?"*. Se introducirían interpretaciones más adaptativas, como *"Es normal cometer errores, y estos no definen mi valor como persona"*. Este proceso busca fomentar una perspectiva más realista y funcional de los desafíos que enfrentaría el paciente.

### ***FASE 3: Introducción a la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) (Sesiones 6-8)***

La EPR, técnica fundamental en el tratamiento del TOC, se implementaría de manera gradual y personalizada. Se diseñaría una jerarquía de estímulos que generan ansiedad, comenzando por situaciones moderadamente ansiógenas.

Por ejemplo, una tarea inicial podría consistir en entregar un trabajo académico revisado solo una vez. Durante las sesiones, se practicarían exposiciones simuladas para permitir al paciente tolerar la

ansiedad sin recurrir a rituales. Este proceso de habituación fortalecería su capacidad para enfrentar situaciones difíciles sin comportamientos desadaptativos.

#### ***FASE 4: Consolidación de habilidades y manejo de recaídas (Sesiones 9-11)***

En esta etapa, se buscaría generalizar los avances terapéuticos a situaciones del día a día. El paciente sería guiado para identificar señales tempranas de recaída y desarrollar un plan de acción que incluya estrategias efectivas para afrontarlas.

Por ejemplo, si anticipa un evento estresante, podría aplicar técnicas de reestructuración cognitiva y planificar exposiciones específicas para manejar la ansiedad asociada. También se reforzarían habilidades aprendidas previamente, como el manejo de pensamientos intrusivos y la regulación emocional, con el objetivo de fortalecer su confianza en el manejo autónomo de los síntomas.

#### ***FASE 5: Cierre del tratamiento y plan de seguimiento (Sesión 12)***

La última sesión estaría dedicada a revisar los logros alcanzados, reflexionar sobre el progreso y reforzar las estrategias aprendidas. Se desarrollaría un plan de seguimiento para prevenir recaídas, que incluiría tareas de mantenimiento y la posibilidad de sesiones de refuerzo si fuera necesario. El cierre del tratamiento se enfocaría en consolidar la autonomía del paciente para aplicar las herramientas aprendidas en el futuro.

### **INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS A UTILIZAR**

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.

La EPR se implementaría progresivamente, comenzando con estímulos que generen niveles moderados de ansiedad. Una jerarquía de exposiciones personalizada permitiría al paciente enfrentar situaciones específicas que desencadenarían sus rituales.

Por ejemplo, tareas como revisar un trabajo académico sólo una vez antes de entregarlo se plantearían inicialmente, avanzando hacia desafíos más complejos, como entregar un trabajo sin revisarlo en absoluto. La práctica de estas exposiciones dentro y fuera del entorno terapéutico fomentaría la habituación al malestar, interrumpiendo el ciclo obsesivo-compulsivo.

Propósito: Ayudar al paciente a tolerar la ansiedad sin recurrir a compulsiones, debilitando el vínculo entre obsesiones y rituales.

La reestructuración cognitiva complementaría la EPR al abordar las creencias disfuncionales que refuerzan los síntomas. Por ejemplo, el paciente podría identificar pensamientos automáticos como *"Si no reviso todo, seguro cometeré un error irreparable"*. A través de preguntas socráticas y análisis funcional, se cuestionarían estas creencias, proponiendo alternativas más realistas, como *"Es normal cometer errores, y no define mi valor ni mi éxito"*.

Además, se incluirían ejercicios como el registro de pensamientos, lo que permitiría al paciente reflexionar sobre sus interpretaciones y reformularlas de manera más adaptativa.

Propósito: Reducir la intensidad de las obsesiones y fomentar una perspectiva más racional frente a los desafíos.

Para complementar las estrategias anteriores, se incorporarían herramientas prácticas para regular la ansiedad. Entre ellas, la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva serían clave para ayudarlo a enfrentar momentos de malestar sin recurrir a rituales.

Por ejemplo, antes de realizar una exposición o enfrentar una tarea académica estresante, el paciente podría practicar la respiración diafragmática para reducir su nivel basal de ansiedad.

Propósito: Proveer recursos efectivos para manejar la ansiedad de manera funcional, fortaleciendo la autogestión emocional.

