



**Universitat de les  
Illes Balears**

Facultat de Psicologia

**Treball de Fi de Grau**

# Revisió general del Trastorn Obsessiu Compulsiu. Estudi empíric de cas únic.

Maria Antònia Rosselló Bauzà

**Grau de Psicologia**

Any acadèmic 2021-2022

Treball tutelat per **Antoni Gomila**

Departament de **Psicologia**

Paraules clau del treball: Trastorn Obsessiu Compulsiu, Teràpia Cognitiva Comportamental, Exposició amb Prevenció de Resposta, factors, subjecte.

**Resum:** el present treball pretén realitzar una revisió general del Trastorn Obsessiu Compulsiu aplicat a un cas de les practiques curriculars de grau. Un recorregut des de les característiques, epidemiologia, etiologia, avaluació i pronòstic així com el repàs de tractaments i teràpies amb més pes científic. Tots aquest coneixements seran aplicats a un subjecte en particular, oferint un informe detallat de l'afectació del trastorn en la seva vida diària, entorn social i laboral, antecedents, origen i evolució, paràmetres, determinants i intents de solució.

**Abstract:** the following assignment offers a general review of Obsessive Compulsive Disorder applied to a specific case of my degree's internship. A tour of the characteristics, epidemiology, ethology, evaluation, and prognosis as well as the review of treatments and therapies with more scientific weight. All this knowledge will be applied to a particular subject, providing a detailed report of the impact of this disorder in their daily lives, social and work environment, background, origin and evolution, parameters, determinants and attempts of solution.

# Índex

## Revisió general del TOC

1.Introducció.....	5
2.Epidemiologia.....	6
3.Etiologia.....	6
4.Evaluació.....	9
5.Tractament.....	10
5.1.Tractament psicològic.....	10
5.2.Tractament farmacològic.....	11
5.3.Tractaments complementaris.....	12
6.Pronòstic.....	12

## Estudi Empíric de Cas Únic

7.L'Associació TOC Granada.....	14
7.1.Objetius.....	14
7.2.Metodologia.....	15
7.3.Instruments d'avaluació.....	15
7.4.Procediment.....	16
8.Exposició del cas.....	17
8.1.Detecció del Trastorn i afectació en la seva vida diària.....	18
8.2.Antecedents familiars.....	19
8.3.Paràmetres i determinants de la conducta problema.....	20
8.4.Origen i evolució del problema.....	21
8.5.Intentos de solució, expectatives i objectius del procés terapèutic.....	22
9.Conclusions.....	23
10.Referències bibliogràfiques.....	25

# Revisió general del Trastorn Obsessiu Compulsiu

## 1.Introducció

El trastorn obsessiu compulsiu (també conegut com a TOC) podria definir-se com una condició incapacitant acompanyada de pensaments intrusius que provoquen una sensació de malestar i ansietat intensa. La forma més habitual i, també disfuncional, de respondre a aquests pensaments obsessius és a través de compulsions ja sigui dins l'entorn privat o bé en companyia d'altres. Aquests rituals que conformen les compulsions són una solució a curt termini que només pretén reduir l'ansietat durant un període de temps determinat. Per tant, podríem dir que es un trastorn altament debilitant i associat a un deteriorament significatiu de la qualitat de vida de l'afectat i de l'escala social més àmplia en termes de pèrdua de productivitat i funcionament (Hollander et al., 2010).

Que en el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), publicat l'any 2013 per l'Associació Americana de Psiquiatres (APA), hagin dedicat un capítol única i exclusivament al TOC i als trastorns associats, posa de manifest la seva gravetat i l'evidència de validadors diagnòstics que permeten relacionar i diferenciar totes les patologies obsessives. Aquests són: el Trastorn Dismòrfic Corporal (TDC), el Trastorn d'Acumulació, Tricotil·lomania, Trastorn d'Excoriació, Trastorn Obsessiu-Compulsiu i Trastorns induïts per Substàncies /Medicaments, Trastorn Obsessiu-Compulsiu i Trastorns relacionats induïts per un altre afecció mèdica, Trastorns Obsessiu-Compulsiu i trastorns relacionats especificats i, finalment, el TOC i Trastorns relacionats no especificats.

Entrant dins la matèria més específica d'aquesta patologia, definiríem les obsessions com a pensaments, impulsos o imatges recurrents no desitjades que es presenten de manera involuntària i acompanyades malestar clínicament significatiu i deteriorament social, laboral i d'altres àrees importants del funcionament. Les

obsessions més comuns solen relacionar-se en la por a contaminar-se o contreure malalties, por a ser agredits o produir dany, por a sobreestimar el desig sexual, supersticions, la religió i la necessitat d'una auto-perfeccionisme patològic. De manera quasi automàtica i instantània, neix dins la persona una necessitat extrema disminuir l'ansietat o angoixa així com prevenir aquesta situació temuda que provoca l'obsessió. Aquest comportament es el que denominaríem compulsió, la qual té un caràcter repetitiu, il·lògic i allunyat de la realitat. Les compulsions més habituals són les de rentar, fer net, verificar, repetir, ordenar, arreglar o substituir l'obsessió per un pensament que no tingui relació. A més, si ens endinsem dins els criteris diagnòstics del propi trastorn cal tenir en ment que aquestes obsessions i compulsions han d'ocupar gran part del dia a dia del nostre pacient (més d'una hora diària). El símptomes presentats no poden explicar-se mitjançant efectes fisiològics d'alguna substància o afecció mèdica, ni tampoc per la d'un altre trastorn com per exemple el d'ansietat generalitzada (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013).

Com a dada interessant, en el segle XIX el psiquiatre Jean-Pierre Falret va introduir, per primer cop en la història, el terme obsessió per definir una patologia. Més endavant, Freud va ubicar el trastorn batiant-lo amb el nom Neurosis Obsessiva. Terme que es va mantenir fins l'any 1970 que es va substituir per Trastorn Obsessiu-Compulsiu (Huertas, 2014).

## **2.Epidemiologia**

Dels primers estudis realitzats sobre dades epidemiològiques recollides en el *National Epidemiology Catchment Area* (ECA), l'any 1984, on es va entrevistar a 18.000 persones de cinc estats nord-americans diferents, va demostrar que el TOC ocupa el pòdium d'entre els quatre trastorns psiquiàtrics més comuns (Planas, 1995). La prevalença internacional del Trastorn Obsessiu Compulsiu segons el DSM-5 és de l'1-1,8%.

