

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **ESTEFANIA ALEJANDRA CARMONA PILCO**, con CC. 172395236-0, autora del trabajo de graduación intitulado: **"ESTUDIO DE CO-MORBILIDAD ENTRE EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DEL GRUPO C DEL DSM-V**, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, noviembre 2017



ESTEFANÍA ALEJANDRA CARMONA PILCO
CC. 172395236-0



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO
CLÍNICO**

**“ESTUDIO DE CO-MORBILIDAD ENTRE EL TRASTORNO OBSESIVO-
COMPULSIVO Y LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DEL GRUPO C
DEL DSM-V”**

ESTEFANIA ALEJANDRA CARMONA PILCO

DIRECTOR: MTR. ERNESTO FLORES SIERRA

QUITO, NOVIEMBRE 2017

DEDICATORIA

Le dedico esto a mi esposo, que día a día ha llenado de alegría mi vida, siendo un apoyo incondicional para la culminación de todos nuestros proyectos. Gracias por enseñarme sobre el verdadero amor y crecer cada día a mi lado. Tú eres mi maestro, mi mejor amigo, mi alma gemela.

“Cuando te acaricie, me di cuenta de que había vivido toda mi vida con las manos vacías”.

Alejandro Jodowowsky

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecerle a la vida por permitirme culminar con mis objetivos y comenzar nuevos, a pesar de las dificultades que se han presentado me ha dado todo para poder hacerlo de la mejor manera y aprender de cada error.

A mis padres por depositar toda su confianza en mí, dar lo mejor de ellos siempre, sus sacrificios han sido los mejores regalos que me han podido dar. Los amo mucho.

A mi hermana que me ha enseñado sobre la inocencia y el cariño, que uno nunca debe olvidarse del niño interior que es nuestro guía.

A mi rayo de luz de cuatro patas, que me ha acompañado en los momentos más duros de la vida y me ha enseñado a expresar todo mi amor y cariño sin límites.

A mi director de tesis, Ernesto Flores por guiarme en el proceso de esta tesis y brindarme parte de su conocimiento y consejos.

A todas las personas que de alguna manera me han ayudado a comprender lo que soy.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo central la comparación teórica entre el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y los trastornos de personalidad del grupo C que se encuentran dentro de la clasificación del DSM-V, estos son; el trastorno de personalidad evitativo (TPE), trastorno de personalidad dependiente (TPD) y trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (TOCP). Este grupo de trastornos de personalidad se los ha asociado en varios estudios de campo, puesto que su sintomatología se corresponde y por tanto hay una alta comorbilidad con ellos. El TOC ha sido relacionado también con otros trastornos como los trastornos somatomorfos, disociativos, de la conducta alimentaria, neurológicos, del control de impulsos y algunos trastornos psicóticos. Esto se ha dado por la complejidad para entender la naturaleza del TOC, sus causas, su comorbilidad y el abordaje con un tratamiento efectivo tanto psicológico como farmacológico que mejore la calidad de vida de las personas que lo padecen. “Los síntomas y la presencia del TOC son muy diversos y las personas diagnosticadas pueden presentar características diferentes, lo que complica la clasificación” (Caballo, Salazar, & Carrobes, 2015, p. 246).

Dentro del estudio en el primer capítulo se abarcará características clínicas, etiología, epidemiología, comorbilidad con otros trastornos, pronóstico y tratamiento del TOC. En el segundo capítulo se analizará cada uno de los trastornos del grupo C del DSM-V, clasificados como los ansiosos y temerosos. Se describirán sus principales características. Esto en conjunto con el primer capítulo nos permite tener una visión clara del TOC en relación a los trastornos de personalidad que se tomarán para el estudio y cómo a lo largo de los años ha habido estudios que han determinado una alta comorbilidad con ellos. Cabe recalcar que se debate entre la aparente relación entre trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, esta afirmación no es aceptada por todos los profesionales que se han dedicado a realizar los estudios a pacientes con TOC, puesto que se destaca la alta relación entre el TOC y el trastorno de personalidad evitativo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	VII
Capítulo 1: Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).....	1
1.1 Definición	1
1.2 Etiología	2
1.3 Epidemiología	5
1.4 Características clínicas	7
1.5 Clasificación en el DSM-V	14
1.5.1 Criterios diagnósticos	14
1.6 Comienzo, curso y evolución	15
1.7 Relación con otros trastornos	17
2 Capítulo 2: Trastornos de personalidad grupo C (DSM-V)	23
2.1 Definición de personalidad	23
2.2 Definición de trastorno de personalidad	24
2.3 Clasificación de los trastornos de personalidad en el DSM-V	26
2.4 Trastorno de personalidad evitativo (TPE)	28
2.4.1 Criterios diagnósticos en el DSM-V	28
2.4.2 Epidemiología	29
2.4.3 Características clínicas	30
2.4.4 Diagnóstico diferencial y comorbilidad	32
2.5 Trastorno de personalidad dependiente (TPD)	34
2.5.1 Criterios diagnósticos en el DSM-V	34
2.5.2 Epidemiología	35
2.5.3 Características clínicas	35
2.5.4 Diagnóstico diferencial y comorbilidad	38
2.6 Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (TOCP)	39
2.6.1 Criterios diagnósticos en el DSM-V	40
2.6.2 Epidemiología	41
2.6.3 Características clínicas	41
2.6.4 Diagnóstico diferencial y comorbilidad	44
3 Estudio de comorbilidad	46
3.1 Relación entre TOC y trastorno de personalidad evitativo	47

3.2 Relación entre TOC y trastorno de personalidad dependiente.....	49
3.3 Relación entre TOC y trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo.....	51
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES.....	58
BIBLIOGRAFÍA.....	60
Anexo 1.....	64

INTRODUCCIÓN

Según la Fundación TOCAS en España (Asociación de Trastorno Obsesivo de Andalucía), el TOC es el cuarto trastorno psicológico más frecuente, por encima de la esquizofrenia, la anorexia nerviosa y el trastorno bipolar. Según la OMS está considerado dentro de los cinco trastornos psicológicos más incapacitantes. Sin embargo, el TOC es también uno de los trastornos más desconocidos e incomprensidos por la población general (TOCAS, 2016).

En la página Forumclínic, destaca entre las principales causas de discapacidad en el mundo según la OMS a los trastornos obsesivo-compulsivos en el décimo lugar detrás de la esquizofrenia, con 2.2% de incidencia en la población mundial (Forumclínic, 2012). En una tesis se encontraron los siguientes datos de los trastornos mentales más comunes en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros (Loor & Chavéz, 2015).

Este tema tiene un interés personal, ya que además de ser un trastorno de difícil diagnóstico y tratamiento, es un padecimiento que he podido ver de cerca y las consecuencias de este en la vida de una persona, así como su evolución. La población que tiene sintomatología de TOC no conoce muy bien de “lo que se trata”, y muchas veces son mal diagnosticados, llevándolos a pasar por psiquiatras, neurólogos y psicólogos sin muchas veces llegar a entender lo que les ocurre. A veces sus creencias giran en torno a que lo que les suceden son “mañas” o que son personas perfeccionistas. Otras veces estos pacientes no logran dar orden a sus ideas, muchas veces pensando que tienen algo grave e incurable que los llevará a la locura.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) afecta casi al 3% de la población mundial, lo que supone más de 100 millones de personas en todo el mundo (TOCAS, 2016). Poco sabe la población de este trastorno y por ende el que lo padece no acude en busca de ayuda profesional, ocultando sus síntomas debido al carácter tan peculiar del trastorno que hace que les resulte vergonzoso contarlos incluso a los profesionales y familiares. Las personas que padecen un trastorno obsesivo compulsivo, presentan obsesiones y compulsiones que son excesivas e irracionales, a su vez causan una gran angustia, interviniendo de manera significativa en la vida del que lo padece, alterando su

rutina, su funcionamiento, actividades y/o relaciones personales (Halgin & Whitbourne, 2008).

El enfoque que se utilizará para comprender, analizar y dar respuesta a varias interrogantes con respecto al TOC y los trastornos de la personalidad que serán tratados en la investigación, es el cognitivo-conductual, enfoque mediante el cual podemos entender cómo piensa el paciente de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) le puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa (cognitivo) y cómo actúa (conductual) y estos cambios le pueden ayudar a sentirse y desenvolverse de mejor manera. A diferencia de algunas de las otras "terapias habladas", la TCC se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". Este tipo de enfoque es el más utilizado dentro del tratamiento de TOC y los trastornos de personalidad, ya que tiene muy buenos resultados y conjuntamente con un adecuado tratamiento farmacológico ha sido la combinación adecuada para la recuperación de un paciente (Sociedad Española de Psiquiatría, 2009).

El estudio que se plantea tiene el objetivo principal de establecer una relación teórica entre el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos de personalidad del grupo C del DSM-V (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo), con el fin de establecer la comorbilidad entre los distintos trastornos. Dentro de los objetivos específicos está el describir la etiología del TOC y sus diferentes síntomas y características que permitan comprender los rasgos más relevantes del trastorno, analizar los criterios diagnósticos y las características principales de los trastornos de personalidad de grupos C del DSM-V y comparar entre el TOC y los trastornos de personalidad del grupo C del DSM-V, en cuanto a sus datos epidemiológicos, variables psicológicas y de comportamiento, y otros trastornos asociados.

Para abordar el trastorno obsesivo-compulsivo y su comorbilidad con los tres tipos de personalidad dentro del grupo C del DSM-V (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo), se realizará una revisión bibliográfica y literaria minuciosa acerca de los distintos autores que abordan sobre estas psicopatologías, entre ellos Amparo Belloch, Theodore Millon y Vicente Caballo. Esto permitirá entender patrones de comportamiento, emociones, pensamientos que más converjan en el TOC, haciendo una relación con cada uno de los trastornos de personalidad.

Dentro del primer capítulo se abordará qué es el TOC, así como su origen o etiología, síntomas asociados a diferentes factores genéticos-familiares, ambientales, psicológicos y sociales. Además de los modelos explicativos, ya que en los últimos cien años se han planteado diversas explicaciones posibles sobre la etiología y el mantenimiento del TOC (Belloch, Sandín, & Ramos, 2011). También se expondrá la epidemiología del TOC, la cual es compleja porque los diferentes estudios presentan variabilidad en los datos, puestos que se han utilizado diferentes instrumentos diagnósticos, diferentes cuestionarios, escalas, entrevistas, con muestras diferentes (Rosa & Olivares, 2010).

Además, se abarcarán las características clínicas, destacando los principales síntomas como las obsesiones y las compulsiones y cómo afectan a las personas que lo padecen, además se trabajará con los criterios diagnósticos del DSM-V y su respectiva clasificación (Caballo, Salazar, & Carrobbles, 2015). Así como también se abordará acerca del tratamiento que se realiza desde el modelo cognitivo-conductual, el cual ha resultado el más efectivo en la remisión de síntomas del TOC, donde el fin del tipo de técnicas que se utilizan es la reducción de la ansiedad y el malestar asociados con las obsesiones (Pedrick & Hyman, 2003). Además del tratamiento farmacológico y los cambios a nivel de la neuroquímica del cerebro, donde los más usados en este tipo de trastorno son los antidepresivos (Pedrick & Hyman, 2003).

En el segundo capítulo inicialmente se explicará qué es la personalidad y qué es un trastorno de la personalidad, así como también describiremos a breves rasgos lo distintos tipos de trastornos de personalidad que nos presenta el DSM-V. Posteriormente se describirán los tres trastornos de personalidad que conforman el grupo C del DSM-V, donde consta el trastorno de personalidad evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo. En un inicio se explicará el trastorno de personalidad evitativo, con sus respectivos criterios diagnósticos ubicados en el DSM-V, su epidemiología, así como sus principales características clínicas, donde la persona con este trastorno se muestra con un comportamiento inhibido en situaciones de interacción social, acompañado de sentimientos de inadecuación y excesiva sensibilidad (Belloch & Fernández, 2010). También se explicara el diagnóstico diferencial y la comorbilidad con otros trastornos.

Así mismo en el trastorno de personalidad dependiente se destacarán los criterios diagnósticos del DSM-V, epidemiología y principales características clínicas, en donde

la persona que tiene este tipo de trastorno de personalidad tiene una necesidad generalizada y desmesurada de ser cuidado por otros, donde se presentan comportamiento de sumisión, apego y miedo (Belloch & Fernández, 2010). Así mismo se describirá el diagnóstico diferencial con su respectiva comorbilidad asociada a otros trastornos. Y por último, en este capítulo se detallará el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo o también conocido como anancástico. Se describirá los criterios diagnósticos del DSM-V, además de la epidemiología, características clínicas, diagnóstico diferencial y comorbilidad. Estas personas suelen presentarse como sujetos excesivamente ordenados, pulcros, puntuales, organizados, perfeccionistas y meticulosos, además de una egosintonía con su trastorno. Por tanto es difícil que una persona con este trastorno acuda a terapia por sí mismo.

En el tercer capítulo, se hará una contrastación y análisis de la revisión teórica de los tres tipos de trastornos de personalidad que asociaremos al TOC. Se analizarán varios estudios realizados lo que nos permitirá sacar varias conclusiones. Esto se lo podrá ejecutar mediante el análisis de las distintas variables que permitirán encontrar la comorbilidad de estos trastornos, y poder clarificarlos.

Capítulo 1: Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

1.1 Definición

Belloch, Cabedo & Carrió (2011) definen al trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) como un trastorno de ansiedad que se caracteriza por dos síntomas: las obsesiones y las compulsiones, las cuales están íntimamente ligadas y suelen ser difíciles de distinguir. Estas obsesiones y compulsiones suelen ser bastante agobiantes y estresantes en la vida diaria de una persona que padece TOC, afectando significativamente en el funcionamiento general del individuo en las diversas áreas de su vida social, personal, familiar y laboral.

Las personas que padecen de TOC a muy temprana edad suelen percibir a sus obsesiones como “ideas sin sentido que van y vienen”, que además suelen avergonzarlos, por tanto intentan ocultarlo y/o justificarse con razonamientos simples para que la ansiedad no los someta. Esta es una de las causas que dificultan la detección temprana del trastorno desde su inicio, así como su aparente baja prevalencia en la población de edades tempranas, pero lo que sucede en la mayoría de casos es que un alto porcentaje de adultos reconocen que su trastorno comenzó en la infancia o adolescencia (Alcazár & Rodríguez, 2010).

A pesar de que el cuadro clínico sea bastante parecido, en los niños y adolescentes hay ciertas particularidades. Una de ellas es que TOC puede cambiar a lo largo del día (al acostarse, en las comidas, en el baño, al ir al colegio, etc.); puede sufrirlo estando a solas y posteriormente mostrarse cansado o agresivo, llegando a tener dificultades en el rendimiento escolar. Los padres pueden terminar siendo requeridos para formar parte del ritual, ayudando al mantenimiento del mismo sin percatarse (Alcazár & Rodríguez, 2010).

Dentro el TOC están implicados los tres sistemas de respuesta más representativos del ser humano: el cognitivo, el motor y fisiológico. Dentro de sistema cognitivo hay interferencia en el desarrollo de actividades cotidianas (obsesiones). En edades tempranas es frecuente que las personas no puedan reconocer o explicar sus obsesiones, por ello suelen manifestarlas como “voces en su cabeza” (Alcazár & Rodríguez, 2010). Así mismo las compulsiones que no son netamente motoras, puede aparecer como rituales mentales,

es decir como estrategias de pensamiento para evitar (neutralización) o utilizar la distracción para evitar el malestar provocado por las obsesiones.

En el sistema motor la manifestación más común es la compulsión, que a veces suele ser llamativa. En los niños y adolescentes, los padres suelen ser colaboradores de la compulsión a pesar que piensen que el comportamiento de su hijo es extraño e irracional, ya que no suelen tener el tiempo para actuar de otra manera y muchas veces ceden y complacen para evitar el sufrimiento de sus hijos (Alcazár & Rodríguez, 2010).

En cuanto a las respuestas fisiológicas, las más comunes que se presentan son: sudoración, taquicardia, dolores de cabeza, embotamiento, cansancio o tensión muscular. Estas respuestas suelen estar más presentes cuando la persona no realiza las compulsiones y/o rituales, dando como resultado una ansiedad incontrolable, que es muy difícil de manejar (Alcazár & Rodríguez, 2010).