El entrenamiento en resolución de problemas ayudaría a enfrentar desafíos cotidianos mediante un enfoque práctico y estructurado. Esto incluiría descomponer problemas complejos en pasos más manejables, evaluar opciones y tomar decisiones informadas.

Por ejemplo, si expresara dificultades para manejar su perfeccionismo en el ámbito académico, se trabajarían estrategias como establecer prioridades y planificar tareas de forma eficiente.

Propósito: Incrementar la autonomía del paciente y su capacidad para abordar situaciones desafiantes de manera efectiva.

Dada la interacción entre los síntomas obsesivo-compulsivos y las dinámicas familiares, se incluirían sesiones con la familia. Estas sesiones estarían dirigidas a mejorar la comunicación, reducir tensiones y evitar reforzar los rituales de manera involuntaria.

Por ejemplo, se enseñarían respuestas constructivas frente a los síntomas del paciente, promoviendo un equilibrio entre apoyo emocional y establecimiento de límites claros.

Propósito: Fomentar un entorno familiar que respalde el progreso terapéutico y mejore la calidad de vida de todos los miembros del hogar.

## **SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO**

El seguimiento terapéutico es una fase esencial en cualquier intervención psicológica, ya que permite evaluar la sostenibilidad de los logros obtenidos, identificar posibles áreas de vulnerabilidad y prevenir recaídas. En el presente caso, este proceso se diseñaría para consolidar las estrategias aprendidas, monitorear su aplicación en la vida cotidiana del paciente y promover su autonomía a largo plazo.

En las semanas posteriores al cierre formal del tratamiento, se programarían sesiones quincenales orientadas a reforzar las habilidades adquiridas durante las 12 sesiones principales. Estas reuniones se centrarían en:

- Evaluar cómo el paciente aplica las técnicas de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) y reestructuración cognitiva en situaciones diarias.
- Revisitar su jerarquía de exposiciones para identificar nuevas tareas que permitan seguir avanzando. Por ejemplo, enfrentar el desafío de no revisar en absoluto ciertos trabajos académicos de menor relevancia.
- Realizar ejercicios prácticos que refuercen su confianza en las estrategias terapéuticas.

Un componente clave sería el desarrollo de un plan de acción ante recaídas. El paciente podría aprender a identificar señales tempranas, como un aumento en los pensamientos intrusivos o las compulsiones. Este plan incluiría:

- Registrar en un diario los momentos en que experimenta la necesidad de realizar rituales, anotando la intensidad de la ansiedad y su respuesta.
- Aplicar estrategias previamente trabajadas, como la reestructuración cognitiva y técnicas de manejo de ansiedad.
- Practicar simulaciones en las sesiones para ensayar cómo respondería en caso de recaída.

A medida que el paciente avance en su recuperación, se revisaría periódicamente el progreso alcanzado para ajustar los objetivos iniciales. Por ejemplo:

- Si el tratamiento inicial se enfocó en reducir los rituales, las metas del seguimiento podrían incluir el fortalecimiento de habilidades sociales y la independencia personal.
- Se utilizarían herramientas como la Y-BOCS para medir la gravedad de los síntomas y el WHODAS 2.0 para evaluar mejoras en el funcionamiento general.
- La retroalimentación cualitativa permitiría explorar la percepción del paciente sobre sus avances y las áreas que considera prioritarias.

Dado el impacto del TOC en las relaciones familiares y sociales, el seguimiento incluiría recomendaciones específicas para estos contextos:

- **Interacciones sociales:** Se podrían planificar ejercicios de exposición relacionados con situaciones sociales, como participar en eventos grupales o tomar decisiones sin temor excesivo a cometer errores.
- **Dinámica familiar:** Se programarían sesiones ocasionales con la familia para evaluar la evolución de las tensiones previas, ajustar las estrategias de apoyo y fomentar una convivencia saludable.

Tras los primeros meses de seguimiento, las sesiones podrían espaciarse a una frecuencia mensual o trimestral, según la estabilidad y autonomía alcanzadas. Estas sesiones se enfocarían en:

- Revisar los logros obtenidos y plantear nuevos desafíos.
- Ensayar escenarios hipotéticos de recaída para fortalecer las habilidades de afrontamiento.
- Celebrar los avances alcanzados y reforzar la motivación para mantener el progreso.