Pel que fa a la incidència del sexe/gènere les dones presenten fins a dues vegades més probabilitat de patir-ho durant l'edat adulta i els homes durant la infància. De fet, és durant els primers anys de vida i l'adolescència on el 50% de les persones comencen a presentar símptomes (Brock i Hany, 2020). La mitjana d'edat és de 19,5 i el temps de

tractament d'uns onze anys (Belloch et al., 2011). Aquest període tan extens de recuperació es degut a l'alt component de timidesa que acompanya el trastorn, sobretot quan esta relacionat en creences sexuals inapropiades o que van en contra dels valors de la persona. El fet de començar a exterioritzar i posar nom a totes aquestes conductes és una passa que pot tardar molt de temps a donar-se.

En el cas de nins i adolescents, els símptomes solen romandre més temps després de ser diagnosticats, sobretot si es tracta de casos greus (Belloch et al., 2011). Pel que fa a la prevalença gira entorn del 0,25-4%, repetint-se el mateix patró que en adults: inici més precoç en el sexe masculí i posterior en el femení (Utrera-Pavón, 2019)

Finalment, la manera en que el TOC sol romandre a la vida dels que ho pateixen varia bastant tot i que, un gran nombre de pacients informen que presenta un inici insidiós i gradual, moltes vegades originant-se després d'un succés vital de gran importància (Utrera-Pavón, 2019). Segons Foa i Wilson (1992), alguns d'aquestes experiències es relacionen amb la pèrdua d'un ésser estimat, circumstàncies que reclamen una major responsabilitat personal, traumes de la infància o bé canvis important com l'embaràs i el part.

### **3.Etiologia**

La causa del Trastorn Obsessiu Compulsiu és desconeguda però, el més probable, és que sigui multifactorial. Per una banda hi ha una predisposició genètica important que gira entorn del 45-65% en nins i 27-45% en adults. De manera que hi ha una associació significativa entre tenir antecedents familiars amb TOC i la probabilitat de que futurs descendents també la puguin patir (Hettema, Neale & Kendler, 2001). No obstant, no s'ha d'obviar la influència d'actors socioculturals, entre els quals: el possible paper de l'entorn familiar com a variable ambiental moduladora de la conducta o els estils educatius que han seguit els pares durant la infància (Santos, Alba, Fernández, Rubial & Sudupe, 2013). De fet, en relació amb aquest últim factor, s'ha demostrat que tant l'estil educatiu bastant amb el rebuig i la manca d'afecte com la sobreprotecció tenen una estreta relació amb l'obtenció de puntuacions elevades en tests que avaluen el nivell d'obsessió dels pensaments en infants (Santos, Alba, Fernández, Rubial & Sudupe, 2013). A més a més, el TOC presenta vincles importants amb altres trastorns

neurològics: Parkinson, la corea de Sydenham, la lesió cerebral traumàtica (TBI), el síndrome de Tourette, la malaltia de Huntington i l'epilèpsia menor entre d'altres (Brock i Hany, 2020).

Centrant-nos amb els factors ambientals significatius associats a un major risc a patir TOC o altres trastorns associats són: les infeccions, el maltracta físic, la emocionalitat negativa, els insults perinatals, el desenvolupament motor deficient i problemes de conducta o de personalitat (Bellia et al., 2021). Segons Bellia (2021), un exemple en particular seria una infecció als estreptococs del grup A s'associa amb l'aparició del TOC en alguns nins.

No podem deixar de banda, juntament amb els factors ambientals, el mecanisme addicional constituït per la modulació epigenètica. És a dir, totes aquelles senyals ambientals que s'integren mitjançant processos epigenètics per activar o reprimir l'expressió genètica, regulant l'accessibilitat de l'ADN per factors de transcripció (Bellia et al., 2021). Segons aquests mateixos autors, els principals mecanismes epigenètics són: la modificació de les histones i la metilació de l'ADN i els micro ARN.

D'entre tots els estudis que intenten explicar la base genètica del TOC destaquen els que s'han realitzat amb germans bessons. Aquests, han demostrat un nivell d'heretabilitat d'entre el 45 i 65% (Robbins, Vaghi & Banca, 2019). Recentment, estudis amb cans han confirmat que el pensament obsessiu i el comportament compulsiu es troba ubicat en el gen de cadherina, conegut com CDH2 (McGregor, Lochner, Stein & Hemmings, 2019). Està clar que el Trastorn Obsessiu Caní (CCD), observat sobretot en Dòbermans, es molt més simple que el model natural del TOC humà, però, no ha suposat ningun impediment a la hora d'arribar a clares conclusions sobre la identificació de gens candidats, variants funcionals i vies genètiques importants per el desenvolupament del TOC. Segons un estudi realitzat per McGregor i cols. (2019) amb 234 pacients amb TOC i 180 controls sans i no relacionats es va poder evidenciar que el gen de cdherina està implicat amb la morfogènesi primerenca del cervell, la potenciació a llarg termini, la plasticitat sinàptica i la sinaptogènesis. De manera que la CDH2 té un paper important en la regulació del tràfic de receptors de glutamat en la psicopatologia del TOC (McGregor, Lochner, Stein & Hemmings, 2019). A més, en aquesta mateix gen s'hi troben aspectes associats d'altres trastorns com el Trastorn de l'Espectre Autista,

l'Anorèxia, el síndrome de Tourette i el Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat (Robbins, Vaghi & Banca, 2019).

Per una altre banda, les investigacions genètiques indiquen que els gens que regulen els sistemes serotoninèrgic, dopaminèrgic i glutamatèrgic i la interacció entre ells són rellevants en el funcionament de circuits específics en el TOC. En particular, hi ha certes variants genètiques que associen aquest trastorn a alteracions funcionals i estructurals del circuit cortico-estriat-tàlem-cortical (CSTC) (Bellia et al., 2021). La serotonina (5-HT) i el seu transportador (5-HTT) juguen un paper clau en el desenvolupament del TOC ja que el transportador de serotonina està codificat per un gen que conté la regió polimòrfica repetida i degenerada, lo que suposa una desproporció dels nivells d'ARNm, fet que també es reflecteix en el Trastorn Depressiu Major o l'alcoholisme (Bellia et al., 2021).