Las personas que padecen TOC tienen un rango de conciencia acerca de la falta de sentido de sus obsesiones y compulsiones, algunos reconocen que muchas son irracionales, pero hay otros que están firmemente convencidos de que sus síntomas son racionales (Abramowitz, 2007). Esto tiene que ver con el estado de ansiedad en el que se encuentre, puesto que si su ansiedad es muy alta, lo más probable es que pueda afirmar que sus pensamientos son verdaderos, pero si la persona se encuentra en un estado de ansiedad bajo o nulo, es más sencillo que sea consciente de que sus pensamientos son irracionales.

1.2 Etiología

En cuanto al origen del problema del TOC, hay diferentes teorías que han aportado para conocer las alteraciones que suceden en distintos niveles del trastorno. Uno de ellos es la **teoría neuroquímica** en la que Gross, Sasson, Chorpa & Zohar (1998) en Abramowitz (2007) señalan que en el TOC hay anormalidades en el sistema de producción de serotonina, en particular hipersensibilidad de los receptores serotoninérgicos postsinápticos, de esta manera se explican los síntomas del TOC. Esta hipótesis en relación a la serotonina y el TOC, se propuso al observar que los medicamentos serotoninérgicos a comparación de otros antidepresivos, son efectivos

para disminuir los síntomas del TOC. Sin embargo, otros estudios muestran que estas pruebas son inconsistentes, y aun no es clara si la función de la serotonina es un mecanismo subyacente a los síntomas del TOC (Abramowitz, 2007).

En cuanto a la **teoría neuroanatómica**, Saxena, Bota & Brody (2001) en Abramowitz (2007) destacan que las obsesiones y compulsiones se originan de anomalías estructurales y funcionales en áreas particulares del cerebro, específicamente en los circuitos orbitofrontales-subcorticales. Se considera que estos circuitos conectan las regiones del cerebro implicadas en el procesamiento de la información con las encargadas de iniciar ciertas respuestas conductuales cerebrales. Además estudios que derivan de tomografías por emisión de positrones (TEP) muestran un aumento constante en el uso de glucosa en la corteza orbitofrontal, esto en pacientes con TOC en comparación de otros sanos (Abramowitz, 2007).

Desde las teorías psicológicas se destacan algunas que contribuyen al origen y posible tratamiento en personas que padecen TOC. Una de ellas es la **teoría del aprendizaje**, donde Mowrer (1960) en Abramowitz (2007) dice que el modelo de aprendizaje del TOC se basa en el temor a dos factores, en este se propone que la ansiedad obsesiva se adquiere a través de condicionamiento clásico y se mantiene por condicionamiento operante. Esto significa que la persona vive una experiencia traumática en relación a la ansiedad provocada por determinada situación lo que provoca que se genere la obsesión. La evitación y los rituales (compulsiones) también se someten a reforzamiento negativo por la disminución inmediata (aunque temporal) de la incomodidad que engendra la obsesión. Este modelo de aprendizaje proporciona una base para comprender la persistencia de los síntomas del TOC, específicamente las compulsiones, pero no lo hace adecuadamente con respecto al desarrollo del temor obsesivo (Abramowitz, 2007).

En cuanto a los **modelos de déficit cognitivo**, McNally (2000) en Abramowitz (2007) señala que las personas con TOC muestran anomalías en diversas tareas cognitivas como; el funcionamiento ejecutivo, inhibición cognitiva y algunas formas de memoria. Estas deficiencias no se encuentran en todos los pacientes, o suelen ser leves. Las deficiencias son generales, ya que afectan la información relacionada al TOC como la neutral. Aunque estos modelos cognitivos no explican dos aspectos fundamentales del TOC, uno de ellos es la heterogeneidad de los síntomas (algunos pacientes con obsesiones

agresivas y otros de contaminación). Otra son las deficiencias cognitivas leves presentes no solo en el TOC sino en otros trastornos, por ende lo más probable es que represente un factor de vulnerabilidad inespecífica que podría o no contribuir con la etiología de las obsesiones y compulsiones (Abramowitz, 2007).

Otro de los modelos que trata de colaborar con el origen de los síntomas del TOC, y así mismo en su tratamiento, son los **modelos contemporáneos cognitivos conductuales**. Shafran (2005) en Abramowitz (2007) recalca que este modelo considera que el TOC surge de tipos específicos de creencias disfuncionales. Esto está sostenido en hallazgos bien establecidos de que los pensamientos invasivos son experiencias normales que la mayoría de las personas tiene de vez en cuando, y a veces suelen ser ocasionados por estímulos externos que generan preocupación. El modelo cognitivo-conductual propone que estas intrusiones normales se convierten en obsesiones clínicas al ser apreciadas equivocadamente como una amenaza, y esto es responsabilidad del individuo (Abramowitz, 2007).

Con respecto a las compulsiones y/o rituales, son esfuerzos anormales de adaptación para eliminar las intrusiones y prevenir las consecuencias temidas, pero éstas solo disminuyen temporalmente el sufrimiento obsesivo. Suelen tomar mucho tiempo y esfuerzo por parte de la persona, afectándola en su funcionamiento normal (Abramowitz, 2007). Por tanto, las compulsiones provocan mediante el refuerzo constantemente negativo, que se mantenga y suelen ser la “tabla de salvación” ante el temor obsesivo.

En lo que se refiere al abordaje cognitivo-conductual, no hay alteraciones a nivel químico, fisiológico, ni neuroanatómico que provoquen el TOC, ya que dentro de estas personas no hay alteraciones en los procesos de aprendizaje y los procesos cognitivos mantienen un funcionamiento normal a pesar de la mal adaptación que tienen. La evitación y los rituales de búsqueda de seguridad no solo son irracionales sino que generan un círculo vicioso, donde hay una intrusión que a su vez genera una mala apreciación de la realidad lo que provoca ansiedad; este ciclo se repite una y otra vez (Abramowitz, 2007).

Dentro del TOC existe un proceso de mantenimiento, que genera que los síntomas persistan continuamente en una persona. Dentro de este proceso está la atención selectiva, que es básicamente la hipervigilancia de la persona hacia cualquier estímulo obsesivo. Los factores fisiológicos como la ansiedad, que es una respuesta inmediata al momento

de percibir una cosa o situación como amenazante, sustentada en creencias erróneas. El comportamiento de búsqueda de seguridad es clave en el TOC, ya que sus rituales manifiestos u ocultos, son estrategias para neutralizar y/o confirmar que sus creencias son verídicas (Abramowitz, 2007). La evitación pasiva produce una disminución temporal de la ansiedad, pero impide que la persona se dé cuenta de que los temores generados por sus creencias son erróneos. El ocultamiento de las obsesiones, es una forma de defender sus creencias irracionales de que otros puedan negarlos, y así mismo ocultar sus síntomas por vergüenza. En el TOC el intento de controlar los pensamientos no deseados, provoca que estos aumenten, conduciendo a elevar su ansiedad (Abramowitz, 2007).

1.3 Epidemiología

La prevalencia exacta del TOC en la población en general es muy difícil de determinar puesto que muchos de los estudios presentan variabilidad en los datos por varios factores; esto puede deberse a que han utilizado diversos tipos de instrumentos diagnósticos (entrevistas, escalas, cuestionarios), se han empleado distintas conceptualizaciones del trastorno, diferentes muestras, familias que niegan síntomas y problemas que se manifiestan en el hogar, además de que el trastorno se desarrolla con frecuencia asociado a otros (hiperactividad, problemas de conducta, síndrome de Tourette) (Alcázar & Rodríguez, 2010).

Karno, Goldin, Sorenson & Brunam (1988) en Abramowitz (2007) señalan que el TOC tiene una prevalencia en un mes de 1.3% y una prevalencia en toda la vida de 2 a 3% en la población adulta (esto equivale a unos de 40 adultos). Años atrás se pensaba que el TOC era un trastorno raro, con tasas de prevalencia muy bajas, inferiores al 0.1%, pero estudios durante los años setenta y otros más recientes han revelado lo contrario, arrojando cifras en torno al 2.5% (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011). Riger, Narrow & Raye (1990) en Alcázar & Rodríguez (2010) señalan que el TOC se considera actualmente como el cuarto trastorno más frecuente, tras las fobias, el abuso de sustancias y la depresión mayor.

Una encuesta nacional británica sobre la prevalencia del TOC en niños y jóvenes entre 5 y 15 años llevado por Heyman, Fombonne, Simmons, Ford, Meltzer & Goodman

(2003) en Alcazár & Rodríguez (2010) permitió observar que la prevalencia del TOC aumentaba exponencialmente conforme era mayor la edad de los participantes.

Otro estudio acerca de la epidemiología analítica realizado por Fontenelle & Hasler (2008) en Alcazár & Rodríguez (2010) muestran que el riesgo de padecer TOC aumenta con la edad, por ello entre los jóvenes de 17 a 22 años existe una mayor vulnerabilidad para desarrollar el trastorno. Cuando se encuentran en una edad más adulta disminuye el riesgo de padecer TOC. Karno (1988) en Belloch, Cabedo & Carrió (2011) dentro de un estudio sobre la epidemiología del TOC en cinco comunidades de EEUU, resalta que el inicio del trastorno suele situarse en la adolescencia o principios de la edad adulta. La probabilidad de la presencia de TOC aparece en la franja de edad de 18 a 25 años. Rachman & Hodgson (1980) en Belloch, Cabedo & Carrió (2011) mencionan que el 65% de los trastornos se manifiestan antes de los 25 años y solo un 5% de las personas informa un inicio posterior a los 40 años.

En cuanto a los datos sobre incidencia del TOC en hombres y mujeres, varios estudios informan una incidencia ligeramente superior en mujeres. Además los hombres suelen presentar un inicio más temprano que las mujeres (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011). Rachman & Hodgson (1980) en Belloch, Cabedo & Carrió (2011) señalan que en las mujeres son más frecuentes las obsesiones y rituales de limpieza, mientras que en los hombres las obsesiones de tipo sexual.

Rachman & Hodgson (1980) en Belloch, Cabedo & Carrió (2011) consideran muy probable que los sucesos vitales estresantes desempeñan un papel importante en el inicio y/o progreso del cuadro clínico, afectando considerablemente su curso. Foa & Wilson (1992) en Belloch, Cabedo & Carrió (2011) señalan que los síntomas del trastorno suelen comenzar coincidentalmente con un periodo en que en la vida del sujeto aumenta la responsabilidad personal, ya sea el comienzo de la vida laboral o matrimonio. Rasmussen & Tsuang (1986) en Belloch, Cabedo & Carrió (2011) dentro de una publicación sobre características clínicas e historia familiar en el DSM-III sobre el TOC, recalcan que a pesar de que parece claro que diversas circunstancias de la vida pueden aumentar la vulnerabilidad del TOC, al igual que otros trastornos la mayor parte de personas no suelen identificar un desencadenante ambiental claro con respecto a su problema.

Un dato interesante que interfiere con la evolución del trastorno, es el tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y la solicitud de ayuda profesional, puesto que

datos de varios estudios indican que únicamente el 34 y el 40% de las personas que cumplen criterios diagnósticos para un TOC han recibido alguna vez en su vida tratamiento (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011). Belloch, Del Valle, Morillo, Carrió & Cabedo (2009) en Belloch, Cabedo & Carrió (2011) realizaron un estudio que constató que el tiempo que los pacientes esperan antes de acudir a algún profesional de la salud, estaba en torno a los 40 meses. La tasa de personas que buscó ayuda durante el primer año por la presencia de síntomas fue del 38%, lo que significaba que más del 60% de las personas retrasaban la petición de ayuda. Entre las razones que justificaban su retraso de solicitar ayuda profesional, estaban relacionadas a la tendencia a ocultar los síntomas por diversas razones (miedo, vergüenza, lo que piensen otros).

Rachman & Hodgson (1980) en Belloch, Cabedo & Carrió (2011) hablan de dos estilos de vida de las personas con TOC, el primero a jornada completa; donde la persona sufre de un gran deterioro asociado al trastorno y lo demandante del autocontrol, ansiedad, estrés generado por el mismo. También está el TOC a jornada parcial, donde la persona puede vivir una vida bastante productiva y satisfactoria. Sin embargo, a pesar de que los niveles de TOC sean leves o medios, es un trastorno de ansiedad que conlleva un mayor grado de deterioro personal, para lo cual el abordaje clínico requiere de una elevada especialización profesional.

1.4 Características clínicas

Creencias disfuncionales

“De acuerdo a los postulados básicos del modelo cognitivo del TOC, las valoraciones disfuncionales sobre la ocurrencia de pensamientos con determinados contenidos análogos a las obsesiones clínicas son las llamadas a explicar la transición de la normalidad a lo psicopatológico” (Amador, 2014, p. 35). Las creencias disfuncionales establecidas por el grupo de investigadores y clínicos expertos en el TOC, Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (O-CCWG) formado en 1996, son puntos clave que permiten avanzar el tratamiento en personas con TOC, puesto que estas creencias no solo están relacionadas con la génesis del TOC sino con el mantenimiento de los síntomas (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011).

Salkovskis & otros (1995) afirman que los pensamientos intrusos suelen aumentar su intensidad y frecuencia cuando se activan las creencias disfuncionales. Además de ello las creencias disfuncionales poseen transcendencia sobre los pensamientos en sí mismos y su necesidad de controlarlos, por ello un simple pensamiento puede llegar a transformarse en una obsesión que requiere ser controlada con una acción (compulsión). A continuación se detallarán las creencias disfuncionales (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011).

Sobrestimar la importancia del pensamiento: Se refiere a la creencia de que un pensamiento que irrumpe en nuestra consciencia continuamente es importante y tiene un significado negativo. Dentro de esta creencia derivan tres subtipos:

***Estricto o restringido:** Hace referencia a que la persona concede al contenido de la obsesión gran importancia, logrando convertirse en “el centro de su flujo ideativo consciente” (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011, p. 144). Estos pensamientos obsesivos son no aceptados, temidos y no deseados por la persona, lo que influye en la manera de controlarlo, ya sea con las compulsiones o alguna estrategia de control, lo que hace que la persona entre en un razonamiento circular: “Pienso en algo porque es importante, y es importante porque pienso en ello”.

***Fusión pensamiento-acción, tipo moral:** Como su nombre lo dice, es una fusión entre pensamiento y acción vinculado al carácter inmoral de determinados pensamientos (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011). Para la persona vendría a ser: “Si pienso en algo malo, es que soy malo solo por pensarlo”. Se vincula a la creencia de que pensar en algo no aceptable, como por ejemplo “Matar a mi vecino” es equivalente a realizar la acción.

***Fusión pensamiento-acción tipo probabilidad:** Este tipo de creencia es muy similar al anterior pero con la diferencia de que está relacionada con el pensamiento mágico y la superstición. La persona cree que al pensar en algo aumenta la posibilidad de que ocurra en la realidad. Este tipo de valoraciones suelen tener como consecuencia el uso de la neutralización carente de conexión o relación con lo que se intenta evitar. “Este tipo de cogniciones disfuncionales los propios pensamiento se asocian tanto a la posibilidad de provocar sucesos negativos como a la necesidad de prevenir o impedir su aparición” (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011, p. 155).

Sobrestimar el peligro: Tiene relación a exagerar la probabilidad de daño o peligro en acontecimientos de la vida cotidiana, por el hecho de tener pensamientos u obsesiones que enfatizan que ello pueda suceder. Esto vendría a significar para la persona que muchas actividades cotidianas implican cierto riesgo hasta que no se demuestre lo contrario. “Esto en la clínica del TOC, es una cierta confusión entre la posibilidad y la probabilidad de que ocurran cosas malas” (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011, p. 167)

Responsabilidad excesiva: “Creencia de que uno tiene un poder decisivo para provocar o prevenir (e impedir) acontecimientos negativos subjetivamente importantes” (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011, p. 142). Inicialmente hay un pensamiento intruso de un posible daño, siendo esto lo que detona el sentimiento de responsabilidad excesiva de la persona, de que evite que ocurra algún daño. La persona lo siente como: “Es tan malo no impedir un daño como causarlo”.

Importancia de controlar los pensamientos: Se refiere a la sobrevaloración de la importancia que tiene el control completo de los pensamientos, imágenes y deseos inaceptables, creyendo que es posible. Suele presentarse una atención focalizada de los propios pensamientos, además del mantenimiento de expectativas de control elevada que al no ser logradas, surge otra creencia de que eso le traerá consecuencias negativas a la persona (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011).