El seguimiento terapéutico en este caso ejemplifica cómo un modelo estructurado y adaptativo puede consolidar los avances logrados en el tratamiento inicial y garantizar su sostenibilidad. Esta etapa no solo refuerza la efectividad de las estrategias aplicadas, sino que también ofrece un marco flexible para abordar desafíos futuros, promover la resiliencia y mejorar la calidad de vida del paciente.

## **RESULTADOS**

El tratamiento propuesto se centró en la aplicación de estrategias basadas en evidencia para abordar los síntomas obsesivo-compulsivos. A continuación, se describen los posibles resultados que se podrían esperar en un caso similar, en función de las técnicas y modelos aplicados:

La Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) podría haber facilitado una disminución significativa en la frecuencia e intensidad de los rituales compulsivos. Este proceso hipotéticamente permitiría al paciente tolerar la ansiedad generada por los estímulos desencadenantes sin recurrir a las compulsiones, lo que a su vez ayudaría a interrumpir el ciclo obsesivo-compulsivo.

La implementación de técnicas de manejo de ansiedad, como la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva, habría fortalecido la capacidad del paciente para regular su malestar emocional de manera funcional. Esto habría reducido la necesidad de recurrir a conductas desadaptativas para aliviar la ansiedad.

Se hipotetiza que el tratamiento podría haber impactado positivamente en áreas clave del funcionamiento del paciente, como su productividad y capacidad para completar tareas dentro de plazos establecidos, disminuyendo así el impacto del perfeccionismo y el miedo al fracaso.

El uso continuo de estrategias como la reestructuración cognitiva y la EPR habría permitido al paciente adquirir herramientas para enfrentar situaciones desafiantes sin depender del terapeuta. Esto incluiría la capacidad de identificar y desafiar pensamientos disfuncionales, así como de manejar la incertidumbre asociada a posibles errores.

En una fase de seguimiento hipotética, se esperaría que el paciente mostrara sostenibilidad en los logros alcanzados, apoyado por un plan de acción ante recaídas. Esto implicaría identificar señales tempranas de recaída y aplicar las técnicas aprendidas para evitar un deterioro significativo.

## **DISCUSIÓN**

El análisis de este caso permite reflexionar sobre la aplicación de intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) desde una perspectiva teórica. A través del diseño de un plan de tratamiento estructurado, se exploraron posibles estrategias terapéuticas y sus implicaciones hipotéticas en el funcionamiento general del paciente.

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.

Por otro lado, el tratamiento propuesto no solo se enfocó en los síntomas obsesivo compulsivos, sino también en áreas clave de la vida del paciente, como su desempeño académico, relaciones sociales y dinámica familiar. Estas mejoras, si se dieran en un contexto real, podrían reflejar un enfoque integral que aborda tanto los síntomas centrales del TOC como los factores contextuales que los mantienen.

También, el tratamiento hipotético se diseñó con un enfoque gradual y flexible, permitiendo que las intervenciones se ajustaran a sus características individuales. Además, el énfasis en la participación activa de la familia representó un intento por abordar los factores contextuales que podrían influir en la evolución de los síntomas.

Por último, este caso ofrece una herramienta pedagógica para reflexionar sobre la estructura y aplicación de un tratamiento basado en evidencia para el TOC. Si bien no se pueden extraer conclusiones empíricas, el análisis permite ilustrar cómo las técnicas de TCC podrían adaptarse a las características individuales y contextuales de un paciente hipotético.

## REFERENCIAS

- Abramowitz, J. S., McKay, D., & Storch, E. A. (2021). *Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Psychotherapy—Evidence-Based Practice* (2nd ed.). Hogrefe Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª Ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*(1), 20-35. doi:10.1037/0033-2909.99.1.20
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, *46*(11), 1006-1011. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810110048007
- Simpson, H. B., & Stewart, R. E. (2021). Best practices in treating obsessive-compulsive disorder: What the evidence shows. *Clinical Psychology Review*, *87*, 102037. doi:10.1016/j.cpr.2021.102037
- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (2010). *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization.