El sistema glutamatèrgic també hi ha està implicat ja que alteracions en la funció sinàptica mesurada per el glutamat està relacionat amb l'estat d'ànim, per això, Bellia i cols. (2021), han proposat tractaments per el TOC dirigits al sistema glutamatèrgic en combinació d'ISRS, que explicarem més endavant. En quant a l'evidència bibliogràfica del sistema de la dopamina és més limitada que els dos anteriors, però si que s'afirma una associació negativa entre els nivells de metilació de l'ADN i les puntuacions en l'Escala de Consum Obsessiu-Compulsiu (OCDS), lo que posa de manifest que el sistema dopaminèrgic podria ser un biomarcador de la gravetat del trastorn (Bellia et al., 2021).

Cal destacar que, degut a l'alta heterogeneïtat etiològica del TOC, es difícil establir vincles consistents en relació a la genètica. Per això, es sol tenir una major consideració dels factors ambientals com a possibles desencadenants de la malaltia. Per exemple, la dieta, l'exercici físic, les drogues i l'estatus socioeconòmic poden estar relacionats amb la regulació de vies endògenes que desenvolupen un paper important en el desenvolupament de trastorns complexos com el TOC (Bellia et al., 2021).



Finalment, pel que fa als factors neuropsicològics, els subjectes amb pensaments obsessius patològics es caracteritzen per la presència d'alteracions en les habilitats visuoespacials i en la memòria no verbal que es justifica per la disfunció del circuit fronto-estriat (Salcedo, Vásquez & Calvo, 2011).

## **4.Avaluació**

El pas més important per una correcta avaluació del TOC és la detecció dels símptomes mitjançant instruments rigorosos i amb una basa empírica potent. Dins la comunitat científica destaca l'escala de Yale-Brown (Y-BOCS) la qual qualifica en una escala del 0 a 40 (essent 40 la simptomatologia més greu) la intensitat de les obsessions i compulsions. Requereix que el pacient classifiqui, segons la gravetat:

- El temps ocupat per pensaments obsessius i compulsions
- La interferència dels pensaments obsessius
- L'angoixa que li causen aquests pensaments
- La resistència contra les obsessions
- El grau de control sobre els pensaments obsessius
- La conducta compulsiva
- El comportament compulsiu
- L'angoixa associada al comportament compulsiu
- La resistència contra el comportament compulsiu
- El grau de control sobre les conductes compulsives.

(Brock i Hany, 2020).

Per una altre banda, els autorregistres solen ser molt útils per l'avaluació de conductes molt concretes ja que permeten registrar quantes vegades apareix durant el dia una obsessió concreta, el nivell de mal estar que produeix i durant quant de temps realitza compulsions (Utrera-Pavón, 2019). De manera que ens permetrà saber la freqüència, duració i intensitat de la conducta problema i també per descriure situacions concretes on sol aparèixer i les conseqüències que suposa (Gavino et al., 2015).

Per últim, cal recalcar que l'observació per part del terapeuta i dels familiars és vital en aquest procés. Els convivents, ja sigui la parella, companys de pis o familiars, poden aportar descripcions detallades dels rituals que fa el pacient així com els estímuls desencadenen aquestes respostes al terapeuta, permetent-li abordar una perspectiva més àmplia i en contextos diferents que el de teràpia o el descrit pel propi subjecte (Utrera-Pavón, 2019).

## **5. Tractament**

Els dos pilars de tractament del Trastorn Obsessiu Compulsiu són: la teràpia farmacològica (els Inhibidors Selectius de la Recaptació de Serotonina (ISRS)) i la teràpia psicològica, on destaca: la Teràpia Cognitiva Conductual (TCC) i l'Exposició amb Prevenció de Resposta (ERP). En l'estudi de Reid (2021) es proposa l'ús de tractaments psicològics de baixa intensitat (inclòs ERP) per pacients adults amb símptomes lleus de TOC, una monoteràpia més intensiva o un ISRS per pacients amb símptomes moderats mentre que la teràpia que combina la farmacològica amb la psicològica es recomana per pacients més greus o resistents.

### **5.1. Tractament psicològic**

L'Exposició amb Prevenció de Resposta implica reviure de manera gradual les situacions temudes degudes als pensaments obsessius i que tant intenten evitar-se mitjançant les compulsions. De fet, l'objectiu d'aquesta teràpia és aconseguir que el pacient resisteixi l'impuls de compulsionar i reestructurar la ment (Brock i Hany, 2020). D'aquesta manera, el psicòleg acorda un llistat de situacions temudes amb el pacient, el qual li indicarà amb exactitud el nivell d'ansietat que li produeix cada una d'elles. Un cop feta aquesta jerarquia s'anirà posant en marxa de manera constant al llarg de la teràpia, combinant-la en diferents contextos perquè el subjecte pugui arribar a controlar totes les àrees de la seva vida que es veuen afectades per les obsessions.

La Teràpia Cognitiva Conductual (TCC) es fonamenta en la idea de que els trastorns psicològics es mantenen per factors cognitius i comportamentals (Wu et al., 2016). En relació amb el TOC, té com objectiu alterar i modificar els pensaments (obsessions) que produeixen malestar al pacient així com aprendre a identificar i

eliminar les compulsions. Aquesta finalitat s'assoleix combinant-la amb l'Exposició amb Prevenció de Resposta. La TCC pretén canviar el comportament del subjecte davant les obsessions reformulant les creences disfuncionals mentre que la EPR es centra en que el subjecte revisqui aquests pensaments per gestionar millor la seva ansietat (Wolters et al., 2019). Pel que fa a la Teràpia Cognitiva-Conductual, segons l'estudi de Krebs i Heyman (2015), presenta una reducció d'un 40-65% dels símptomes, fet que evidencia la seva gran eficàcia. Sovint aquesta teràpia es combina amb el *mindfulness* i tècniques de relaxació i meditació.

## 5.2. Tractament farmacològic

Històricament, s'utilitzava la clomipramina (antidepressiu tricíclic) com a primera línia per a tractar el TOC ja que es caracteritza per la seva forta predilecció per la serotonina. També hi ha alguns estudis que demostren l'eficàcia de la clorfeniramina (antihistamínic tradicional) ja que redueix els atacs de pànic, les fòbies, les alteracions de l'ànim i els efectes terapèutics independents del bloqueig del receptor H1 d'histamina. Produint un increment de serotonina a l'altura de l'escorça prefrontal. A més, d'una millora en processos d'atòpia i les alteracions comorbides del patró de la son. També destaca l'ús de Benzodiazepines que tenen l'avantatge d'una acció ràpida i una resposta adequada sobre tot a la població més joves (Salcedo, Vásquez & Calvo2011)..