Intolerancia a la incertidumbre: Un punto clave dentro de esta creencia es la duda, que es un elemento nuclear del trastorno. “La necesidad de certeza conlleva, de manera muchas veces irremediable, la puesta en marcha de conductas de neutralización en forma de comprobación repetida” (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011, p. 180). A la persona con TOC suele causarle malestar y ansiedad el verse ante cambios inesperados, situaciones nuevas o tomar decisiones.

Perfeccionismo: Dentro de esta creencia resalta la necesidad de que todas las cosas se hagan perfectamente, hasta el mínimo detalle, puesto que el no hacerlo de manera adecuada podría generar graves problemas. “Se puede observar en la práctica clínica que algunos pacientes parecen utilizar los rituales de limpieza, por ejemplo, no tanto para remediar o evitar la contaminación, sino para conseguir un estado de limpieza perfecto” (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011, p. 186).

Obsesiones

Uno de los síntomas predominantes en el TOC son las **obsesiones** para lo cual Rachman (1981) en Belloch, Cabedo & Carrió (2011) sugiere que son pensamientos, imágenes e impulsos repetitivos e intrusos que son inaceptables para el individuo, ocasionando malestar y acompañados generalmente de una resistencia. Las obsesiones provocan una ansiedad excesiva en el paciente, ya que invaden la corriente normal de pensamientos. Muchas veces se muestran como una urgencia, un deseo inaplazable, impulso o necesidad irresistible de hacer o decir algo que suele ser inadecuado socialmente (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011).

Estas obsesiones provocan una respuesta egodistónica en la persona y a pesar de que reconoce que son producto de su mente, es decir, es consciente de la irracionalidad de sus pensamientos, no hay ningún control sobre estos resultándole muy difícil suprimirlos o eliminarlos (Alcazár & Rodríguez, 2010). Las personas con TOC, las describen como algo que no sale de su cabeza, que está constantemente molestándolos hasta llevarlos a realizar el ritual. Muchos están conscientes de que las obsesiones son absurdas, pero que se escapan de su control transformándose en parte en pensamientos que requieren de gran atención. Las obsesiones pueden estar provocadas por estímulos internos o externos de la persona; pudiendo ser pensamientos, emociones, sensaciones fisiológicas que pueden desencadenar en cogniciones intrusivas. Esto podría ser por la salud, por la presencia de algún objeto, por una persona o una situación que le traiga inmediatamente la idea obsesiva, convirtiéndola posteriormente en obsesión (Alcazár & Rodríguez, 2010).

Las obsesiones tienen ciertas características que nos permite delimitarlas como tal, Clark (2005) en Belloch & otros (2011) sintetiza las siguientes: 1) Intrusividad, 2) Inaceptabilidad, 3) Resistencia a su aparición, 4) Incontrolabilidad, 5) Egodistonía

Al referirse a **intrusividad**, está ligado a que estas obsesiones irrumpen de forma involuntaria, bombardeando el flujo normal de pensamientos conscientes, muchas veces inoportunos e invasores. Estos pueden presentar ya sea como una imagen, impulso o pensamiento, siendo repetitivas y recurrentes con el pasar del tiempo. Las personas que padecen TOC están conscientes de que los pensamientos obsesivos son irracionales y absurdos, por ello sus esfuerzos a desaparecerlos de sus pensamientos.

Cuando hablamos de **inaceptabilidad** nos referimos a que el sujeto no acepta estas ideas, valorándolas como inaceptables, **resistiéndose** y a poner varios esfuerzos en eliminarlas de su pensamiento. Afecta en gran parte al estado de ánimo de la persona, donde normalmente se genera ansiedad, pero también emociones negativas como la ira, molestia, tristeza, además de aparecer un sentimiento de culpa.

Contenidos de las obsesiones, los subtipos más comunes:

Algunas de las obsesiones que más presentan los pacientes con TOC, son los siguientes: 1) agresivos, 2) contaminación, 3) dudas/comprobación 4) sexuales/religioso.

Agresivas: Este tipo de obsesión detona como una idea de lastimar, herir, apuñalar, insultar a otro o así mismo sin razón aparente. Generalmente suelen ser dirigidos hacia personas más débiles e indefensas. Este tipo de pensamientos generan culpabilidad, ansiedad, vergüenza, temor a enloquecer (Caballo, Salazar, & Carrobbles, 2015).

Contaminación: Dentro de este tipo de obsesión hay un temor obsesivo por la contaminación a diferentes objetos o situaciones (secreciones corporales, gérmenes, metales pesados, radiaciones, enfermedades, productos químicos, etc.). Las personas con este tipo de obsesión, suelen generalmente utilizar compulsiones de limpieza o evitación de las cosas o situaciones que generan la obsesión (Casado, 2008).

Dudas/comprobación: Las personas con TOC que encajan con este subtipo de obsesión, suelen estar constantemente preocupadas de que suceda “algo malo”, porque no han comprobado de forma completa o minuciosa una cosa o situación que no está correcta. La duda patológica es un componente esencial en la obsesión, llevándole al sujeto a repetidas comprobaciones por un temor obsesivo de que sucederá una catástrofe sino se asegura de que todo está bien (Casado, 2008).

Sexuales/religioso: Dentro de esta obsesión hay pensamientos recurrentes de haber realizado algún acto sexual o blasfemo inaceptable hacia otra persona, o también pueden presentarse como pensamientos obscenos, impuros o incorrectos (Casado, 2008). El componente esencial de estas obsesiones es la culpa, ya que muchas veces las personas suelen estar apegadas a una comunidad religiosa, lo cual provoca que se genere mayor ansiedad porque el contenido de las obsesiones irrumpe con sus creencias religiosas y morales.

Compulsiones

El segundo síntoma que es característico del cuadro clínico del TOC, son **compulsiones** que no son necesariamente evidentes, pues son comportamientos cuya finalidad es reducir el malestar o ansiedad provocado por las obsesiones (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011). En algunas ocasiones las compulsiones tiene relación en el contenido con las obsesiones, un ejemplo de relación puede ser que una persona se lave determinado número de veces las manos después de tocar la perilla de una puerta. Así mismo puede no tener relación al ser un individuo que tiene el impulso de agredirse o agredir a alguien y para evitar pensar en ello, toca su oreja o cuenta números o letras.

Estas compulsiones pueden tender a tener reglas muy estrictas, convirtiéndoles en verdaderos rituales. La persona con TOC tiene la necesidad y obligación de seguir paso a paso la compulsión, ya que de lo contrario y debido al alto nivel de ansiedad puede presentar síntomas de tipo somático, tales como; migrañas, náuseas, vómito, taquicardia, interrumpiendo sus actividades cotidianas (Alcazár & Rodríguez, 2010).

Tipos de compulsiones, como estrategias de afrontamiento:

La compulsión como tal ejerce una función con respecto a la obsesión, ya que es una estrategia para aliviar o atenuar el pensamiento obsesivo, una forma de afrontar o manejar la obsesión para evitar el malestar que provoca en el sujeto. Rachman (1992) en Belloch, Sandín & Ramos (2011) menciona que las compulsiones no solamente son de tipo manifiesto, ya que muchos autores creen erróneamente que todas las compulsiones son acciones evidentes, pero esto difiere de la realidad, ya que muchas compulsiones son mentales o encubiertas, que tienen características de compulsiones manifiestas. Por tanto, no es que las obsesiones son mentales y las compulsiones motoras, ya que las estrategias de afrontamiento para la ansiedad o perturbación provocada por la obsesión pueden tener una gran gama de variantes.

Algunas veces pueden realizarse de manera estereotipada, pero en otras no, ya que es una forma individual de afrontamiento de determinada persona. Sin embargo, Freeston & Ladouceur (1997) en Belloch & otros (2011), han descrito algunas de las modalidades más comunes de las compulsiones.

Compulsiones propiamente dichas

Rachman & Safran (1998) en Belloch & otros (2011), definen a las compulsiones como acciones repetitivas, estereotipadas e intencionales, que se presentan como una necesidad urgente de realizar, donde el sujeto aunque sepa que son incoherentes y no resuelve la ansiedad, siente una fuerte presión de hacerlas. Las compulsiones se refuerzan repetidamente por sus propiedades ansiolíticas temporales. Según varios expertos señalan que dentro de estas hay dos tipos frecuentes de compulsiones, que son las de limpieza y comprobación (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011).

Neutralización

Es un término utilizado en el enfoque cognitivo conductual, el cual se refiere al mecanismo que las personas con TOC utilizan para evitar o escapar de la ansiedad provocado por la obsesión (Caballo, Salazar, & Carroble, 2015). La persona que utiliza la neutralización suele considerarla como una forma lógica y positiva, porque desvía su conducta hacia otras actividades que le eviten seguir en el circuito de la obsesión. Es un intento de “poner las cosas en orden”, sobre todo a nivel interno. “En la actualidad el rango de respuestas a las obsesiones que se incluyen bajo este concepto de neutralización es tan amplio que casi cualquier estrategia parece tener cabida en él” (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011, p. 22).

Comportamientos de evitación

Se enfoca hacia la evitación de estímulos disparadores de las obsesiones asociadas a su vez a las compulsiones. Es una estrategia de afrontamiento, especialmente en los cuadros de obsesivos puros y en los de contaminación. Este tipo de estrategia puede llegar a un punto de generalización, donde el sujeto se limita de forma considerable a realizar actividades necesarias en su vida (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011).

Comportamiento de búsqueda o reaseguración

Este tipo de estrategia involucra a otra persona, donde se genera una demanda de confirmación u opinión para lograr sentir seguridad y disminuir la ansiedad vinculada a las obsesiones. En este tipo de conducta las personas con TOC transfieren parte de la responsabilidad a los demás, llegando a utilizar al terapeuta para lograr la reaseguración de alguna idea obsesiva (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011).

1.5 Clasificación en el DSM-V

1.5.1 Criterios diagnósticos

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas.

Como se mencionó en la primera sección del capítulo, las obsesiones y compulsiones son síntomas claves para detectar el TOC. Las obsesiones se presentan como creencias, ideas, imágenes recurrentes que domina el contenido mental de la persona, impidiendo el flujo normal de pensamientos (Morrison, 2015). Mientras las compulsiones son actos físicos o mentales, que ayudan a suprimir temporalmente la ansiedad generada por las obsesiones. Estos dos síntomas, pueden estar presentes en un solo individuo, pero también puede haber personas que solo presenten obsesiones, o también se les llama obsesivos puros (Morrison, 2015).

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (puede ser más de una hora al día) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Los rituales que se generan para evitar el malestar causado a partir de los pensamientos obsesivos, van formando parte del diario vivir, ocupando mucho tiempo y energía de la persona. Esto va provocando un deterioro progresivo en el funcionamiento normal del individuo, puesto que obsesiones y compulsiones generan cambios a nivel emocional, y van estableciéndose como necesidades básicas e indiscutibles en la persona con TOC. También se genera aislamiento social por vergüenza a los síntomas y a la irracionalidad de los mismos (esto depende del grado de conciencia de la enfermedad que tenga el paciente) (Morrison, 2015).

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

Los síntomas del TOC no son inducidos por la presencia de alguna sustancia psicotrópica, y si así lo fuera se debe evaluar el tipo de sustancia y los efectos de la misma. Dado este caso no sería un TOC de base, ni se hablaría de un tratamiento enfocado en el TOC, sino en la adicción si fuese el caso (Morrison, 2015).

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (comorbilidad con otros trastornos)

El TOC tiene una extensa comorbilidad con otros trastornos, por lo cual es difícil llegar a un diagnóstico diferencial y no confundirlo con síntomas de otros cuadros clínicos. Debe realizarse una valoración muy específica de cada persona que se sospeche que tiene TOC, ya que si no se tiene la experticia suficiente se puede dar un diagnóstico erróneo y por tanto un tratamiento inadecuado (Morrison, 2015).

Especificar sí. (Con introspección buena o aceptable) - (Con poca introspección) - (Con ausencia de introspección/ con creencias delirantes).

Este punto trata de una especificación sobre la conciencia que tiene la persona de su padecimiento, es decir de las obsesiones y compulsiones. En la mayoría de casos las personas pueden darse cuenta de que sus creencias son sustentadas en ideas erróneas, pero existen otros que no logran entender lo ilógico de sus pensamientos obsesivos. Para ello se debe evaluar este punto, no solo para diagnóstico, sino porque pueden estar presentes síntomas de otro que dificultarían el tratamiento (Morrison, 2015).

Especificar si: historia pasado o presente de un trastorno de tics.

Este especificador fue agregado en la última versión del DSM, y está fundamentado en un estudio que parece sugerir que un trastorno de tics crónico pudiera limitar la respuesta del individuo a los fármacos antidepresivos (no a la TCC), siendo que en estos casos los antipsicóticos podrían ayudarles (Morrison, 2015).

1.6 Comienzo, curso y evolución

El TOC suele comenzar en la adolescencia o al inicio de la vida adulta, pero también puede aparecer en la infancia. Su curso es gradual y crónico, muchas veces suele estar asociada a situaciones estresantes o que requieren grandes cambios en la evolución de la vida (pubertad, matrimonio, embarazo, divorcio) (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011). El rango de edad en la que se inicia el TOC es entre los 6 a 15 años en los varones y de 20 a 29 entre las mujeres. Por tanto, el trastorno suele tener un bajo índice de remisión espontánea. Este cuadro clínico se agrava al no ser tratado a tiempo, ya que tiene una

evolución progresiva y crónica donde los síntomas suelen aumentar con el tiempo. El estrés psicosocial suele ser uno de los agravantes de los síntomas (Abramowitz, 2007).

En los casos de niños y adolescentes por la cronicidad del TOC, suelen proporcionar infradiagnóstico y verlo como un fenómeno transitorio. Otras situaciones que pueden explicar el infradiagnóstico son: a) las respuestas problemáticas suelen ser “silenciadas” por quienes conviven con el niño/adolescente, ya sea porque no dan importancia o por considerar que son manías de los niños, b) no disminuye en rendimiento escolar (que es un indicador de bienestar en menores), c) por diagnóstico incorrecto, d) ausencia de egodistonia o malestar intenso, e) las muestras estudiadas presentan un tamaño bajo que impide, en muchos casos llegar a conclusiones fiables (Vásquez, Rodríguez, Martín-Cardenal, & Rodríguez-Lozada, 2003).

En bastantes ocasiones los niños y adolescentes con TOC visitan profesionales no expertos en el trastorno como pediatras, dermatólogos (afecciones en la piel por excesivo lavado), neurólogos (cuando hay tics presentes), dentistas (excesiva limpieza de dientes) o cirujanos plásticos (por obsesiones somáticas o temores dismórficos). En estos casos, al no ser profesionales que estén al tanto de la variedad de trastornos, provoca que en promedio ocho años antes de acudir donde un psicólogo o psiquiatra se solicita otro tipo de ayuda que no conduce a un diagnóstico correcto (Alcazár & Rodríguez, 2010).

En cuanto al curso del TOC, suele iniciarse con una única obsesión o compulsión, que puede mantenerse estable durante meses o años, pero que generalmente cambia de tema en el 90 por 100 de los casos. Siendo así la intensidad del trastorno fluctuante, aumentando con el estrés y disminuyendo con el autocontrol. Hoy en día se conocen algunos factores que potencia el TOC infantil; la asociación del TOC a tics, severidad de síntomas, ausencia a respuesta de tratamientos psicológicos y farmacológicos, antecedentes psicopatológicos familiares, inicio precoz, entre otros (Alcazár & Rodríguez, 2010).

Jenike, Baer & Minichiello (2001) en Alcazár & Rodríguez (2010) establecen en el curso del TOC tres categorías: a) crónico sin remisión, b) fásico con periodos de remisión completa, c) episódico con remisión incompleta. Estos mismos autores recogen una serie de estudios entre los años de 1936 y 1983, en donde informan que la mayoría de casos se sitúan en la tercera categoría solo un 10% presenta un curso crónico y progresivo.

1.7 Relación con otros trastornos

Chen & Disalver (1995) en Casado (2008) estudiaron la comorbilidad del TOC en los trastornos del ánimo, donde pudieron hallar varios datos importantes. Encontraron que el 21% de los pacientes con trastorno bipolar, el 12.2% con depresión unipolar y el 5.9% con otros trastornos, presentaban sintomatología de TOC. Existe una comorbilidad extensa en relación al TOC con otros trastornos, siendo de los más frecuentes los trastornos depresivos y otros trastornos de ansiedad. Crino & Andrews (1996) en Abramowitz (2007) señalan que cerca del 50% de las personas con TOC han presentado por lo menos un episodio depresivo mayor (o episodio distímico) en algún momento.