**ANEXO 1**

**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**

	ITEM	RANGO SEVERIDAD				
		0	1	2	3	4
	¿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	<sup>3</sup> 8 h/d
	¿Cuánto interfieren sus pensamientos?	Nada	Leve	Medio (Manejable)	Grave	Incapacitante

	s obsesivos con la actividad social, laboral o funcionamiento?					
	¿Cuánto <b>malestar</b> le causan sus obsesiones?	Nada	o Poco	Moderado (Manejable)	Severo (Perturbador)	Extremo (Incapacitante)
	¿Es capaz de <b>resistir</b> o desviar las obsesiones?	Siempre	Mucho	Moderado	A veces	Nunca
	¿Cuál es el grado de <b>control</b> que tiene sobre sus obsesiones?	Completo	Mucho	Moderado	Poco	Ninguno

<b>Total</b>	
<b>Obsesiones</b>	

**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	3 8 h/d
	7	¿Cuánto interfieren sus conductas compulsivas	Nada	Leve	Medio (Manejable)	Graves	Incapacitan

	con la actividad social, laboral o					
--	------------------------------------	--	--	--	--	--

	funcionamiento?					
8	¿Cuál es el grado de malestar que le causaría si tuviera que evitar realizar las compulsiones?	Nada	Poco	Modera- do (Manejable)	Severo (Perturbador)	Extremo  (Incapacitante)
9	¿Es frecuente?	Siempre	Mucho	Modera- do	A veces	Nunca

	capaz de resistir o postergar la realización de compulsiones o rituales?					
<b>1</b>	¿Cuál es el grado de control que tiene sobre sus conductas	Compulso	Mucho	Modo	Poco	Ninguno
<b>0</b>	compulsivas o rituales?					

<b>Total Compulsiones</b>	
<b>TOTAL GENERAL</b>	

<b>Valores</b>	
0 – 7	Subclínico

15	8 –	Leve
23	16 –	Moderado
31	24 –	Severo
40	32 –	Muy Severo

**ANEXO 2**

**WHODAS 2.0**

En los últimos <u>30 días</u> , ¿cuánta <u>dificultad</u> ha tenido para:							
<b>Comprensión y Comunicación</b>							
			eve	L	rada	Mode	era Sev

1.1	D	<u>Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?</u>	Ninguna					Extraordinario o no puede hacerlo		
1.2	D	<u>Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?</u>	Ninguna	leve	L	rada	Mode	era	Sev	Extraordinario o no puede hacerlo
1.3	D	<u>Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?</u>	Ninguna	leve	L	rada	Mode	era	Sev	Extraordinario o no puede hacerlo
1.4	D	<u>Aprender una nueva</u>	Ninguna	leve	L	rada	Mode	era	Sev	Extraordinario o no



2.2	D	<u>Ponerse</u>  de pie cuando estaba <u>sentado(a)?</u>	una	Ning	eve	L	rada	Mode	era	Sev	Extr	ema o no puede hacerlo
2.3	D	<u>Moverse</u>  dentro de su <u>casa?</u>	una	Ning	eve	L	rada	Mode	era	Sev	Extr	ema o no puede hacerlo
2.4	D	<u>Salir de</u>  <u>su casa?</u>	una	Ning	eve	L	rada	Mode	era	Sev	Extr	ema o no puede hacerlo
2.5	D	<u>Andar</u>  <u>largas</u> <u>distancias,</u> <u>como un</u> <u>kilómetro [o</u> <u>algo</u> <u>equivalente]?</u>	una	Ning	eve	L	rada	Mode	era	Sev	Extr	ema o no puede

hacerlo

<p>En los últimos <u>30 días</u>, <u>¿cuánta</u> dificultad ha tenido para:</p>

<b>Cuidado Personal</b>											
3.1	D	<u>Lavarse</u> todo el cuerpo (Bañarse)?	una	Ning	eve	L	ada	Moder	era	Sev	Extr ema o no puede hacerlo
3.2	D	<u>Vestirse</u> ?	una	Ning	eve	L	ada	Moder	era	Sev	Extr ema o no puede hacerlo
3.3	D	<u>Comer?</u>	una	Ning	eve	L	ada	Moder	era	Sev	Extr ema o no puede hacerlo
3.4	D	<u>Estar</u> solo(a) durante unos días?	una	Ning	eve	L	ada	Moder	era	Sev	Extr ema o no puede hacerlo
<b>Relacionarse con otras personas</b>											
4.1	D	<u>Relacion</u> arse con personas que no conoce?	una	Ning	eve	L	ada	Moder	era	Sev	Extr ema o no puede hacerlo