No obstant, els líders en el camp de la teràpia farmacològica a dia d'avui són els ISRS. En el cas dels pacients amb TOC la dosis d'aquest inhibidor és molt més alta de la que es sol usar per tractar l'ansietat o depressió. Els ISRS aprovats per l'Administració de Medicaments i Aliments (FDA) inclouen fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina i sertralina.

Abans de continuar amb les teràpies complementàries m'agradaria destacar el següent estudi realitzat per Reid i cols. (2021), en el qual van utilitzar una mostra de 2020 participants: 1005 que varen rebre la TCC amb un component ERP i 1015 assignats a cinc condicions de control (tractament psicològic actiu, un placebo psicològic, un tractament farmacològic, control en llista d'espera i tractament habitual). Varen arribar a la conclusió que la TCC amb ERP per el TOC sembla ser efectiva, no obstant, quan varen analitzar el grup control on s'havia aplicat un tractament psicològic actiu, no es

va observar cap avantatge per la TCC amb ERP. Això posa en dubte la superioritat d'aquest tractament sobre altres formes de teràpies psicològica. A més, pel tractament farmacològic només es va observar una major efectivitat utilitzant la TCC amb ERP abans de subministrar fàrmacs quan les dosis del grup control eren les adequades. Aquest estudi genera un preocupació sobre el rigor metodològic dels tractaments utilitzats fins a dia d'avui posant de manifesta la necessitat de que hi hagi més investigació en relació a l'eficàcia d'aquests tractaments (Reid et al., 2021).

### **5.3. Tractaments complementaris**

Dins de les teràpies complementàries, que no acaben de tenir una visibilitat important ja sigui pel cost econòmic o la falta de rigurositat empírica, destaquem la neurocirurgia. En el cas del Trastorn Obsessiu-Compulsiu es realitza una intervenció quirúrgica de la lesió ablativa mitjançant l'estimulació magnètica transcreneal o l'estimulació cerebral profunda. Aquesta darrera és un bastant innovador i suposa una inversió econòmica rellevant. Per aquest motiu que no s'usa de manera rutinària però hi ha diversos estudis que demostren la seva eficàcia. Com el cas d'un estudi d'Amsterdam publicat l'octubre del 2019 on es va demostrar que les persones amb TOC que havien passat per aquest tractament estan més obertes al canvi ambiental i tenen un paper més actiu a l'hora de fer front a l'exposició (Westen, Rietveld, & Denys, 2019).

## **6. Pronòstic**

El gran hàndicap dels trastorns mentals és que no existeix una cura permanent i la seva afectació és de per vida, tot i que la teràpia i els fàrmacs ajuden a disminuir la seva intensitat i ofereixen una millor gestió i qualitat de vida. El TOC tampoc s'escapa d'aquesta realitat, es una malaltia que roman sempre en la vida dels que la pateixen i que fluctua dins períodes de més o menys intrusió. Bastant-nos en les dades de autors Brock i Hany (2020), un 30% del pacients rebutgen, avorten o no responen al tractament. Mentre que un 50% sí que responen amb èxit al tractament però presenten símptomes residuals.

Segons Vázquez (2003), el fet de que no es proporcioni un tractament adequat pot afavorir la cronificació i les greus complicacions que aquest trastorn presenta. Per això, considera reprendre una revisió i actualització dels factors que puguin servir com a predictor del pronòstic, ja que així aconseguiríem realitzar un millor seguiment, orientació i educació al pacient i a l'entorn que l'envolta. Aquests possibles predictors d'un mal pronòstic són l'existència d'un trastorn parental psiquiàtric de l'Eix I i la presència de personalitat esquizotípica, esquizoide o paranoide. També l'existència de fòbies en el cas del gènere femení així com la interferència en activitats de la llar (com un factor que augmenta l'estrès i com a conseqüència les obsessions) condueix a un agreujament del TOC. A tot això, si se li suma la presència o posterior aparició de tics, una alta comorbiditat i una interferència familiar constant en la teràpia conductual, significaria que la cronicitat d'aquest cas està greument afectada. Contràriament, si observem un adequat compliment del tractament farmacològic, si hi ha una detecció precoç per part dels professionals, motivació del pacient per cooperar en la teràpia i un menor carrega genètica familiar, tot indicaria que el pronòstic és bastant favorable (Vásquez, Rodríguez, Martín Cardinal & Rodríguez-Lozada, 2003).

# Estudi Empíric de Cas

Per posar en pràctica tots aquests coneixements explicats en les pàgines anteriors i sota el consentiment informat del subjecte en qüestió, es realitzarà un estudi de cas únic d'un dels pacients de l'Associació TOC Granada, lloc on vaig fer les meves pràctiques curriculars.

## 7.L'Associació TOC Granada

L'any 2012 al poblet de Monachil (Granada) va néixer l'Associació TOC Granada, el seu president Aurelio López, va posar en marxa aquesta iniciativa després de perdre el seu fill, víctima d'aquest trastorn. Aquest espai està format per nou psicòlegs titulats, dos psiquiatres, dues treballadores socials i una terapeuta ocupacional. La línia terapèutica que es segueix es basa en la Teràpia Cognitiva-Conductual i l'Exposició amb Prevenció de Resposta. Aquestes dues es combinen i degut a l'alta demanda i gravetat dels casos, s'apliquen de manera intensiva amb un total de sis hores setmanals. A part, també ofereixen una teràpia ordinària per aquells casos menys greus i solen ser d'una o dues hores setmanals. Ambdues comparteixen el mateixos objectius, l'única diferència és la duració. A més, totes les teràpies van acompanyades de diferents tallers com: ajuda mútua, mindfulness i equilibri emocional, tallers de sexualitat, gestió d'emocions, prevenció de resposta, ioga, motivació, autoestima, creativitat i improvisació entre d'altres.

### 7.1.Objetius

Els objectius principals són:

- Informar i donar suport a les persones que pateixen TOC així com als seus familiars possibilitant el benestar personal i la integració social.
- Facilitar informació sobre el trastorn als pacients i als seus familiars per conèixer millor les seves causes, característiques, evolució i tractament, així com el maneig de psico-fàrmacs i identificació precoç dels símptomes.
- Identificació de les obsessions i les compulsions així com l'evitació de l'ansietat que les companya.
- Adoptar mesures necessàries per la prevenció i el tractament.