En cuanto a los trastornos de ansiedad comórbidos se incluye al trastorno por ansiedad generalizada, trastorno de angustia y fobia social con tasas que van de 30 a 45% (Abramowitz, 2007). Rasmussen (2001) en Casado (2008) indica que hay cierta vulnerabilidad en los pacientes con TOC para manifestar otros síntomas de ansiedad. Este planteamiento se apoya en la elevada frecuencia de fobias infantiles referidas por pacientes obsesivos. Ingram (1961) en Casado (2008) encontró que el 25% de 89 pacientes con TOC manifestó fobias significativas en su niñez.

Crino & Andrews (1996) en Belloch & otros (2011) consideran la prevalencia vital de la depresión en el TOC, las tasas aumentan hasta un rango que oscila entre 65 y 80%. Ambos cuadros clínicos coexisten en el tiempo, el problema principal es dirimir cuál de los dos es el primario. Suele tomarse a la depresión como secundaria al TOC, ya que este es en sí depresógeno (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011). En relación a los trastornos de ansiedad, tienen una tasa alta de comorbilidad con el TOC. Uno de los más frecuentes es la fobia social, seguida de fobias específicas.

Con respecto a los trastornos psicóticos, según Insel & Akiskal (1986) en Belloch & otros (2011) dentro de un análisis fenomenológico sobre el TOC y las características psicóticas, solo un pequeño porcentaje de pacientes con TOC presentan síntomas psicóticos puesto que es extremadamente raro que en un cuadro clínico de TOC se presenten síntomas de una esquizofrenia. De hecho es más frecuente que pacientes con esquizofrenia presente síntomas de TOC (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011).

Hay un gran interés en los investigadores sobre la relación del TOC y la esquizofrenia, antes se solía sugerir que las obsesiones era un signo preliminar de esquizofrenia, pero actualmente se distinguen que ambos trastornos son distintas entidades diagnósticas y no hay relación significativa entre ellos (Casado, 2008). Fenton & McGlashan (1986) en Casado (2008) observaron que alrededor de un 10% de pacientes con esquizofrenia presentaban importantes síntomas obsesivo-compulsivos. En este tipo de casos la enfermedad tiene un curso de mayor cronicidad y deterioro social, en comparación de otros esquizofrénicos sin síntomas de TOC (Casado, 2008).

1.8 Tratamiento

Para iniciar el tratamiento hay que saber diagnosticar de manera adecuada el TOC, puesto que la confusión provocaría que el cuadro clínico empeore o que no haya ninguna mejoría en un determinado paciente. Hay diferentes modelos que proponen tratamientos para los casos de TOC, pero los más frecuentes son el farmacológico y la terapia cognitiva-conductual, con su método de exposición y prevención de respuesta, especialmente diseñada para los síntomas del TOC.

Terapia farmacológica

Los medicamentos que se utilizan para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo son los antidepresivos. “Los cinco medicamentos más efectivos son la fluvoxamina (dumirox), la fluoxetina (prozac), la sertralina (besitran), la paroxetina (seroxat) y la clomipramina (anafranil). El citalopram (prisdal), la ventafaxina (vandral), el nafazodone (dutonin) y otros antidepresivos pueden ser eficaces pero se necesitan más estudios” (Pedrick & Hyman, 2003, p. 64).

El anafranil ha sido uno de los medicamentos con mayor uso en cuanto al tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo, perteneciente a los fármacos que antiguamente se los denominaba antidepresivos tricíclicos. Este medicamento ejerce efectos sobre la serotonina y la dopamina y otros neurotransmisores cerebrales. Actualmente se han desarrollado nuevos fármacos, denominados inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina (ISRS), los cuales incluyen al luvox, prozac, zoloft y praxil. (Pedrick & Hyman, 2003).

Las dosis que se utilizan para tratar el trastorno obsesivo compulsivo, suelen ser más altas que las que se usa en los casos de depresión. Los miligramos se van aumentando en base a la prescripción de los médicos y depende en gran medida del avance que se presente un determinado paciente, ya que cada organismo es distinto y necesita de diferentes niveles de dosis. Estos medicamentos pueden requerir de una o dos semanas para que surtan efecto a nivel neuroquímico. Así mismo dentro de estas dos semanas se pueden presentar los síntomas secundarios de la medicación, sin que exista ninguna disminución de los síntomas del TOC (Pedrick & Hyman, 2003).

Los psicofármacos que se utilizan en el tratamiento del TOC no están exentos de provocar efectos secundarios y depende de la respuesta de cada organismo que estos sean severos o leves. "Con frecuencia, los efectos colaterales disminuyen o desaparecen una vez que se consume la medicación durante un determinado periodo" (Pedrick & Hyman, 2003, p. 67). Dentro de los efectos secundarios que provoca la medicación del TOC suelen estar; los problemas de sueño, intranquilidad (tensión), fluctuaciones en el peso, boca reseca (reducción de la saliva), náuseas, problemas gastrointestinales, estreñimiento, diarrea, vértigo, disfunción sexual (disminución del libido) (Pedrick & Hyman, 2003).

Terapia cognitiva conductual (TCC)

Como hemos mencionado anteriormente, debe existir una valoración funcional de los desencadenantes obsesivos y las respuestas cognitivas y conductuales a estos estímulos, donde también se incluyen los rituales obsesivos, ya sean manifiestos u ocultos (Abramowitz, 2007). La terapia cognitivo conductual trabaja sobre ciertos puntos, uno de ellos es el aprendizaje de habilidades para debilitar los síntomas del TOC y para ello el paciente debe conocer plenamente todas sus obsesiones y compulsiones. Como se ha recalcado, el paciente tiene un trabajo que realizar y que coopere al trabajo del terapeuta, es decir la **autovigilancia**. Esta permite mantener un registro en tiempo real de los desencadenantes que conducen a rituales, así como el tiempo que le toma a la persona realizarlos (Abramowitz, 2007).

Según el Dr. Lewis en Yaryura-Tobias & Neziroglu (1997) en Pedrick & Hyman (2003) en base a una investigación demostró que la terapia de conducta genera cambios positivos en la actividad cerebral similares a los producidos por un tratamiento farmacológico adecuado. Por ello la TCC ofrece al paciente con TOC herramientas necesarias para afrontar sus síntomas. Los objetivos terapéuticos de la TCC en cuanto a

los pacientes con TOC son: a) aceptar los pensamientos intrusivos con normalidad, b) aceptar que el temor a las consecuencias es el problema, c) combatir la creencia de que las consecuencias pueden ser ciertas, d) diferenciar pensamiento de acción y e) aceptar la ansiedad (Gavino, 2008). “Un tratamiento conductual exitoso requiere motivación y una práctica diaria” (Pedrick & Hyman, 2003, p. 75).

Uno de los métodos que se utiliza dentro de la TCC, es la **psicoeducación** que es un proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. Además ayuda al paciente a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente el tratamiento y favorecer a una mejora en la calidad de vida (Bulacio, 2016). Dentro del TOC, se familiariza al paciente con la prevención de respuestas, cómo se va a llevar a cabo y lo que va a suceder inicialmente. Además se explica la relación funcional entre las obsesiones y los rituales. Una de las estrategias es normalizar el pensamiento obsesivo, es decir explicar a la persona que todos tienen ideas y que las personas con TOC suelen enfocarse o darle mayor importancia (Abramowitz, 2007).

La **prevención de respuesta** o “terapia apotrópica” es un método utilizado por el modelo conductual específicamente. La prevención de respuesta (PR) es un programa de intervención terapéutica diseñado por Víctor Meyer en Londres a principio de los años setenta, desarrollado específicamente para las personas con TOC (Gavino, 2008). Dentro del modelo de prevención de respuesta original se utilizan otros elementos como el **modelado** y el **refuerzo social del terapeuta** (Tallis, 1999). La prevención de respuesta tiene como norma principal prevenir el ritual, no prestando atención al estímulo obsesivo que suele desencadenar en la compulsión. Los objetivos fundamentales de la aplicación de este programa es disminuir la frecuencia y duración de las obsesiones y compulsiones. También se requiere de la eliminación de obsesiones y compulsiones para que finalmente la persona se incorpore en su medio con normalidad (Gavino, 2008). Se pretende que estos objetivos se consigan al mismo tiempo y no por un orden específico.

La prevención de respuesta contiene cuatro partes fundamentales, donde se deben llenar registros que permitan: 1) conocer cómo, dónde, cuándo y cuáles son las conductas compulsivas, 2) se añade una estrategia para cada compulsión, 3) elaborar una jerarquía de mayor a menor sobre el grado de ansiedad que generan las conductas compulsivas y

4) se incorpora una lista de actividades que la persona no ha podido realizar a causa de las compulsiones (Gavino, 2008). Todo este trabajo que se lleva a cabo entre paciente y terapeuta, lo cual permite identificar claramente las compulsiones, para poder eliminarlas gradualmente.

El propósito de la prevención de respuesta es disminuir la frecuencia de la compulsión/ritual. “Se instruye a la persona con trastorno obsesivo compulsivo para que enfrente el estímulo temido, para que experimente la urgencia de efectuar el ritual y después bloquee simultáneamente las compulsiones” (Pedrick & Hyman, 2003, p. 76). Inicialmente se capacita a la persona para que se demore en realizar la compulsión, haciéndolo de manera gradual hasta que ya no se la realice. La meta de la prevención de respuesta es el cese total de toda compulsión (Pedrick & Hyman, 2003).

Dentro del modelo cognitivo conductual, existe también un componen que implica la modificación de pensamiento y creencias distorsionadas. “Existe muy poca evidencia empírica controlada de que la terapia cognitiva por si sola constituya un tratamiento efectivo [...] sin emplearse el componente conductual” (Pedrick & Hyman, 2003, p. 77). Esto se debe en gran parte porque las personas con TOC ya realizan un trabajo sobre sus cogniciones disfuncionales y son conscientes de que su pensamiento es obsesivo y anormal. Por ello es importante que la terapia cognitiva se combine con la exposición y prevención de respuesta (Pedrick & Hyman, 2003). Dentro de la terapia cognitiva “se anima a la persona a que identifique los pensamientos y actitudes distorsionadas y los sustituya por otros más saludables” (Pedrick & Hyman, 2003, p. 77).

La TCC es una de las terapias más eficaces para ayudar a las personas con TOC a reducir en mayor medida sus síntomas. Sin embargo existen otros enfoques que han desarrollado sus propias estrategias para ayudar a pacientes con TOC a desenvolverse de mejor manera en la vida cotidiana.

Dentro de la psicología comunitaria existen ciertos parámetros que requieren evaluarse para la realización de un proyecto o un plan de tratamiento dirigido a una persona con TOC. Hay que tomar en cuenta la incidencia y prevalencia del problema, la expresión y demanda del paciente, el grado de conocimiento de los síntomas, los recursos actuales de la persona y si hay una repercusión individual, familiar o social con respecto al cuadro clínico (Calderón, 1992). Para que los objetivos se realicen es necesario organizar las actividades a realizar en cuatro áreas: investigación, educación, servicio y

coordinación. Dentro de la investigación se debe concebir dos niveles, el extramural y el intramural, donde el primero se refiere al conocimiento sobre los aspectos epidemiológicos del proceso psicopatológico. En tanto, en el nivel intramural se trata de tener presente los estudios realizados con respecto a determinada patología, lo que permite llevar un mejor tratamiento (Calderón, 1992).

Dentro de lo que se refiere a salud comunitaria y que puede ser aplicado en el tratamiento de un paciente están otras variables que hay que tener presentes. La educación es un parte fundamental en el proceso comunitario, puesto que permite dar respuesta a los objetivos generales y particulares de un tratamiento que ha sido programado (Calderón, 1992). El servicio es un punto muy importante en el ámbito comunitario, pero no deja de ser muy valioso al momento de trabajar con un solo individuo, puesto que le permite integrarse en un plano social (Calderón, 1992). “La coordinación debe estar encaminada a maximizar los recursos asistenciales, educativos, culturales, administrativos y políticos” (Calderón, 1992, p. 179).

2 Capítulo 2: Trastornos de personalidad grupo C (DSM-V)

2.1 Definición de personalidad

Definir concretamente lo que es personalidad, es un trabajo que ha llevado años a filósofos y psicólogos. Cada autor que intenta definirla utiliza su propio punto de vista y enfoque para hacerlo, lo que permite que tengamos un sin número de definiciones, unas más claras que otras. Antiguamente “el término personalidad procede etimológicamente de la palabra latina <persona> que se refería a las máscaras que los actores utilizaban en las representaciones teatrales” (Bermúdez, Pérez, & Sanjuán, 2011, p. 28). A pesar de que no haya una definición aceptada por todos los teóricos de la personalidad, una de las más comunes es planteada por Roberts & Mroczek (2008) en Feist, Feist & Roberts (2014) donde señalan que la personalidad es un patrón de rasgos relativamente permanentes y de características singulares que confieren coherencia e individualidad al comportamiento de una persona.

Desde el enfoque conductista, Skinner menciona que la personalidad es un conjunto de pautas de la conducta, donde las distintas situaciones que le acontecen a un sujeto generan patrones de respuesta diferentes. Para Skinner la respuesta de un sujeto es generada en base a sus experiencias y conformación genética (Frage & Fadiman, 2010). Como base de la teoría de Skinner, el condicionamiento, genera cambios a nivel conductual mediante estímulos y refuerzos que son aplicados por periodos de tiempo. Lo interesante de este punto y lo que hace que la personalidad sea un foco de atención, es que a pesar de que los estímulos y refuerzos sean aplicados, los patrones de conducta son distintos en diferentes personas (Feist, Feist, & Roberts, 2014).

Bandura desarrolló la teoría social cognitiva, donde uno de los términos más relevantes es el aprendizaje social o también llamado el aprendizaje por observación en donde se describe que la simple observación de la conducta del modelo parece ser suficiente para promover el aprendizaje, siendo un tipo de conducta por igualamiento o también entendido como imitación (Di Caprio, 1989). Dentro del proceso de aprendizaje pueden incluirse el reforzamiento, el modelamiento o la observación por si sola, pudiendo ser así un aprendizaje sin ensayos. ”El aprendizaje por observación requiere la capacidad de desplegar actividad simbólica. Podemos formar símbolos cognoscitivos,

representaciones imaginarias, conceptuales y verbales de los hechos” (Di Caprio, 1989, p. 485).

2.2 Definición de trastorno de personalidad

Algunos autores lo definen como “una alteración transitoria de uno o más aspectos del funcionamiento mental habitual de una persona, que tiene consecuencias negativas en diversos ámbitos” (Belloch & Fernández, 2010, p. 22). Estos pueden ser en la vida cotidiana, en su estado de ánimo, en sus relaciones personales, en su adaptación a cambios, en su comportamiento, entre otros. Los trastornos de personalidad causan un gran sufrimiento a la persona que los padece, ya que su entorno social cercano y lejano se ven muy afectados, por ende la manera en cómo experimenta su vida es muy caótico. Wakefield (2006) en Belloch & Fernández (2010) resalta dos características nucleares en todo trastorno mental: su negatividad en relación con los valores y normas culturales, y su carencia de utilidad desde el punto de vista evolutivo, a lo que llamó “disfunción dañina”.

El trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta de lo que se espera socialmente de un sujeto, siendo así un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, donde su inicio suele estar comúnmente en la adolescencia o en la edad adulta temprana, deteriorando al sujeto que padece de uno (APA, 2014). Dentro del DSM-V, los trastornos de personalidad manifiestan alteraciones en al menos dos de las siguientes áreas: la cognición, la afectividad, el funcionamiento interpersonal o el control de los impulsos. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales que provocan un malestar clínicamente significativo, un deterioro social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento. El patrón que se presenta no es una manifestación o consecuencia de algún otro trastorno mental y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o alguna otra afección médica (APA, 2014).