4.2	D	<u>Mantene</u> r una amistad?	Ning	eve	L	ada	Moder	era	Sev	Extr	ema o no
-----	---	----------------------------------	------	-----	---	-----	-------	-----	-----	------	----------

											puede hacerlo
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------

4.3	D	<u>Llevarse</u> bien con personas  cercanas a usted?	Ning	eve	L	ada	Moder	era	Sev	Extr	ema o no puede hacerlo
-----	---	---	------	-----	---	-----	-------	-----	-----	------	------------------------------

4.4	D	<u>Hacer</u> nuevos amigos?	Ning	eve	L	ada	Moder	era	Sev	Extr	ema o no puede hacerlo
-----	---	--------------------------------	------	-----	---	-----	-------	-----	-----	------	------------------------------

4.5	D	<u>Tener</u> relaciones sexuales?	Ning	eve	L	ada	Moder	era	Sev	Extr	ema o no puede hacerlo
-----	---	---	------	-----	---	-----	-------	-----	-----	------	------------------------------

**Actividades de la vida diaria**

5.1	D	<u>Cumplir</u> con sus quehaceres de  la casa	Ning	eve	L	ada	Moder	era	Sev	Extr	ema o no puede hacerlo
-----	---	---	------	-----	---	-----	-------	-----	-----	------	------------------------------

5.2	D	Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	una	Ning	eve	L	ada	Moder	era	Sev	Extr ema o no puede hacerlo
5.3	D	Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	una	Ning	eve	L	ada	Moder	era	Sev	Extr ema o no puede hacerlo
5.4	D	Acabar sus quehaceres de la casa <u>tan</u> rápido como era necesario?	una	Ning	eve	L	ada	Moder	era	Sev	Extr ema o no puede

hacerlo

Debido a su condición de salud en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para

5.5	D	Llevar a cabo su <u>trabajo diario o las actividades escolares?</u>	guna	Nin	eve	L	rada	Mode	vera	Se	Extraordinario ema o no puede hacerlo
5.6	D	Realizar <u>bien</u> las tareas más	guna	Nin	eve	L	rada	Mode	vera	Se	Extraordinario ema o no puede hacerlo
		importante s de su trabajo o de la escuela?									
5.7	D	Realizar <u>todo el trabajo que necesitaba hacer?</u>	guna	Nin	eve	L	rada	Mode	vera	Se	Extraordinario ema o no puede hacerlo

5.8	D	¿Aceleró su trabajo <u>tan rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Ninguna	Poco	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente
-----	---	---	---------	---------	------	-----------	---------------	-------------	----------------

hacerlo

Participación en Sociedad									
En los <u>últimos 30 días</u> :									
.1	D6	¿Cuánta dificultad ha tenido la para participar, al mismo nivel que el resto de _____	Ninguna	Poco	Levemente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente	¿puede hacerlo?
		_____							
		_____							

		las personas, en actividades de la comunidad  (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras								
.2	D6	Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	na	Ningu	ve	Le	da	Moderara	Seve	Extre
.3	D6	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las	na	Ningu	ve	Le	da	Moderara	Seve	Extre

		actitudes y acciones de otras personas?							
.4	D6	Cuánto tiempo ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma?	Ninguna	ve	Le	da	Moderada	Severa	Extrema
.5	D6	Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud"?	Ninguna	ve	Le	da	Moderada	Severa	Extrema
.6	D6	Qué impacto económico ha tenido usted en su familia su "condición de salud"?	Ninguna	ve	Le	da	Moderada	Severa	Extrema

		Cuánta	Ninguna	leve	Leve	moderada	Moderada	Severa	Severa	Extrema
.7	D6	Cuánta dificultad ha tenido usted o su <u>familia</u> debido a su condición de salud?								Extrema o no puede hacerlo
.8	D6	Cuánta dificultad ha tenido para realizar cosas que le ayuden a <u>relajarse o disfrutar</u> ?								Extrema o no puede hacerlo

H1	En los últimos 30 días, durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	<b><i>Anote el número de días</i></b>
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo realizar nada de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	<b><i>Anote el número de días</i></b>

H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que <u>no pudo realizar</u> nada de sus actividades habituales <u>cuántos días</u> tuvo que <u>recortar o</u> reducir sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	<b><i>Anote el número de días</i></b>
----	---	---------------------------------------