- Realitzar una avaluació lo més exhaustiva possible de la simptomatologia presentada per la persona, tant per lo que concerní els símptomes propis del TOC com per detectar altres problemàtiques que es poden presentar comorbiditat amb el mateix.

- Identificar les creences disfuncionals que caracteritzen el trastorn i modificar-les per altres més adaptatives i realistes.

- Fomentar el procés de coneixement personal per modificar els errors cognitius del pacient i motivar-lo en la teràpia.

- Modificar les conductes no adaptatives i la ruptura del cercle addictiu que manté el TOC.

- Rompre amb la soledat i l'estigma que sovint s'associen al Trastorn Obsessiu-Compulsiu.

(Hernández, Garrido, Osuna & Torrecillas, 2021)

## 7.2. Metodologia

La metodologia utilitzada és la teràpia cognitiva conductual, la teràpia d'exposició amb prevenció de resposta i la d'acceptació i compromís. Tots aquest procediments van acompanyats de tècniques cognitives com: "les quatre passes" debat socràtic, fletxa descendent, tècnica del continu, estimació de control i responsabilitat, avantatges i desavantatges, escalonament ascendent, usos de metàfores i analogies, diferències entre possible i probable i teoria A i B. Així com tècniques conductuals que es basen en la exposició que pot ser: imaginada i/o gravada visual virtual, en viu, interoceptiva, sobreexposició o intermitent (Hernández, Garrido, Osuna & Torrecillas, 2021).

## 7.3. Instruments d'avaluació

En referència als instruments que utilitzen per fer una primera avaluació del pacient són:

- L'inventari de Beck (per ansietat i per depressió)
- L'Escala de Hamilton
- MMPI
- Escala d'Ansietat (STAI)

(Hernández, Garrido, Osuna & Torrecillas, 2021).

A part d'aquest instruments també es fa un estudi de l'ambient familiar, social i laboral així com un diagnòstic diferencial entre el TOC i el Trastorn de la Personalitat Obsessiva o altres patologies (Hernández, Garrido, Osuna & Torrecillas, 2021).

## 7.4.Procediment

Finalment, en relació amb el procediment, sol variar en funció de la gravetat del trastorn, però en general es segueix la següent estructura:

I. Valoració global del trastorn: on s'establirà una bona aliança terapèutica i una recopilació d'informació que ens ajudi a entendre amb plenitud el cas. Aquesta valoració es durà a terme mitjançant una entrevista semiestructurada i es tindran en compte cert criteris d'avaluació i d'exclusió.

CRITERIS D'AVAUACIÓ	CRITERIS D'EXCLUSIÓ
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estudi d'altres patologies en comorbiditat amb el TOC</li> <li>○ Estudi de l'ambient familiar, social i laboral</li> <li>○ Diagnòstic diferencial entre Trastorn Obsessiu Compulsiu i trastorn de la Personalitat Obsessiva i altres patologies relacionades</li> <li>○ Formació amb convivents</li> <li>○ Valoració de la motivació, conscienciació, acceptació del problema i autoestima del pacient.</li> <li>○ Abordar possibles traumes infantils, alcohol, drogues, efectes secundaris de la mediació presa, ...</li> <li>○ Valoració del coterapeuta</li> <li>○ Valoració de la farmacologia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presència d'altres psicopatologies, com: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastorn depressiu major</li> <li>▪ Risc de suïcidi sense suport i contenció familiar.</li> <li>▪ Trastorn de la personalitat que pugui interferir en el tractament</li> <li>▪ Trastorn de la Conducta Alimentaria</li> </ul> </li> <li>○ Persones dependents que no vinguin acompanyades de tutor o persona responsable</li> <li>○ Consum de substàncies que alterin o impedeixen el tractament</li> </ul>

(Hernández, Garrido, Osuna & Torrecillas, 2021).



II. Psicoeducació: pas previ al tractament on es presentarà informació sobre què és el TOC, perquè li passa, objectius i diferents tipus de teràpia o tractament que existeixen. Donar-li a conèixer les manifestacions típiques del trastorn així com el model explicatiu segons l'òptica cognitiva conductual. Desenvolupar la seva pròpia simptomatologia, factors de manteniment i de protecció. Fer un pronòstic a mitjà i curt termini i, finalment, elegir el tractament més idoni (Hernández, Garrido, Osuna & Torrecillas, 2021).

III. Teràpia cognitiva-conductual: s'inicia amb la part més cognitiva per llavors aventurar-se en aspectes més conductuals. Això no lleva que durant l'aplicació de la mateixa, convergeixen ambdues teràpies a la vegada. En aquesta part del procés s'aplicaria tota la metodologia explicada en l'apartat anterior (Hernández, Garrido, Osuna & Torrecillas, 2021).

IV. Actuacions complementaries per la teràpia: aquesta par inclou la confecció d'un *planning* de tasques diàries, la planificació, juntament amb el terapeuta, d'un projecte de vida i la prevenció de recaigudes així com l'assistència als tallers comentats anteriorment (Hernández, Garrido, Osuna & Torrecillas, 2021).

## **8.Exposició del cas**

Per explicar detalladament els punts més importants del cas que es pretén estudiar es va realitzar una entrevista semiestructurada on es van tractar diversos aspectes del problema del pacient així com qüestions relacionades amb la seva vida i entorn familiar i social. Mitjançant preguntes exploratòries tant d'aspecte general com específic es va poder abordar l'afectació del trastorn des de diferents perspectives.

El TOC d'aquest subjecte està relacionat amb la por immensa a patir qualsevol càncer. Les obsessions doten de significat a pensaments associats en que tocar superfícies, persones, menjar determinats aliments, vestir-se amb alguns teixits en concret, utilitzar qualsevol producte que pugui tenir tòxics cancerígens i un llarg etcètera, li faran contreure qualsevol tipus de tumor. Com tot pensament va acompanyat d'una resposta emocional que en aquest cas és una por i ansietat intensa i constant. De manera que les compulsions es basen en prevenir a tota costa qualsevol objecte, persona,

aliment, teixit, producte, entorn o conducta de risc que pugui estar relacionada amb aquesta patologia.

### **8.1.Detecció del Trastorn i afectació en la seva vida diària**

L'inici del trastorn es remunta a l'any 2020 i va ser detectat gràcies a l'ajuda de diversos professionals que han acompanyat al subjecte fins a dia d'avui. El seu TOC intervé pràcticament en tots els àmbits de la seva vida.