Hay que recalcar que un trastorno es algo temporal y transitorio, independientemente de que en la realidad clínica muchos de los trastornos mentales sean de larga duración. Además del trastorno se refiere a una alteración o anomalía focalizada

en algún sistema, función o proceso específico, siendo el proceso el responsable del trastorno (Belloch & Fernández, 2010). En tanto a lo que se refiere a los Trastornos de Personalidad (TP) “se caracterizan por su aparición temprana en la vida del individuo, su estabilidad, y su resistencia al cambio [...] uno de los elementos clave de la personalidad es el hecho de que permanece relativamente estable a lo largo de toda la vida” (Belloch & Fernández, 2010, pág. 24). Podemos decir que un TP se refiere a cuando el modo de ser de una persona en la cotidianidad es patológico, disfuncional o anormal. El TP afecta a todos o la mayoría de los sistemas, procesos o funciones que nos identifican como seres humanos y no a una sola función (Belloch & Fernández, 2010).

Dentro de los TP existen dos caras, donde la personalidad en sí misma del individuo toma dos extremos diferentes que no le permiten la estabilidad. Uno de ellos es cuando una persona posee un rasgo de manera extrema, en donde su modo de ser hacer, de expresarse, de comportarse es el mismo independientemente de cualquier situación. Por ende su repertorio de comportamientos es limitado, predecible, reiterativo e inflexible, y no le permite aprender nuevas formas de comportamiento, de expresar, de relacionarse con los demás. En tanto el otro extremo radica en la inestabilidad de la personalidad, siendo su comportamiento, su modo de expresarse, de relacionarse con otros impredecible (Belloch & Fernández, 2010). Las repercusiones de esta inestabilidad son que a la persona no le permiten buscar alternativas de solución, no puede conocer concretamente lo que desea o quiere, no hay una planificación de su vida en base al bienestar, convirtiéndose en una “caja de sorpresas”.

Los extremos de estabilidad e inestabilidad de la personalidad son elementos nucleares de los TP. Las personas que padecen un TP tienden a ser vulnerables, psicológicamente frágiles, no soportan el estrés provocado por situaciones nuevas o cambios (Belloch & Fernández, 2010). “Los TP son disfuncionales porque revelan un modo de ser que no es útil, sino dañino, para el desarrollo de las potencialidades y capacidades del individuo, para adecuar sus necesidades y sus logros, para responder a las demandas sociales” (Belloch & Fernández, 2010, p. 24).

A pesar de que los trastornos de personalidad sean una alteración bastante compleja, que provoquen sufrimiento y malestar al sujeto que lo padece y a quienes lo rodean, no suele haber conciencia de la enfermedad. Aunque las personas que padecen un TP estén en un malestar continuo, suele ser la no aceptación por parte de los demás

del modo de ser de la persona que presenta, que genera el malestar en sí mismo. A diferencia de otros trastornos los TP suelen ser egosintónicos, por lo que es muy complejo que vayan a recibir atención médica o psicológica, a no ser que un miembro de su círculo social logre que este acuda (Belloch & Fernández, 2010).

2.3 Clasificación de los trastornos de personalidad en el DSM-V

Dentro del DSM-V se han dividido en tres grupos a los trastornos de personalidad, basados en las similitudes descriptivas. El grupo A embarca a las personas que se presentan como raras y excéntricas, donde residen los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica. En el grupo B, las personas suelen ser exageradamente dramáticas y emocionales, donde están los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista. En el grupo C residen las personas que suelen ser ansiosas y temerosas, donde está compuesto por los trastornos de personalidad evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo (APA, 2014).

A continuación se hará una revisión a breves rasgos de lo que se refiere cada trastorno de personalidad, dentro de su clasificación en un grupo determinado (APA, 2014):

Grupo A

-Trastorno de la personalidad paranoide: Es un patrón de desconfianza y suspicacia, de manera que se interpretan las intenciones de los demás como malévolas.

-Trastorno de la personalidad esquizoide: Es un patrón de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de la expresión emocional.

- Trastorno de la personalidad esquizotípica: Es un patrón de malestar en las relaciones íntimas, de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidades del comportamiento.

Grupo B

- Trastorno de la personalidad antisocial: Es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.

- **Trastorno de la personalidad límite:** Es un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada.
- **Trastorno de la personalidad histriónica:** Es un patrón de emotividad y de búsqueda de atención excesivas.
- **Trastorno de la personalidad narcisista:** Es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

Grupo C

- **Trastorno de la personalidad evitativo:** Es un patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa realizada por otros.
 - **Trastorno de la personalidad dependiente:** Es un patrón de comportamiento de sumisión y necesidad excesiva de ser cuidado y protegido por otro(s).
 - **Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva:** Es un patrón de preocupación por el orden, perfeccionismo y control sobre todo a su alrededor.
- * **Trastorno de la personalidad debido a otra afección médica:** Es un trastorno de la personalidad persistente que se sospecha que es debido a los efectos fisiológicos directos de una afección médica (por ejemplo una lesión en el lóbulo frontal).
- * **Otro trastorno de la personalidad especificado y trastorno de personalidad no especificado:** En esta categoría se agrupan dos situaciones distintas: 1) un patrón de la personalidad que cumple los criterios de un trastorno de personalidad y que presenta rasgos de varios trastornos de personalidad, pero no cumple los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad, 2) un patrón de la personalidad que cumple los criterios generales para un trastorno de la personalidad, aunque se considera que la persona tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación de DSM-V (por ejemplo el trastorno de la personalidad pasiva-agresiva).

A continuación se describirán más específicamente los trastornos del grupo C, que incluyen el Trastorno de personalidad Evitativo (TPE), Trastorno de Personalidad Dependiente (TPD) y el Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsivo (TOCP). Se

abordaran sus características y síntomas principales, así como su comorbilidad con otros trastornos, epidemiología y criterios diagnósticos del DSM-V.

2.4 Trastorno de personalidad evitativo (TPE)

“La etiqueta <personalidad evitadora> fue acuñada por Millon (1969) como una descripción de los individuos que se distinguen por su evitación activa [...] de las relaciones sociales” (Caballo, 2004, p. 194). Las personas que padecen del trastorno de personalidad evitativo, suelen tener un estilo de vida solitario, donde solo se dedican a las actividades que les competen, evitan tener contacto con personas fuera de su círculo familiar, amigos cercanos y pareja. No se permiten ningún acercamiento a algo o alguien nuevo, ya que sus sentimientos y creencias de poder ser avergonzados o humillados por otros les impiden involucrarse en algún asunto social. “Las formulaciones cognitivas contemporáneas consideran que el rasgo esencial es la evitación tanto social, como conductual, cognitiva y emocional” (Belloch & Fernández, 2010, p. 132).

“Las personalidades evitadoras son extraordinariamente sensibles a la depreciación social y a la humillación. Sienten profundamente su soledad y su existencia aislada y experimentan un estado de <estar fuera de> que resulta doloroso” (Millon, 2004, p. 272). Muchas veces las personas con un trastorno de personalidad evitativo suelen tener deseos de aceptación que son reprimidos, además de una sensación de soledad y desamparo. Las personas con este tipo de trastorno suelen utilizar mecanismos de defensa como la fantasía e imaginación, además de utilizar la sublimación de sus sentimientos y deseos más íntimos en actividades creativas o artísticas (Millon, 2004).

2.4.1 Criterios diagnósticos en el DSM-V

Dentro del DSM-V, el trastorno de la personalidad evitativo es un patrón que se caracteriza por la inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa realizada por otros, que suele estar presente en las primeras etapas de la edad adulta. Se presenta en los siguientes hechos y se requiere de al menos cuatro (o más) para determinar un trastorno de la personalidad evitativo (APA, 2014).

- a) Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.
- b) Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás a no ser que esté seguro de ser apreciado.
- c) Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.
- d) Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
- e) Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.
- f) Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.
- g) Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.

“Las personas con este trastorno de personalidad tienden a exagerar los peligros potenciales de las situaciones ordinarias, y se someten a un estilo de vida restringido como consecuencia de su necesidad de certeza y seguridad” (APA, 2014, p. 673). Estos individuos suelen evaluar cuidadosamente el comportamiento y expresiones de las personas con las que entran en contacto, siempre preocupados por la posibilidad de reaccionar a la críticas de otros con llanto o ruborizándose. La hipersensibilidad al rechazo y su baja autoestima está relacionada con su temor a establecer vínculos, convirtiéndolos en personas aisladas que no cuentan con una red de apoyo social que pueda apoyarle en momentos de crisis. En el ámbito ocupacional puede tener varios problemas por la negativa a realizar contacto con otros, evitando así realizar bien su trabajo y las posibilidades de ascenso (APA, 2014).

2.4.2 Epidemiología

Según Reichborn-Kjennerud (2007) en Belloch & Fernández (2010) la prevalencia del TPE en la población general está entre 0,5 y el 5%, aumentando hasta el 39% en paciente ambulatorios, razón por la que se plantea que es uno de los trastornos

de personalidad más frecuente en la población mundial. En lo que refiere a la distribución por género, no existe diferencia entre hombres y mujeres (Belloch & Fernández, 2010). Phillips & McElroy (2000) en Caballo (2004) investigaron la prevalencia de los trastornos de personalidad en una muestra de 148 sujetos con trastorno corporal dismórfico, encontrando que el TPE era el más común de todos, alcanzando un 46%.

Hudson & Rapee (2000) en Caballo (2004) señalan en base a estudios que los niños ya a temprana edad presentan vergüenza y timidez en situaciones sociales, alrededor de los 2 a 3 años, donde experimentan emociones negativas frente a la crítica y desaprobación de los demás. Faravelli (2000) en Caballo (2004) dice que a pesar de que los componente predecesores del TEP tenga una incidencia en la infancia, es un cuadro que va acrecentándose, donde los primeros síntomas se presentan en la adolescencia, a una edad promedio de 15 años.

2.4.3 Características clínicas

La persona con este trastorno suele tener un comportamiento inhibido en situaciones sociales, con una excesiva sensibilidad ante juicios negativos que puedan hacer otras personas sobre él (Belloch & Fernández, 2010). “Debido a sus sentimientos de inferioridad y a su temor al rechazo, se muestra tímido, retraído e inhibido en situaciones sociales novedosas, sobre todo con personas desconocidas” (Belloch & Fernández, 2010, p. 132). Sus temores excesivos al rechazo lo hacen sentirse herido con cualquier crítica leve. Su desconfianza hacia los demás hace que no pueda crear nuevos vínculos, ni pueda abrirse al resto por temor a ser ridiculizado, no aceptado y dañado emocionalmente. Con respecto a su círculo familiar y de amigos cercanos, es alguien muy fiel, dedicado, cariñoso y sacrificado. En cuanto a la relación de pareja, suelen tener una sola en toda su vida (Caballo, 2004).

Oldham & Morris (1995) en Caballo (2004) proponen una serie de características típicas en el estilo de personalidad evitativo:

- Prefieren lo conocido, rutinario y habitual.
- Al no conocer a una persona suelen mostrarse amables, corteses y pone distancia emocional.

- Son personas de pocos amigos y suelen sentirse muy unidos a su familia con los que tiene lazos muy fuertes y duraderos, son su fuente de confianza.
- Mantiene una preocupación excesiva en cuanto a lo que los demás piensan de ellos. Necesitan la aprobación de los otros para conseguir el bienestar consigo mismos.
- Suelen ser muy educados y comedidos.
- Comportamientos discretos, evitan opinar sobre los demás.
- Invierten bastante energía en la fantasía, imaginación y creación.
- Son personas con necesidades de saber.
- Pueden desarrollar estrategias de afrontamiento contrafóbicas, llevando a cabo conductas que son las que precisamente les temen.

“Los sujetos con este trastorno se caracterizan por síntomas relativos a la esfera interpersonal, como la evitación de actividades que impliquen un contacto interpersonal significativo, debido a las críticas, la desaprobación y el rechazo” (Caballo, 2004, p. 199). Según Millon (2004) dentro del trastorno evitador de la personalidad se pueden observar sus características más relevantes en cuatro niveles (comportamental, fenomenológico, intrapsíquico y biofísico) de los cuales revisaremos los tres primeros a continuación.

Dentro del **nivel comportamental** del prototipo evitador se puede evidenciar un comportamiento observable de ansiedad, inquietud y temor en situaciones donde siente que puede ser ridiculizado o rechazado por parte de otros. Ejerce un gran control sobre sus expresiones emocionales, así como sobre sus sentimientos de ira y confusión. En su comportamiento interpersonal, que suele ser evidentemente aversivo hacia actividades que impliquen relaciones personales íntimas, manteniéndose a distancia, cuidando su privacidad. Las demás personas suelen verlos como personas tímidas, retraídas, frías y distantes (Millon, 2004).

En el **nivel fenomenológico** de la personalidad evitadora podemos tomar en cuenta el rastreo del entorno para evitar alguna amenaza potencial, además de la presencia de pensamientos intrusos que irrumpen con el control psíquico y que a su vez interfiere en la comunicación social. Las personas con trastorno de la personalidad evitativa suelen ser muy sensibles a las sutilezas del tono de voz y la carga afectiva manteniéndolos en hipervigilancia del significado de las emociones en contraste con las inflexiones de la voz y de las muecas (Millon, 2004).

Todo este proceso de hipervigilancia interfiere con el flujo normal de pensamientos. Sumado a ello los evitadores suelen verse a sí mismo como socialmente ineptos, devaluando cualquier característica positiva. Esto les sirve de justificativo al aislamiento y rechazo que recibe de los demás, validando así las persistentes sensaciones de vacío y soledad en su vida. Dentro de los evitadores residen fragmentos de recuerdos intensos y conflictivos del pasado que con cualquier suceso mínimo se reactivan, por lo que los mecanismos de afrontamiento son casi nulos para resolver los conflictos o controlar los estresores del ambiente. A pesar de que evitan su mundo exterior, su mundo interno es el que le causa verdadero sufrimiento y ansiedad, puesto que reside una actitud de menosprecio, sus pensamientos son una fuente dolorosa de recuerdos de rechazo y de lo terrible y miserables de sus vidas (Millon, 2004).

En cuanto al **nivel intrapsíquico** están los mecanismos que utiliza el evitador para conseguir cierto nivel de gratificación para sus necesidades, ganar algo de confianza y poder resolver conflictos. Utiliza la fantasía como medio para descargar sus impulsos y afectos frustrados sin ponerlo en peligro (Millon, 2004). La represión de sus sentimientos suele ser su único recurso por ello la primera impresión que dan es una sensación de embotamiento, falta de emotividad e indiferencia que enmascara todo el flujo de sentimientos que experimenta. La estructura psíquica de las personas evitadoras es un conjunto precario de emociones tortuosas que pueden hacer tambalear su frágil control psíquico, y que solo cuentan con la evitación y el escape por la fantasía cuando enfrenta riesgos personales o situaciones estresantes (Millon, 2004).

2.4.4 Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Existen algunas dificultades al momento de establecer un diagnóstico claro de trastorno de la personalidad evitativo, ya que dos trastornos de tipo ansioso comparten ciertas características en común, estos son la fobia social generalizada y el trastorno de angustia con agorafobia (Belloch & Fernández, 2010).

En relación a los trastorno de ansiedad, la principal diferencia del TPE con la fobia social se refiere a la exposición a situaciones sociales donde el sujeto con TPE presenta rasgos de baja autoestima y necesidad de aceptación. Zimmerman & Grant (2005) en

Belloch & Fernández (2010) señalan que ambos cuadros clínicos suelen coexistir y se estima entre un 26% y un 45,2% para el TPE como diagnóstico secundario en fobias sociales, que suelen ser el diagnóstico principal. En relación al trastorno de angustia por agorafobia, hay también una comorbilidad de 21,8% según Zimmerman (2005) en Belloch & Fernández (2010), siendo una de las principales diferencias que en el trastorno de angustia con agorafobia la conducta de evitación suele aparecer posterior a la crisis de angustia, con estímulos desencadenantes claros (Caballo, 2004).

Con respecto a los síndromes fóbicos presentes en el TPE son las fobias sociales las que “están tan arraigadas y son tan generalizadas en los evitadores, que es difícil indicar dónde terminan los rasgos de personalidad y dónde comienzan los síntomas fóbicos” (Millon, 2004, p. 285). Estas fobias suelen dirigirse más concretamente a personas o situaciones específicas, y no suelen ser utilizados como ganancia secundaria para la búsqueda de atención por parte de otros como en el TPD o TPH. Dentro de la relación que puede haber entre los síndromes somatomorfos y el TPE, está presente la hipocondría que viene a ser el resultado de la excesiva observación de las actitudes de otras personas hacia ellos y las situaciones sociales, así como también el aislamiento social y la excesiva preocupación por sí mismos pueden generar sensaciones corporales desagradables que pueden ser utilizadas como justificativo para el mismo aislamiento social (Millon, 2004).