En l'àmbit familiar es troba amb el gran hàndicap de que els seus pares són fumadors, per tant, això ja suposa una barrera física important. No pot acostar-se a ells ni al que ha estat la seva llar durant tota la seva infància i adolescència, de fet, abans de qualsevol retrobament els alerta de que no hi pot haver cap tipus de contacte físic. De manera que el TOC li posa molts de límits per poder estar a prop d'un entorn amb el que ha conviscut pràcticament sempre.

En l'àmbit de treball es on menys ha deixat que el TOC entrés ja que la seva responsabilitat laboral d'acord amb els seus valors com a persona té molt més pes que el significat de les obsessions. Cal recalcar que el subjecte es dedica a l'àmbit sanitari i, per tant, els coneixements que té sobre patologies i sobre que el càncer no és una malaltia contagiosa com un virus són amplis, no obstant, l'alta credibilitat dels seus pensaments obsessius han pogut dur-li la contrària. Cal remarcar que, tot i que semblava que en l'àmbit laboral estava tot sota control, un cop tornava a casa després de treballar, les compulsions es multiplicaven exponencialment: dutxes de 6 hores i conductes de neteja constant que interrompien les hores de son, "quan la meua parella s'aixecava per anar a fer feina jo encara continuava dins la dutxa". De fet, va ser degut a la falta de son i cura personal que van obligar al subjecte a demanar la baixa laboral. També, el perfeccionisme i el nivell d'exigència és un tret clau en la seva personalitat però s'exageren fins arribar a punts patològics dins el treball: una necessitat desmesurada a no fracassar.

L'entorn social podríem dir que és el que es veu més deteriorat en aquest cas. A nivell físic la interacció, com bé hem dit, és nul·la degut a les connotacions obsessives i que en algun punt també serien delirants. El principal afectat es la parella amb la qual

s'ha perdut el contacte físic des de fa dos anys: qualsevol tipus de mínim contacte ha de ser amb l'ús de protecció (com els guants). El poder de convèncer també hi ha jugat un paper clau ja que va aconseguir submergir el seu entorn dins aquesta precaució a no "contagiar-se" del càncer. Segons narra el subjecte la frustració de la parella i la interrupció dels plans de futur degut a la patologia es un tema que provoca moltes recaigudes i intensifica l'ansietat.

L'interès perquè el TOC desapareixi de la seva vida està present quan es troba relaxada i allunyada de l'ansietat. No obstant, parla d'un cert "aplanament" emocional, que s'explica en la mesura que el TOC li ha fet creure que no necessita el seus pares ni la seva parella aprop, ho descriu com si es conformés a viure amb aquesta soledat, "a vegades penso que podria viure a una cova allunyada de tot el món". Canvia la interpretació de les coses accentuant el perill en circumstàncies o contextos que antes eren normals com dinar amb família, passejar de la mà amb la parella, sortir amb els amics o anar de viatge. La sensació que té quan està en alerta és com si fos una qüestió de vida o mort. Per això posa en marxa mecanismes de supervivència i un autoconvenciment molt comú en pacients amb TOC com és la idea de "sóc jo l'únic que fa lo correcte, la resta del món està equivocat".

Segons Medina i Requejo (2022) l'aplanament emocional es troba en nins que han estat maltractats durant la infància i va lligat amb les limitacions per experimentar plaer, desorganització conductual i estrès. Per tant podríem dir que aquests trets tenen una certa versemblança amb el TOC i també es podria interpretar com un mecanisme de supervivència, per evitar sentir malestar.

## **8.2. Antecedents familiars**

Per part de la família paterna hi ha antecedents de patologies mentals que no han arribat a cap diagnòstic psicològic concret degut a la desconeixença sobre la salut mental que es tenia en aquella època. No obstant, dins aquesta mateixa branca familiar conta que sembla que hi ha pensaments supersticiosos i obsessius en algun dels seus membres però cap ha cercat ajuda psicològica ni hi ha un informe mèdic que ho justifiqui. Per part de la família materna hi ha antecedents de depressió i ansietat.

En relació a la històrica clínica del pacient , cal destacar que va patir anorèxia durant l'adolescència. Els mecanismes de l'anorèxia i el TOC a l'hora d'interpretar les obsessions per baixar de pes i controlar l'alimentació funcionen de mateixa manera semblant. Aquestes dues patologies es mesclen molt amb l'autoexigència i la necessitat de control sobre la seva vida, una sensació de vertigen constant.

De fet, Marín (2018), va constatar que la prevalença del TOC és molt major en persones que tenen o han patit algun TCA que la població normal, concretament, la taxa de comorbiditat és de l'11-37%, essent major en Anorèxia que en Bulímia, com és pot evidenciar en el nostre cas (Marín, 2018). Finalment, les tendències deposicionals comuns d'ambdós trastorns es resumeixen amb l'alt nivell de perfeccionisme i impulsivitat.

### **8.3. Parámetros i determinants de la conducta problema**

Des de primera hora del mati fins que s'adorm la intensitat dels pensaments obsessius i la presència de compulsions es troba mantinguda en el temps en forma d'un estat d'alerta constant. Diríem que, en poc temps, el TOC ha aconseguit guiar completament la seva vida, com si fos una veu fluixeta que li indica en tot moment el que ha de fer. L'únic moment que aconsegueix que aquesta veu no pertorbi la seva vida és quan dorm. De fet es curiós com narra que quan somia no hi ha TOC, ni preocupació pel càncer, torna a ser qui era abans de què tots aquests pensaments entressin de manera intrusiva i desmesurada a la seva vida.

En relació al nivell d'ansietat i intensitat de les intrusions comenta que si s'han produït discussions amb la parella si que nota una major ansietat, és a dir que quan esta amb l'estat d'ànim baix l'ansietat guanya i la sensació de descontrol en quant a les obsessions així com la necessitat de compulsionar és enorme. Mentre que quan l'estat d'ànim està més alt nota un major control en aquests pensaments i comportaments així com una major consciència de la irracionalitat que acompanya aquestes obsessions.

Des de que esta en la teràpia nota moltes millores i una millor gestió del seu entorn. La meditació també ajuda al subjecte a disminuir aquesta ansietat i és conscient del llarg camí que li espera per davant. No obstant, amb el que més li costa lidiar és amb

l'automatització de les compulsions i obsessions que ja estan tan impregnades en el seu dia a dia i resulta realment complicat prendre la distància necessària per identificar-les i allunyar-les de les seves creences i valors. Segons comenta el TOC li ha fet oblidar completament qui era abans, moltes vegades quan mira fotos seves del passat no es reconeix: “com podia viure així? Sense tenir cap precaució de res?”.