Con lo que se refiere al trastorno de personalidad esquizotípico difiere del trastorno de personalidad evitativo por las excentricidades, discurso extraño e ideas de referencia, además de las ideas delirantes y alucinaciones presentes en otros síndromes esquizofrénicos. En vez de ellos los evitadores presentan una anticipación constante de las humillaciones, temor al rechazo interpersonal, necesidad de afecto, falta de autoestima y deseo de aceptación social (Millon, 2004). En relación al trastorno de personalidad paranoide existe cierta comorbilidad con los evitadores, ya que comparten el temor que les provoca un entorno amenazador. Sin embargo, en el evitador residen sentimientos de soledad y estado de hipervigilancia por su baja autoestima y devaluación personal, mientras que en el paranoide se mantienen sus deseos de autonomía y de la presunción de malicia por parte de los demás (Millon, 2004).

2.5 Trastorno de personalidad dependiente (TPD)

Los sujetos que padecen de un trastorno de personalidad dependiente (TPD), como el mismo nombre los describe están atados a las exigencias y necesidades de los demás, sin lugar a que ellos vivan y tomen sus propias decisiones. Son personas que “viven dependiendo de los demás para tomar cualquier decisión, para trabajar, para divertirse para ilusionarse. Sus vidas solo tienen sentido cuando hay personas que las llenan, que las ilusionan, que se preocupan por ellos” (Caballo, 2004, p. 215). Siempre tratar de mantener un ambiente armonioso, ya que no les gustan las peleas, sienten la necesidad de siempre tener a alguien quien los cuide y proteja. Se podría pensar que este tipo de personalidad tiene una tendencia en dirección al sexo femenino por los roles sociales que cumple (ama de casa, cuidado de los hijos), pero esto ha ido cambiando gracias a la incorporación de la mujer en el mundo laboral (Caballo, 2004).

2.5.1 Criterios diagnósticos en el DSM-V

El trastorno de la personalidad dependiente se caracteriza por una necesidad dominante y excesiva de cuidado, lo que conlleva a un comportamiento sumiso, de apego y temor a la separación, presentándose en las primeras etapas de la edad adulta. Se presenta en los siguientes hechos y se requiere de al menos cinco (o más) para determinar un trastorno de la personalidad evitativo (APA, 2014).

- a) Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la reafirmación excesiva de otras personas.
- b) Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.
- c) Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación (no incluye los miedos realistas de castigo).
- d) Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).
- e) Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.

- f) Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.
- g) Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.
- h) Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Las personas que padecen este trastorno de personalidad son dependientes de los consejos y ayuda de los demás, se preocupan excesivamente por la posibilidad de que la otra persona les abandone a pesar de que no haya motivos que justifiquen esos temores poco realistas. Una de las características que lo distingue es la duda y el pesimismo, despreciando sus propias habilidades y recursos, teniendo una baja autoestima que les hace creer que son “inútiles”. En cuanto a su rendimiento ocupacional suele verse afectado por el hecho de no creerse capaz de realizar tareas de responsabilidad y al enfrentarse con la ansiedad al momento de tomar decisiones, esto por su falta de iniciativa y autonomía (APA, 2014).

2.5.2 Epidemiología

Widiger & Sanderson (1997) en Caballo (2004) han encontrado una prevalencia del TPD entre el 5% al 30% en poblaciones clínicas. Alnaes & Torgersen (1988) en Caballo (2004) han hallado en sus investigaciones un 47% de prevalencia en pacientes ambulatorios. En relación a la población en general Weissman (1993) en Caballo (2004) informa de porcentajes que van de 1,6 a 6,4%. En cuanto a la prevalencia del trastorno en mujeres y hombres, Hirschfeld, Shea & Weise (1991) en Caballo (2004) señalan una distribución por igual en ambos sexos.

2.5.3 Características clínicas

Belloch & Fernández (2010) señalan cuatro características fundamentales en este trastorno, dentro de ellos una excesiva necesidad de ser cuidado y protegido por otros donde se generan conductas de apego, sumisión y miedo al no contar con el apoyo de otros. En lo que se refiere a la toma de decisiones, es un problema bastante complejo para

las personas con TPD, puesto que hasta para las decisiones más cotidianas (ropa que usará, comida que quiere, gustos) necesita el consejo de alguien. Deja a cargo a otras personas para decidir en cuanto a cuestiones importantes de su vida (trabajo, pareja, amigos). Cuando está en desacuerdo con alguien oculta o reprime sus sentimientos o deseos por temor al abandono. Puede llegar a realizar cosas desagradables para mantener la atención de los otros, ya que es incapaz de poder estar solo por temor a tener que cuidar de sí mismo. Un ejemplo de ello es que al finalizar una relación suele buscar pareja rápidamente, para que ocupe el lugar que la otra persona dejó (Belloch & Fernández, 2010).

Según Millon las personas con este trastorno suelen caracterizarse por cinco rasgos (Belloch & Fernández, 2010):

- Un comportamiento que fluctúa entre incompetencia e indefensión.
- Una conducta interpersonal que va de sumisa a pegajosa.
- Un estilo cognitivo que oscila entre ingenuidad y credulidad.
- Una expresión afectiva entre pacífica y tímida.
- Una percepción de sí mismo que se sitúa entre inepta e inadecuada.

La actitud sumisa, de incompetencia y pasiva son aspectos clave en este trastorno, ya que son personas que mantiene una actitud ansiosa y triste. La fuente de gratificación reside en la actitud de los otros hacia ellos, es decir por el apoyo y afecto que reciben por parte de otros (Caballo, 2004). Dentro de las características de las personas con TPD es la empatía que sienten por los otros, sobretodo donde residen las fuentes de apoyo, anticipándose a sus deseos y necesidades anteponiendo los suyos. Su baja autoestima les impide hacerse responsables de sí mismo, de su vida, dejando a cargo a otros para que puedan guiarlos y decirles lo que deben hacer. Como hemos señalado, las personas con este trastorno no pueden tomar decisiones, pero al verse en una situación donde tenga que hacerlo experimentan un gran malestar y ansiedad, más aun si su desempeño es evaluado por otros. Es muy característico que los sujetos con TPD eviten situaciones nuevas (trabajo), ya que no quieren realizar esfuerzos por temor a quedar muy cansados (Caballo, 2004).

Millon (2004) destaca las características principales del trastorno de personalidad dependiente en cuatro niveles (comportamental, fenomenológico, intrapsíquico y biofísico), de los cuales se expondrán los tres primeros niveles a continuación.

Dentro del **nivel comportamental** la persona dependiente se muestra expresivamente incompetente ya que es muy fácil observar su falta de confianza en sí mismo. Dentro de situaciones sociales evita ser el centro de atención, menospreciando sus logros y cualidades, pero buscando constantemente la aprobación y aceptación del resto, muestra de ello es que son proclives a sacrificarse en sus relaciones interpersonales (Millon, 2004). Su comportamiento es sumiso con respecto a los demás, ya que requiere de los consejos y seguridad que otra persona le pueda brindar, por lo que carece de las habilidades necesarias para satisfacer sus necesidades. Suele dejar su vida, responsabilidades y objetivos a otras personas, perdiendo en cierto grado su individualidad, evitando expresiones de poder e iniciativa con el fin de recibir el apoyo de otros (Millon, 2004).

Con respecto al **nivel fenomenológico** las personas con TPD suelen ser muy fáciles de convencer por lo que pocas veces pueden estar en desacuerdo con los demás, por lo que la impresión que puedan dar es de ser muy confiados. Siempre ven el lado bueno de las cosas, lo que les imposibilita a ver los problemas de manera objetiva y buscar soluciones. Son personas que se ven a sí mismo como ineptas, débiles o frágiles; por tanto su autoimagen y autoestima están reducidas (Millon, 2004). Tienen cierta tendencia a degradarse a sí mismo, manifestando la falta de capacidades y virtudes, resaltando sus fracasos y defectos así como la vergüenza provocada por problemas que sienten que han provocado a otros. Desde el punto de vista clínico esta tendencia de menosprecio puede ser una estrategia para mostrar que los demás son afortunados, sirviendo como una herramienta para conseguir elogios y consideración (Millon, 2004).

En el **nivel intrapsíquico** se pueden evidenciar los mecanismos de defensa de la personalidad evitativa, donde resaltan la introyección y la negación. “Las inadecuaciones que los dependientes ven en sí mismos pueden provocar sentimientos de vacío y terror a quedarse solos” (Millon, 2004, p. 348). Por ello utilizan la introyección como mecanismo que les ayuda a internalizar las creencias y valores de otros, lo que provoca en ellos en cierta proporción, sentirse una figura más poderosa, evitando la ansiedad de sentirse incompetentes. En cuanto al mecanismo de negación suele estar presente en la manera en

como toma los problemas y dificultades, suavizándolos o encubriéndolos. Dentro de su estructura morfológica es evidente la deficiencia y “falta de diversidad en los controles internos, que provocan una mezcla de habilidades adaptativas relativamente subdesarrolladas e indiferenciadas” (Millon, 2004, p. 346). Esto tiene bases en la falta de confianza de tomar a cargo las responsabilidades de su vida, así como la autodevaluación que ha incitado la comprensión y atención de los demás. Encubren su necesidad de dependencia racionalizando su falta de competencia con problemas físicos o eventos desafortunados de su vida (Millon, 2004).

2.5.4 Diagnóstico diferencial y comorbilidad

“Las características de dependencia se hallan presentes en muchos trastornos mentales y enfermedades médicas [...] aparece como característica central en varios trastornos de personalidad” (Belloch & Fernández, 2010, p. 142). En muchos casos es difícil determinar si es un TPD o un trastorno donde la dependencia es una característica del comportamiento de determinado individuo. Por tanto, es un reto poder diagnosticar este TPD adecuadamente por la variedad de trastorno psiquiátricos asociados, entre ellos los mismos trastornos de personalidad. En relación a los síndromes de ansiedad, el trastorno que más se apega al TPD es el Trastorno de Ansiedad por Separación, ya que la intensa y repetida preocupación de ser abandonados y tener que asumir la responsabilidad de su vida les genera una ansiedad generalizada. En tanto a los síndromes fóbicos con relación al TPD se desarrollan “cuando su seguridad se ve amenazada o las demandas que les hacen exceden de las capacidades que ellos se suponen” (Millon, 2004, p. 355). Si se ejerce una maniobra fóbica por parte del dependiente es para conseguir ganancias secundarias, ya sea con agorafobia o fobias sociales que le permiten ser protegido y ocupar espacios conocidos y seguros (Millon, 2004).

En cuanto a los trastornos somatomorfos que puede desarrollar una persona con TPD, son especialmente la hipocondría y el trastorno de somatización que se generan para conseguir ganancias secundarias como el cuidado, la comprensión y la evasión de responsabilidades así como la seguridad de que son amados y protegidos a pesar de su debilidad (Millon, 2004). Otros síndromes que se vinculan con el TPD son los de tipo afectivo donde principalmente aparece la depresión mayor, esto porque la separación no

solo puede generarle ansiedad sino una tristeza aguda, además de que la culpa y autocondena por emociones como la ira, el resentimiento son desviadas a sí mismo (Millon, 2004).

Con relación al Trastorno de Personalidad Límite (TPL), una característica no tan marcada es que dentro del TPD no hay reacción de ira ante el abandono sino un aumento de sumisión. “Aun así, se han publicado tasas de comorbilidad entre ambos trastornos cercanas al 50%” (Belloch & Fernández, 2010, p. 142). Anteriormente hemos señalado el TP por Evitación, con el que comparten sentimientos de inferioridad, hipersensibilidad a la crítica, necesidad de reafirmación por parte de otros. Por ende las tasas de comorbilidad entre ambos TP son igualmente altas que con el TPL, y rondan por un 50% de los casos. A pesar de ello, la principal preocupación del dependiente es que alguien se ocupe de él, mientras que en el TPE la preocupación es en torno a que alguien lo humille o rechace. Ambos reaccionan a las críticas de distinta manera, mientras el dependiente incrementa su actitud de sumisión y dependencia, el evitativo aumentara su distancia con los demás (Belloch & Fernández, 2010). En lo que se refiere al Trastorno de Personalidad Histriónico (TPH), son personas que están a la espera de algo de los demás; ya sean elogios, consejos, aprobación lo cual es una característica del dependiente. Pero el histriónico tiende a ser exagerado y dramático en su expresividad emocional, sin presentar comportamientos de sumisión como lo hace el dependiente (Belloch & Fernández, 2010).

2.6 Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (TOCP)

“Ordenancismo, parsimonia, obstinación, perseverancia, tendencia a la normativa y la duda, meticulosidad, hipercontrol y afán de comprobaciones son los rasgos prominentes de la llamada personalidad obsesiva u obsesivo-compulsivo” (Roca, 2010, p. 627). Muchas de estas características son muy adaptativas en algunos ámbitos laborales, lo que permite que las personas con este estilo de personalidad obsesiva puedan desenvolverse adecuadamente, sin ningún problema. Pero si nos referimos a un Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsivo (TOCP), hay un enorme diferencia en relación a la gravedad de los síntomas, ya que estos imposibilitan al sujeto en cualquier plano de su vida; laboral, personal, social.

2.6.1 Criterios diagnósticos en el DSM-V

El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo se caracteriza por un patrón dominante donde la perfección y el orden son las características más relevantes, donde no hay lugar para la flexibilidad sino para el control mental e interpersonal, que suele comenzar en las primeras etapas de la vida adulta. Se presenta en los siguientes hechos y se requiere de al menos cuatro (o más) para determinar un trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo (APA, 2014).

- a) Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.
- b) Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas (p. ej., es incapaz de completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos).
- c) Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos (que no se explica por una necesidad económica manifiesta).
- d) Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa).
- e) Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles aunque no tengan un valor sentimental.
- f) Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
- g) Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras.
- h) Muestra rigidez y obstinación.

Los individuos con este trastorno “planifican el futuro al detalle y no están dispuestos a considerar ningún cambio. Totalmente enclaustrados en su propia perspectiva, tienen dificultad para reconocer los puntos de vista de los demás” (APA,

2014, p. 680). Con relación al afecto de las personas que padecen el trastorno, suele ser muy artificial y controlado, y se sienten incómodos en presencia de otras personas que sean emocionalmente expresivas. En el ámbito laboral suelen experimentar mucha angustia y dificultad cuando se enfrentan a situaciones nuevas que exigen de flexibilidad y compromiso (APA, 2014).

2.6.2 Epidemiología

Maier (1992) en Caballo (2004) encontró que el TOCP era el segundo trastorno de personalidad más frecuente en su muestra de estudio (sujetos sin trastorno psiquiátricos), iba del 1,6% al 6,4%. Widiger & Sanderson (1997) en Caballo (2004) informan de un porcentaje que iba de 1 a 3%. Según el APA (2000) en Caballo (2004) este trastorno de personalidad suelen darse más en hombres que en mujeres, con una proporción de 2 a 1.

2.6.3 Características clínicas

Dentro de lo que se refiere a este tipo de personalidad obsesivo-compulsivo, Millon & Davies (2000) en Caballo (2004), señalan las características más llamativas:

- Son comedidos y cautos en todos los aspectos de su vida, evitando los excesos e imprudencias.
- Gran parte de su tiempo lo dedican a actividades laborales, cuidando cada detalle de sus tareas y evitando cometer cualquier error, con el objetivo de hacer una tarea perfecta.
- Están dedicados a la productividad, muchas veces sin dedicar tiempo a su familia o a sí mismos.
- Esperan mucho de los demás, especialmente de sus subordinados.
- Suelen ser muy respetuosos con la figura de autoridad.
- Tiene preferencia por la limpieza, el orden, la rutina y la organización.
- Suelen almacenar objetos que hayan tenido, tengan o tendrán algún uso en el futuro.

Hay tres características básicas que rigen a este TOCP. Primero tienen “un estilo de pensamiento extremadamente rígido, con una atención intensa y centrada en un detalle específico de una situación concreta” (Caballo, 2004, p. 236). Como segunda característica, la forma de actividad que está ligada a los aspectos rutinarios y técnicos en los que están inmersas las personas con TOCP. Esto se relaciona al exceso de organización que tienen en varios aspectos, uno de ellos es el tiempo, por lo que no disfrutan ni pueden relajarse. Como tercera característica tenemos a la pérdida de la realidad, puesto que estas personas con TOCP suelen estar preocupadas por sucesos improbables, irracionales y hasta un poco delirantes. Esto tiene relación al hecho de que se fijan tanto en los detalles que pueden llegar a especular sobre cuestiones absurdas (Caballo, 2004).