Moments com anar a fer la compra al supermercat o sortir al carrer és on està més en alerta. De fet la seva casa actual és on sent una major protecció pel fet de que es una casa nova amb electrodomèstics i mobles que, segons el TOC, només han estat tocats per les seves mans i, per tant, estan lliures de qualsevol cosa que sigui cancerígena.

#### **8.4. Origen i evolució del problema**

La majoria de Trastorns Obsessius Compulsiu s'inicien en la infància però no s'arriben a detectar fins a l'adolescència o l'edat adulta. En el nostre subjecte podríem indicar dos orígens claus: quan va patir anorèxia i degut als traumes que explicaré a continuació.

Segons narra, quan feia poc que havia començat els seus estudis universitaris va perdre un ésser estimat degut al càncer. Va ser un fet molt traumàtic degut a l'estret vincle que tenia amb aquest familiar. Va donar la casualitat que en el moment que travessava aquest dol estava fent pràctiques a la planta de cures pal·liatives d'un hospital on només estava en contacte en pacients terminals de càncer. Arrel de conèixer i tractar, de primera mà, amb tots aquests casos, va començar a informar-se exhaustivament de com prevenir que això no li pogués ocórrer. A més, segons conta, el primers pensaments que s'apoderaven de la seva ment eren “si els hi passa a ells perquè no m'hauria de passar a mi?” i de manera intrusiva n'entraven molts altres que generaven la mateixa resposta emocional.

És curiosa la tolerància o bé, despreocupació, que presenta cap a altres patologies que no siguin càncer, com per exemple patir la COVID19, que pels temps que corren és molt més fàcil contreure aquest virus que no un tumor. Això reafirma que la sensibilitat cap a la malaltia del càncer és tan desmesurada i irracional i que compleix els requisits de ser una obsessió.

La pandèmia també va ser un punt clau en el seu origen que va intensificar tots aquests factors. El COVID va ser l'excusa perfecte per començar a iniciar tot un seguit de rituals que, en aquell època s'havien normalitzat. No va ser fins que va topar amb el primer psicòleg que va adonar-se que la por no venia amb el virus, el que s'amagava seriosament darrera aquesta angúnia era el càncer.

Des de que es va originar el problema la sensació ha estat que de cada vegada anava més, no hi ha hagut alts i baixos sinó que el nivell d'obsessions i l'afectació en àrees de la seva vida ha anat *in crescendo*. El compara, a com si fos un monstre que s'anava fent gran i apoderant-te de tot el seu entorn de manera abismal, afectant de manera directe a les seves creences i valors.

Finalment, que els seus estudis estiguin relacionats amb la branca sanitària també li ha fet dur moltes qüestions d'higiene a l'extrem. Tot i que sigui curiós que estudiant una carrera de sanitat pugui arribar a aquestes obsessions, a la vegada dins la irracionalitat del TOC explica com aquest interpreta els coneixements a la seva manera i desacredita al subjecte que precisament, n'és un expert en aquesta àrea.

## **8.5.Intents de solució, expectatives i objectius del procés terapèutic**

Des de el primer moment que va notar que tot començava a desbordar-se va cercar ajuda i en cap moment ha abandonat la teràpia. No obstant hi ha un cert interrogant en si molts dels seus objectius estan plantejats per aconseguir un benestar personal o per no fallar a la resta. “Sé que ho he de fer per jo però el que realment m'impulsa exposar-me és per no decebre als que m'envolten”. De fet, l'impuls de venir a Granada a cercar ajuda va ser més per la parella i la família que no pel propi subjecte. Fugir de la seva zona de confort i habitar dins un espai nou on el TOC no li permetia fiar-se de res ni de ningú va ser un repte molt gran i també un aprenentatge per adonar-se d'aquesta idea de “complir el que els altres volen”. Per això va decidir tornar i emprendre la teràpia des de la seva veu, i no des de la resta.

En el moment de fer-li aquesta entrevista, el pacient ja estava a casa seva i les expectatives estaven mes en funció a lo que vol ser. Narra que li agradaria deixar de veure perills on no hi són, fer un *reset* a la seva vida. Enyora la llibertat, “viure constantment amb l’amígdala en alerta, és desgastador”, i moltes vegades sent com si veges la vida passar a través d’un vidre. Exemples com “quan la meva mare em diu que és un bon dia per anar a la platja però el TOC no em dona la facilitat d’agafar qualsevol tovallola, ni de posar-me uns banyadors que no siguin de cotó orgànic, ni unes xancles que estan fetes de plàstic”. Per això, es troba a un punt de la teràpia que aferrar-se en aquesta sensació de tornar a sentir-se lliure, és lo que li permet que avanci. A més, quan aconsegueix petites passes mitjançant l’exposició conta el nivell de satisfacció molt gran.

Finalment, i revisant tots els tipus de teràpies que ha provat, em conta que abans de la teràpia cognitiva conductual va provar la psicoanàlisi, homeopatia i la teràpia breu estratègica. Assenyala que on ha sentit una millora real ha estat a Granada, “he sentit que per fi es parlava de l’iceberg sencer, no només de la punta, del que es veu”. Les teràpies anteriors o es basaven només en fer exposició o en indagar en traumes del passat sense arribar a tractar-los en profunditat. No obstant, la teràpia que està seguint ara sent que és la més completa que ha tingut. Els objectius i les expectatives estan molt amunt, es veu en força de continuar en el procés i narra que, aconseguir assolir tot lo proposat “seria com tornar a néixer”.

## 9. Conclusions

El Trastorn Obsessiu Compulsiu representa una de les patologies més debilitants i que afecten directament a la qualitat de vida i a tots els nivells de l’escala social de l’afectat.

L’extrema necessitat instantània d’evitar l’ansietat generada per pensaments, impulsos o imatges recurrents no desitjades i involuntàries és la gran culpable d’aquesta condició incapacitant. El pitjor és que la prevalença d’aquest trastorn és elevada i el tractament és un camí dur i llarg que pot arribar a durar fins a onze anys. Tampoc es coneix amb certesa el seu origen, ja que es degut a múltiples factors: predisposició genètica, influència d’actors socioculturals o modulació epigenètica.