“El estilo de pensamiento de los sujetos con TOCP se caracteriza por ser limitado y carente de imaginación, llegando a bloquear incluso ante situaciones que supongan un cambio o novedad, debido a su mentalidad rígida y dogmática” (Caballo, 2004, p. 238). Las personas que padecen de TOCP temen excesivamente al error y al fracaso, por ende su organización responde a este temor. Además de su excesiva necesidad de perfección en todas las tareas y actividades que realiza. En lo que refiere a sus aspectos emocionales, los sujetos con TOCP presentan mucha ansiedad, tensión y un control emocional al momento de expresar afecto. Esta excesiva represión emocional y tensión suelen hacerles vulnerables a sufrir síntomas psicósomáticos (Caballo, 2004).

Millon (2004) sugiere ciertas características en el TOCP que se reparten en cuatro niveles (comportamental, fenomenológico, intrapsíquico y biofísico) de los cuales tomaremos en cuenta los tres primero que se describirán a continuación.

Con respecto al **nivel comportamental** los sujetos obsesivos-compulsivos suelen presentar un comportamiento inflexible, transmitiendo a los demás una seriedad que los caracteriza. “Sus gestos y movimientos reflejan un rigurosidad subyacente, un control tenso de las emociones que están contenidas” (Millon, 2004, p. 535). Hay un excesivo control interno, por lo que al momento de expresarse lo hacen de una manera muy precisa y clara. Algunos se muestran muy escrupulosos con temas de moral y ética. Su comportamiento no solo va por la vía de la educación y lo correcto, también suelen ser hipócritas y aduladores, por lo que respetan toda orden por parte de sus superiores, lo que le permite ganancia de poder y autoridad. Este hecho permite que sean muy exigentes con

sus subordinados, por lo que si no acatan alguna regla reciben duras críticas (Millon, 2004).

En el **nivel fenomenológico** podemos percibir que su pensamiento está organizado en base a reglas y normas, también en tiempos y jerarquías sociales. Por lo tanto, cuando están frente a una situación que sale de su control o es fuera de lo común, pueden alterarse y quedarse inmóviles ante la ansiedad de un suceso nuevo. Son personas que consideran que las emociones y sentimientos son inmaduros, que no permiten evaluar de manera adecuada una situación. Se consideran a sí mismos como personas dedicadas a su trabajo, eficientes y dignas de confianza, que no dedican tiempo a actividades de ocio o cualquier tema que desvíe su atención de las actividades cotidianas. “Aunque los compulsivos dudan de sí mismos y sienten culpa cuando no pueden vivir de acuerdo con algún ideal, no son conscientes de que es [...] su propio deseo inconsciente de contravenir la autoridad lo que no les permiten conseguir sus deseos” (Millon, 2004, p. 538).

Dentro del **nivel intrapsíquico** se encuentran los mecanismos de defensa que utiliza la persona que padece de TOCP, este trastorno utiliza una variedad de mecanismos para controlar sus sentimientos y acciones, dentro de ellos están la formación reactiva, la identificación, sublimación, aislamiento, anulación que son los más utilizados. A lo que se refiere la formación reactiva es un tipo de mecanismo donde una persona actúa diferente frente a otras, en relación a sus sentimientos, pensamientos y actitudes. En relación a la identificación, emulan comportamientos de otros y justifican sus acciones en ello. La sublimación en el TOCP se trata más bien de que “los sentimientos inconscientes de hostilidad que no pueden tolerarse de manera consciente suelen expresarse de un modo socialmente aceptable a través de profesiones como la de juez, decano, soldado o cirujano” (Millon, 2004, p. 539). En cuanto a la anulación y aislamiento le permiten al obsesivo bloquear, aislar o neutralizar una respuesta emocional ante un evento estresante, con lo que se asegura frente a la posibilidad de reaccionar de un modo que le cause problemas (Millon, 2004).

La organización morfológica de una persona con TOCP es compartimentada, lo que significa que “para hacer que los sentimientos e impulsos contrarios no les afecten y para que las imágenes ambivalentes y las actitudes contradictorias no penetren en la consciencia, la organización de su mundo interno debe compartimentarse con rigidez” (Millon, 2004, p. 539). Esta manera de organización de recuerdos, sentimientos, impulsos

en distintos compartimentos que están completamente sellados, impide que los componentes se interrelacionen, dándole al sujeto la protección de que estos contenidos no se manifiesten en la consciencia y por ende en sus comportamientos. Por ello existe una ambivalencia interna entre la fachada de perfección y buenos modales, y sus impulsos hostiles y rebeldes que residen en su interior (Millon, 2004).

2.6.4 Diagnóstico diferencial y comorbilidad

En cuanto a los síndromes fóbicos dentro del TOCP se presentan fobias simples que se desatan ante situaciones que le generen ansiedad a la persona, ya sea por el temor a la exteriorización de sus impulsos y sentimientos hostiles o por enfrentarse a fracasos a los que eviten enfrentarse (Millon, 2004).

Con respecto a los síndromes somatomorfos en el TOCP, tiene más vinculación los trastornos de somatización y la hipocondría, que son una manera de racionalizar los fracasos. Las personalidades obsesivas suelen presentar síntomas a nivel físico por el esfuerzo a nivel mental que realizan para evitar la fuga de ira reprimida y los resentimientos escondidos, sirviéndoles a su vez de una forma de autocastigo por la culpa de expresar emociones (Millon, 2004). Con relación a los trastornos del estado de ánimo y el TOCP, el trastorno que más se vincula es la depresión mayor que refleja “tanto la lucha por contener sus resentimientos como su temor a que el arrepentimiento sólo genere burlas y condena” (Millon, 2004, p. 548).

Pfohl & Blum (1991) en Caballo (2004) mencionan que en sus estudios con respecto a la comorbilidad del TOCP con otros trastornos de personalidad, los mayores porcentajes se dan con los trastornos de personalidad por evitación, límite, narcisista, paranoide e histriónico. En cuanto a las diferencias del TOCP con cada uno de estos TP; con el Trastorno de Personalidad Narcisista hay una diferencia en cuanto a la capacidad de autocrítica presente en los sujetos con TOCP. Con respecto a los trastornos de personalidad antisociales y narcisistas el TOCP comparte la falta de generosidad con otros, pero la distinción más clara es que el TOCP no es generoso consigo mismo mientras con los otros si lo es (Caballo, 2004). Millon (2004) se refiere a la relación entre el TOCP y el TPD en cuanto a la tendencia de cumplir las exigencias y expectativas ajenas, pero hay diferencia en cuanto a que en la personalidad dependiente la persona necesita

apoyarse en el resto por falta de autoconfianza y deficientes habilidades para enfrentar problemas y generar soluciones, lo cual no se observa en la personalidad obsesiva puesto que estos se apegan a cuestiones institucionales, reglas y normas mientras que la personalidad dependiente lo hace con personas significativas.

Capítulo 3: Comparación teórica entre el TOC y los trastornos de personalidad del grupo C del DSM-V

3 Estudio de comorbilidad

A continuación se describirán las características más relevantes del Trastorno Obsesivo Compulsivo en relación a los trastornos de personalidad del grupo C, donde están el evitativo, el dependiente y el obsesivo-compulsivo. Al realizar esta revisión teórica podremos ver varios patrones de relación entre los trastornos. Al no ser realizado un estudio aplicado a una población directamente, se tomarán las características principales del TOC y se compararán con los tres trastornos de personalidad (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo), resaltando las similitudes que pueden coexistir entre los diferentes trastornos, basándonos en varios estudios realizados a lo largo de los años.

En un estudio realizado por Denys, Tenney, Van Megen, De Geus, & Westenberg (2004) en Jaurrieta (2008) para analizar la comorbilidad con 420 pacientes diagnosticados de TOC, se identificó que un 48% tenía un trastorno comórbido del Eje I y un 36% de estos pacientes presentaba un trastorno de personalidad asociado. En otro trabajo de investigación realizado por Bejerot, Ekselius & Von Norring (1998) en Jaurrieta (2008) demostró que un 75% de una muestra de 26 pacientes diagnosticados de TOC, presentaban trastornos de personalidad asociados, mientras que un 13% padecía TOCP. Maina, Albert, Salvi, Pessina & Bogetto (2008) en Jaurrieta (2008) pudieron observar que los pacientes con un inicio temprano de TOC presentaban con mayor probabilidad un TOCP, a diferencia de los paciente con TOC de inicio tardío.

En un trabajo de investigación realizado por Jimenez-Murcia (2003) en Jaurrieta (2008) con una muestra de 41 pacientes diagnosticados con TOC, se evidenció una elevada prevalencia de trastornos de personalidad con un 83%, que en su mayoría tenían relación al grupo C del DSM (evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo). El TOCP era uno de los trastornos de personalidad con mayor comorbilidad con un 39%, el TPE con un 15% y el TPD con un 7%. Dentro de los rasgos de personalidad asociados entre TOC y TOCP estaban la preocupación excesiva, depresión, sentimientos de culpa,

sobreexcitación e inquietud. Esto lleva a pensar que el TOC y TOCP son entidades clínicas estrechamente relacionadas.

Revisiones como las de Summerfeldt, Huta y Swinson (1998) en Carrasco (2015) pusieron en duda la especificidad de que el TOC y TOCP tiene un relación estrecha, pues si bien la mayoría de personas con TOC padecen algún trastorno de personalidad comórbido, el TOCP no es precisamente el más prevalente (apenas un 6%), y que es superado claramente por el evitador (30%) y el dependiente (entre el 10 y el 20%). El tipo de personalidad hallado con más frecuencia utilizando los criterios diagnósticos del DSM no siempre es el TOCP, a pesar de que el grupo C de trastornos de personalidad sea el grupo con mayor comorbilidad con el TOC. Muchos autores encuentran que separando al TOCP en relación al TOC, aparecen otros trastornos como el evitativo, dependiente, histriónico, esquizotípico, límite o pasivo-agresivo (Albert, 2001).

Baer y Jenike (1992) en Albert (2001) proponen una hipótesis que describe la posibilidad de que, en algunos casos el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP) sea secundario al TOC, siendo más bien una forma de adaptación a las conductas y el estilo de vida que éste marca. "Hay aspectos relativos a la personalidad previa del sujeto, a la forma que su trastorno adopta en la evolución y la posibilidad de que el observador confunda síntoma y rasgo" (Albert, 2001, p. 28). Cabe destacar que el síntoma perdura años, y que la transformación de este en rasgo tiene que ser admitido e incorporado por el sujeto, lo cual puede ser una forma de adaptación a su trastorno (Albert, 2001). Baer (1994) en Albert (2001) señala que a presencia de un trastorno de personalidad en sí mismo no parece influir en la respuesta al tratamiento, puesto que las personalidades tipo A: paranoide, esquizotípica y esquizoide y de otros grupos las evitativas límites presentan peor respuesta, dando lugar a un peor pronóstico del TOC.

3.1 Relación entre TOC y trastorno de personalidad evitativo

Hay evidencia de una estrecha relación entre las creencias del trastorno de personalidad paranoide y evitativo con las del subtipo del TOC de comprobación, esto puede dar lugar a "interpretar una estrecha relación de creencias sobrevaloradas y generalizadas sobre la desconfianza y la necesidad de cautela, la duda insoportable frente

a situaciones peligrosas, amenazantes y de fracaso que lleva a una conducta inminente de comprobación y evitación” (Amador, 2014, p. 83).

Además, no se podría descartar la cierta relación en la concepción de sí mismo que tiene la persona, acerca de que es “vulnerable a los daños” lo que le lleva a toma precauciones y una permanente vigilancia al entorno, estas características son claras en el trastorno evitativo de la personalidad y el trastorno obsesivo-compulsivo. Foa y Kozak (1986) en Amador (2014) hablan acerca de la modalidad de creencias relacionadas con “sobrestimar el peligro” que está dentro de la características clínicas del trastorno de personalidad evitativo, “haciendo referencia al mantenimiento de unas expectativas generalizadas sobre la peligrosidad de las situaciones, personas u objetos, o dicho de otro modo, la tendencia a prever daños o consecuencias dañinas en situaciones de la vida cotidiana” (Amador, 2014, p. 83).

Dentro del TOC y el trastorno de personalidad evitativo resaltan el excesivo temor por posibles daños y la creencia de que muchas situaciones y personas son peligrosas. Dentro de esta afirmación se podría resaltar que la excesiva preocupación y flujo de pensamientos impiden el control psíquico y a su vez va afectando la vida cotidiana de una persona con estos trastornos (Millon, 2004). Belloch (2011) destaca que en los comprobadores, la verificación va seguida de la duda insoportable de haber comprobado bien, lo que le lleva a una nueva comprobación. En tanto Beck et al. (2006) en Amador (2014) resalta el hecho de que en el trastorno evitativo de la personalidad, la duda proviene de su propia capacidad para tratar con los otros, la cual se mantiene en guardia mientras aísla a la personas; esto le genera confianza en tanto este en un estado de alerta y en soledad.

Con referencia al criterio A del DSM-V en relación al TOC, se refiere a las obsesiones que son pensamientos, impulsos o imágenes persistentes que presenta el sujeto y son tomadas por el cómo intrusas y que a su vez le generan ansiedad y malestar. Si lo comparamos con los criterios relacionados al TPE podemos ver que en el literal 4 existe la descripción de una preocupación por la posibilidad de ser criticado o rechazado en situaciones sociales (APA, 2014). Dentro de estas descripciones clínicas hay la posibilidad de que la excesiva preocupación del TPE desemboque en obsesiones, sirviéndole “para contrarrestar los sentimientos de alienación o despersonalización [...]

estas rumiaciones y actitudes llenan su tiempo y apartan su atención del desprecio social que anticipan” (Millon, 2004, p. 285).

Esta descripción no hace referencia a que las obsesiones sean también parte de las características clínicas TEP, sino de que pueden desarrollarse como defensa ante la ansiedad generada por el rechazo social. A su vez esto tiene relación con las compulsiones que son propias del TOC, pero que pueden desarrollarse en el TPE. Millon (2004) nos menciona el ejemplo de una persona evitadora de edad adulta que realizaba un giro de 360 grados cada vez que pasaba por una puerta. Esta es una muestra muy clara de que la ansiedad generada por situaciones estresantes e intolerantes para una persona, puede generar una actitud frente a ella que puede ser de carácter obsesivo o no.

En relación a los síndromes obsesivos con el TEP, “las preocupaciones obsesivas o compulsivas sirven para distraer a los pacientes de verse reflejados en su verdadera miseria” (Millon, 2004, p. 285). Los rituales pueden servirles a las personalidades evitativas como una manera de controlar sus impulsos y pensamientos hostiles. De hecho dentro de las estrategias de afrontamiento del TOC, reside uno que es el “comportamiento de evitación”, en donde la persona enfoca toda su atención a evitar los estímulos que generan la obsesión. En el caso del TEP puede haber cierta similitud en el hecho de que la persona evita situaciones de tipo social o que envuelvan a personas que no son de su confianza. Ambos trastornos puede utilizar esta estrategia, pero de cierta forma se limitan a realizar o acudir a situaciones o actividades que son necesarias en la vida de las personas, cerrando su círculo de interacción social.

3.2 Relación entre TOC y trastorno de personalidad dependiente

Beck, Freeman & otros (1990) en Semerari & Dimaggio (2011) exponen desde una perspectiva cognitiva-conductual al TPD como el resultado de esquemas disfuncionales, donde el sí mismo es visto como débil e indefenso en contraposición con la representación de los demás que son competentes y capaces de dar el cuidado y protección necesarios. En el TPD la dependencia es incontrolada e inadaptada con un intenso temor al abandono y a la búsqueda constante de ayuda y protección. Con respecto al TOC y al TPD, hay cierta relación en cuanto a las dudas sobre sí mismos, además de la aparición de pensamientos obsesivos y actos compulsivos en respuesta a la ansiedad de separación o a la ira reprimida (Millon, 2004).