No obstant, una correcta avaluació i detecció dels símptomes mitjançant instruments empírics rigorosos, com l'escala de Yale-Brown, autorregistres i l'observació per part del terapeuta i dels familiars, faran que aquest camí terapèutic sigui més bo de dur. La passa més difícil, a nivell professional, serà la de trobar el tractament més idoni pel nostre pacient. Tot apunta que la TCC i EPR són les més fiables però a vegades fa falta la introducció de fàrmacs i teràpies complementàries per assolir una major efectivitat.

Entrant en terrenys més específics, és a dir, en el nostre cas empíric, veiem que es reflecteix aquest deteriorament en els àmbits més importants de la seva vida (familiar, social i laboral). De fet arriba a trobar-se amb el fenomen d'aplanament emocional, és a dir, a sentir una certa indiferència davant qualsevol situació que generi plaer.

A més, la gravetat s'augmenta amb l'historial clínic, haver patit Anorèxia durant la joventut fomenta la repetició de patrons obsessius en el TOC els quals es basen, generalment, en la impulsivitat i perfeccionisme. Tot això sumat a l'aparició de traumes durant la infància i adolescència i una pandèmia de per enmig, formen la combinació perfecte perquè el curs de la patologia sigui intens i costa cap apunt. La presència de pensaments obsessius i compulsions es troba mantinguda en el temps en forma d'un estat d'alerta constant. Per sort, en la teràpia nota moltes millores i una millor gestió del seu entorn.

Podríem concloure que el més rellevant d'aquest cas específic és la desacreditació dels valors, creences i coneixements de la persona afectada. Tot i la presència d'aquest interrogant en si molts dels seus objectius terapèutics estan plantejats per aconseguir un benestar personal o per no fallar a la resta, podem veure una mica de llum al final del túnel quan el subjecte narra la seva enyorança a la llibertat, a tornar a ser qui era.



## 10.Referències bibliogràfiques

- American Psychological Association (2013). *Diagnosis and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> edition).  
<https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Belloch, A., Cabedo, E., & Carrió, C. (2011). TOC. *Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Madrid: Alianza.
- Bellia, F., Vismara, M., Annunzi, E., Cifani, C., Benatti, B., Dell'Osso, B. & D'Addario, C. (2021). *Genetic and epigenetic architecture of Obsessive-Compulsive Disorder: In search of possible diagnostic and prognostic biomarkers*. Journal of Psychiatric Research, 137, pp. 554-571.
- Brock, H. & Hany, M. (2020). *Obsessive-Compulsive Disorder*. Gener 28, 2020, de Europe PMC Lloc web web:  
[https://europepmc.org/article/NBK/nbk553162#\\_article-26069\\_s3](https://europepmc.org/article/NBK/nbk553162#_article-26069_s3)
- Foa, E. B., & Wilson, R. (1992). *Venza sus obsesiones*. Barcelona: Ediciones Robinbook.
- Gavino, A., Nogueira, R., & Godoy, A. (2015). *Tratamiento del TOC en niños y adolescentes*. Madrid: Anaya.
- Hernández, N., Garrido, C., Osuna, J. & Torrecillas, M. . (2021). *Protocolo Abreviado de la Terapia Individual de la Asociación TOC Granada*. diciembre 1, 2021, de Asociación TOC Granada Sitio web: <https://tocgranada.com/>
- Hettma, J., Neale, M. & Kendler, S., (2001). *A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders*. Am J Psychiatry 158, pp 1568-1578.

- Hollander, E., Stein, D., Fineberg, N., Marteau, F. & Legault, M. (2010) *Quality of life outcomes in patients with obsessive-compulsive disorder: relationship to treatment response and symptom relapse*. *J Clin Psychiatry* 71, pp. 784–92.
- Huertas, R. (2014). Las obsesiones antes de Freud: historia y clínica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21, 1397-1415.
- Krebs, G., & Heyman, I. (2015). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 100(5), 495-499. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306934>
- Marín Caballero, B. (2018). Conceptualización de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes y adultas jóvenes. Plan de Intervención.
- Medina, A. & Requejo, A. (2022). *Características psicológicas en niños maltratados: una revisión sistemática de la producción científica Latinoamericana, entre los años 2016-2021*.
- McGregor, N. W., Lochner, C., Stein, D. J., & Hemmings, S. M. J. (2016). Polymorphisms within the neuronal cadherin (CDH2) gene are associated with obsessive-compulsive disorder (OCD) in a South African cohort. *Metabolic brain disease*, 31(1), pp.191-196.
- Planas, M. G. (1995). Epidemiología de los trastornos obsesivo-compulsivos. *Medicina balear*, 10(1), pp.7-10.
- Reid, J., Laws, K., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mapavaenda, D. & Fineberg, N.. (2021). *Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*. *Comprehensive Psychiatry*, 106, pp 1-13.

- Robbins, T., Vaghi, M., Banca, P. (2019). *Obsessive-Compulsive Disorder: Puzzles and Prospects*. *Neuron*, 102, pp. 27-47.
- Salcedo, M., Vásquez, R., & Calvo, M. (2011). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 40(1), pp. 131-144.
- Santos, M. G., Alba, J. V., Fernández, E. R., Ruibal, F. J. O., & Sudupe, J. A. (2013). Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) genética y ambiente. A propósito de una experiencia clínica. *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias*, (12), 156-158
- Utrera-Pavón, L. (2019). *TOC en la infancia y la adolescencia. Una revisión*.
- van Westen, M., Rietveld, E. & Denys, D. (2019). *Effective Deep Brain Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder Requires Clinical Expertise*. Octubre 22, 2019, de Europe PMC Sitio web: <http://europepmc.org/article/MED/31695638>
- Vásquez, R., Rodríguez, E., Martín Cardinal, E., & Rodríguez-Lozada Allende, J. (2003). Factores de pronóstico en trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(3), 249-259.
- Wolters, L. H., Prins, P. J. M., Garst, G. J. A., Hogendoorn, S. M., Boer, F., Vervoort, L., & de Haan, E. (2019). *Mediating Mechanisms in Cognitive Behavioral Therapy for Childhood OCD: The Role of Dysfunctional Beliefs*. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(2), 173-185.  
<https://doi.org/10.1007/s10578-018-0830-8>
- Wu, Y., Lang, Z., & Zhang, H. (2016). *Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis*. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 22, 1646-1653. <https://doi.org/10.12659/MSM.895481>