El TOC es un trastorno caracterizado por las obsesiones y compulsiones que forman parte fundamental de su sintomatología, las primeras son ideas, pensamiento o imágenes que aparecen de forma involuntaria en el sujeto, en tanto las compulsiones son comportamientos o acciones mentales que se ejecutan para sentir menos ansiedad ante la aparición de las obsesiones, siendo un intento de neutralizarlas o anularlas (Moreno, Martín, García, & Viñas, 2008). Las obsesiones y compulsiones como tal pueden estar presentes en el TPD de una forma leve, ya que la falta de seguridad y la posición de completa indefensión provoca una ansiedad insostenible por la persona con TPD, puesto que requiere siempre de la aprobación y acompañamiento de otro para realizar muchas de sus actividades y para tomar decisiones de su vida. Muchas veces la falta de este apoyo puede convertirse en una compulsión a nivel mental, donde hay el temor de ser abandonado y dejado a su suerte, sin el apoyo y la solución de otro que sea competente. Este tipo de actitudes pueden desembocar en que dentro de un trabajo o relación de pareja, la persona entre en un colapso, lo que afectaría áreas importantes de su vida.

Como se mencionó anteriormente en el criterio A del DSM-V que corresponde al TOC y sus obsesiones y compulsiones presentes, se podrían comparar con el criterio ocho del TPD donde se resalta una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo. Siendo esta preocupación excesiva un detonante de síntomas de ansiedad por separación, así mismo de obsesiones y compulsiones en relación a temores de quedarse solo o ser responsables de sí mismos. “Estos síntomas suelen adoptar la forma de pensamientos <dulces> y actos para ganarse la aprobación de los demás” (Millon, 2004, p. 355). Los pensamientos intrusos del TPD que se relacionan al temor de ser abandonado, son similares en el TOC puesto que cuando aumenta su frecuencia e intensidad por creencias disfuncionales suele provocar obsesiones, las que pueden a lo largo del tiempo repercutir en el estado mental de un paciente.

“Además, en pacientes con TOC que presentan un trastorno de personalidad se han encontrado pruebas que muestran relaciones igual o más frecuentes con respecto al trastorno de personalidad por evitación o por dependencia, que con respecto al TOCP” (Caballo, 2004, p. 242). Dentro del TOC hay diferentes formas de enfrentar a las obsesiones, es decir a las compulsiones, una de ellas es el “comportamiento de búsqueda o reaseguración”, en donde la persona requiere de otra para este tipo de estrategia, en donde se genera una demanda de confirmación, apoyo u opinión para lograr seguridad y sentir que la ansiedad disminuye. Vinculando esto con la sintomatología del TPD, utilizan

similares estrategias para disminuir el nivel de ansiedad generado por la separación en el caso del TPD o la obsesión en el caso del TOC.

3.3 Relación entre TOC y trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo

Vallejo, Marcos & Samalero (1996) en Albert (2001) señalan que clásicamente se consideraba que la existencia de personalidad obsesiva en el TOC era muy alta, entre el 53% y el 83%. Sin embargo, estos datos estaban basados en observaciones clínicas y no se han confirmado en los estudios posteriores utilizando criterios diagnósticos. Cabe destacar que los estudios realizados en comparación del TOC y el TOCP han sido realizados con distintas muestras, en diferentes épocas, con diferentes instrumentos. Esto provoca que las investigaciones implicadas en este estudio teórico sean diversas y no se llegue totalmente a un consenso, y se pueda decir que un trastorno de personalidad está más asociado al TOC:

Dentro de la investigación realizada por Amador (2014) existen hallazgos interesantes en torno a la relación del trastorno de la personalidad obsesivo compulsiva (TPOC), correspondiente al grupo C (clasificación DSM V), puesto que al ser uno de los trastornos de personalidad que tiene mayor correlación con las dimensiones del MOCI (específicamente limpieza y duda) del trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, Baer et al (1990) en Amador (2014) al evaluar a través de la entrevista estructurada “Structured Interview for DSM-III Personality Disorders” (SIDP) se determina que si bien el 52% de los pacientes estudiados (96 sujetos con TOC) tenían algún trastorno de personalidad, la puntuación más baja fue para el de personalidad obsesivo-compulsiva con un 6% de la población estudiada. Otra investigación realizada por Joffe et al. (1988) en Amador (2014) señala que de un total de 23 pacientes con TOC, sólo uno de ellos fue diagnosticado con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Una hipótesis basada en los resultados de una investigación es que “con frecuencia en los pacientes con TOC, tipo limpieza y duda, ambas obsesiones pueden llegar a ser ideas tan extrañas, sobrevaloradas y extravagantes como en el caso de su propia conciencia perfeccionista en el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva” (Amador,

2014, p. 84). Se puede mencionar que también puede reflejarse la concepción que se tiene de sí mismo la persona, al considerar que para sobrevivir necesita orden, limpieza y control mental en medio de la incertidumbre.

Belloch (2014) describe que las obsesiones y rituales de limpieza suelen adquirir una forma estereotipada y repetitiva de forma similar en las ideas de perfección que ocurre en el TOCP. Ciarrocchi (1995) en Amador (2014) menciona que podría interpretarse que en la relación de TOC y TOCP, la duda es un fenómeno cognitivo que genera la necesidad de certeza e irrumpe en la conciencia, siendo esta el eje central del TOC. “Las estrategias también podrían tener algo en común cuando generalmente todo puede girar alrededor de un sistema de reglas, normas y deberes midiendo su propio comportamiento y el de los demás” (Amador, 2014, p. 85).

Bados (2005) señala que cerca de la mitad de pacientes con TOC presentan rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva. Sin embargo esta semejanza no tiene ninguna relación con la similitud de nombres, puesto que las características clínicas de cada uno de estos trastornos son diferentes. El TOCP no conlleva a una persona a sufrir de obsesiones o compulsiones, pero si implica un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, sin flexibilidad y espontaneidad.

“El trastorno de personalidad obsesivo compulsivo no es el que presenta mayor nivel de comorbilidad, sino los otros dos trastornos de la personalidad que forman parte del denominado Grupo C” (Boticario, 2016, p. 33). De hecho autores como Frost Y Steketee (1997) en Boticario (2016) defienden la independencia de ambos trastornos, es decir del TOC y el TOCP, puesto que a pesar de que hay ciertos aspectos representativos que convergen en ambos trastornos como; el perfeccionismo, cumplimiento de algunos rituales, en lo relacionado a la limpieza, el orden, la simetría. Esto nos da lugar a pensar que a pesar de que dentro del cuadro clínico de ambas entidades, haya una sintomatología que pueda llegar a tener ciertos puntos en común, son trastornos distintos que pueden anidar sobre una misma persona, pero no por ello siempre van a encontrarse dentro del diagnóstico del TOC.

Cabe resaltar que el TOCP es egosintónico, a diferencia del TOC que es egodistónico donde la persona no está a gusto con su sintomatología y es clave para el desarrollo de la ansiedad. Esto en el TOCP se liga al hecho de no lograr la perfección lo

que le genera ansiedad o estrés, pero la sintomatología no es tomada como un problema para la persona que lo padece.

Retomando el criterio A del TOC, hay una similitud en el criterio uno del TOCP que se refiere a la preocupación por detalles, normas, listas, orden, organización hasta el punto de que se descuida el objetivo principal de la actividad (APA, 2014). A diferencia de los otros trastornos de personalidad, el TOCP puede contar con una cantidad más alta de semejanza con el TOC. En base a la relación entre obsesiones y compulsiones que pueden estar presentes en ambos trastornos como “estrategias profundamente arraigadas que se han aprendido para contener los impulsos socialmente prohibidos” (Millon, 2004, p. 547).

Con respecto al criterio B del TOC, que hace referencia a que las obsesiones y compulsiones restan más de una hora de tiempo y causan malestar clínicamente significativo o deterioro en otras áreas de la vida de la persona (APA, 2014). Este criterio guarda cierto vínculo con el criterio dos y tres del TOCP, en donde se describe que la persona muestra perfeccionismo que interfiere con la terminación de tareas, además de una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y amigos (APA, 2014). Hay datos interesantes en estos apartados, puesto que en el TOC se habla de perfeccionismo a nivel de compulsiones (limpieza, orden, organización) que pueden ser similares con el TOCP pero difieren en cuanto al malestar clínico presente en el TOC, el cual no es sentido como malestar en el TOCP sino más bien como una tarea que le genera beneficios. La personas con TOCP toma mucho tiempo para realizar tareas pero esto no le resulta un problema, en cuanto a la persona con TOC esto le provoca deterioro en sus áreas de vida, como un trabajo o una relación. A la persona con TOCP no le interesa distribuir tiempo para actividades extracurriculares, hobbies o amistades.

Uno de los trastornos en cuanto a la comorbilidad con el TOCP que se ha estudiado ha sido el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). En relación con el TOC, una de las diferencias es que en el TOCP es poco frecuente que existan obsesiones y compulsiones. Además, dentro de los criterios diagnósticos en el único en el que coinciden es en la “incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental”. Varios estudios han presentado cierta asociación entre ambos trastornos, pero, gran parte de las investigaciones sugiere que los sujetos con TOC no cumplen con los criterios de un TOCP (Millon, 2004).

Dentro de la comorbilidad entre el TOCP y el TOC, “es muy probable que las personalidades compulsivas presenten trastornos obsesivo-compulsivos a un nivel ligeramente superior que los demás patrones de la personalidad” (Millon, 2004, p. 547). Esto se debe a que en el TOCP pueden estar presentes el temor o preocupación a la condena social y por ello pueden utilizar la anulación de estos pensamientos mediante una serie de acciones o rituales repetitivos.

CONCLUSIONES

Los síntomas del TOC pueden presentarse dentro del cuadro clínico de los trastornos de personalidad del grupo C, en su mayoría por sucesos correspondientes a situaciones estresoras que generan ansiedad, por ello la alta comorbilidad de todos los trastornos antes mencionados con los trastornos de ansiedad. Esto se refiere principalmente a los pensamientos intrusivos, que al detonarse una creencia disfuncional, es decir una creencia errónea acerca de algo o alguien, provocan cuadros de ansiedad. Estas creencias disfuncionales en el TOC ejercen influencia sobre el flujo normal de pensamientos, por ello un pensamiento erróneo puede transformarse en una obsesión y desembocar en una compulsión con el intento de controlar la ansiedad. Dentro de los trastornos de personalidad sucede lo mismo, como por ejemplo en el TPE se refiere a situaciones donde es criticado o mal visto por el otro, en el TPD cuando es abandonado o tiene que tomar una decisión por sí solo, en tanto el TOCP cuando no se cumplen los parámetros de su trabajo y no se logra la perfección.

El patrón cognitivo-conductual entre el TOC y los TP del grupo C es bastante similar, es decir pueden haber síntomas obsesivos y compulsivos presentes en los trastornos de personalidad, pero estos difieren en cuanto al contenido. Dentro del TPE el contenido hace referencia a la falta de aceptación de los otros, temor a la crítica y falta de confianza. Dentro del TPD los contenidos pueden hacer referencia al hecho de que necesita de otros para realizar actividades de su vida cotidiana, preocupación por la soledad, sentimientos de indefensión e inseguridad. Si nos remitimos al contenido del TOCP, se refiere a la preocupación de que todas las reglas y normas se cumplan, le interesan hasta los mínimos detalles en una labor que realice.

De los estudios revisados, un mayor porcentaje resalta la comorbilidad entre el TOC y el TOCP, ya sea por la sintomatología o por situaciones generadoras de ansiedad en ambos trastornos. Un menor porcentaje destaca que el TPE tiene mayor comorbilidad con el TOC y que es un trastorno que suele estar presente en el diagnóstico del TOC. Se podría decir que un par de investigaciones señalan que hay otros trastornos de personalidad con mayor porcentaje de comorbilidad en pacientes estudiados con TOC, en donde entran el trastorno de personalidad dependiente, el trastorno de personalidad histriónico, el trastorno de personalidad esquizotípico. Esto da lugar a concluir que el TOC hoy en día es un trastorno muy complejo y de difícil diagnóstico, puesto que el

cuadro clínico en general, a pesar de haber sido estudiado y evaluado por diversos profesionales, aún tiene una amplia variedad de interrogantes que deben ser estudiadas y más aún dentro de la población ecuatoriana, puesto que no se encuentran disponibles estudios ni investigaciones desde un ámbito psicológico relacionadas al tema.

Los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo, del trastorno de personalidad evitativo y del trastorno de personalidad dependiente son egodistónicos. Esto tiene relación con el reconocimiento de que los pensamientos erróneos, acerca de las personas o situaciones son producto de su mente, además de existir un componente de malestar con respecto a su conducta, emociones y acciones que responden a la sintomatología del respectivo cuadro clínico. Algo muy contrario ocurre en el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, ya que su sintomatología es egosintónica. Esto tiene que ver con que las personas con TOCP tardan mucho en buscar ayuda profesional, puesto que consideran que lo que les ocurre no es un problema y muchas veces sucede que la persona con TOCP piensa que los demás son las que hacen mal, no siguen las reglas o normas de un lugar o un estilo moral. También ocurre que las exigencias del paciente con TOCP son excesivas, lo que provoca que el resto de personas en un trabajo no puedan cumplirlas.

El diagnóstico erróneo provoca fallas en el tratamiento y por ende ningún avance en el paciente, lo que muchas veces provoca que la persona abandone la terapia. El tratamiento para el TOC y los trastornos de personalidad suele ser de tipo cognitivo-conductual, pero individualmente se trabajan distintas características, puesto que en el TOC es esencial trabajar con la prevención de respuesta, pero en el caso de los trastornos de personalidad se trabaja con reestructuración cognitiva, metas y objetivos del tratamiento, problemas principales, manejo de resistencias, entre otras. Por ende la elaboración de un plan de tratamiento para un paciente diagnosticado con un trastorno de personalidad y TOC, es indispensable reconocer cual es el trastorno primario y cuáles son las principales molestias, donde el paciente debe realizar un registro de las conductas problemáticas en una escala de importancia, lo que permitirá abordar los temas que causan mayor molestia al paciente.

Dentro del estudio se pudo revisar que el TOC es un trastorno que tiene una amplia comorbilidad con otros trastornos, no solo los de personalidad, sino los depresivos y ansiosos (Casado, 2008). Sin embargo, al haber un trastorno de personalidad dentro del cuadro clínico de un paciente con TOC, la tendencia es que haya un peor pronóstico. Esto

suele complicarse aún más cuando el trastorno de personalidad o el TOC suelen aparecer a temprana edad, ya que su evolución es progresiva y con altos niveles de cronicidad, donde los síntomas suelen ser más intensos y duraderos. Al ser un trastorno que puede pasar como desapercibido hasta por el mismo paciente y la familia, incrementa aún más la dificultad de disminuir los síntomas.

RECOMENDACIONES

La ansiedad presente en los trastornos que hemos revisado, tiene gran influencia puesto que agrava la intensidad de los síntomas. Por ende, la ansiedad es una categoría que debería ser estudiada con mayor profundidad y analizar cómo afecta en la mayoría de los trastornos existentes. A pesar de haber una variedad de teorías en cuanto a la etiología de la ansiedad, no se ha indagado en la influencia que ejerce en cada uno de los trastornos del DSM-V.

Dentro del pronóstico de una enfermedad mental, influye en gran medida el padecimiento de un trastorno de personalidad, puesto que este suele empeorar al ser comórbido con otro trastorno. Por ende, la recomendación es que los profesionales de salud mental deben tener muy presente la evaluación del tipo de personalidad de una paciente y si está asociado a un determinado trastorno, puesto que la personalidad es un conjunto de rasgos relativamente permanentes a lo largo de la vida de una persona (Belloch & Fernández, 2010). Por ello, el desarrollo de un mejor plan de tratamiento donde se prioricen las situaciones que afectan más al paciente en su vida cotidiana, es la mejor opción al momento de trabajar con un trastorno de personalidad y un trastorno asociado.

Este estudio teórico podría aplicarse, consiguiendo una muestra de pacientes con TOC de la población ecuatoriana, con el fin de obtener información más precisa hablando en términos culturales y sociales. Todas de las investigaciones y estudios que se usaron para realizar esta disertación fueron con información de otros países, debido a que no hay estudios acerca del tema en el país, lo que impide analizar el contexto cultural de Ecuador dejando de lado un importante variable al momento de un diagnóstico. Además se deberían realizar estudios con los otros tipos de trastornos de personalidad que abarca el DSM-V, puesto que hay datos interesantes del TOC y su relación con trastornos de personalidad como el límite y el histriónico, que aunque no se destacan en esta disertación permitirían establecer ciertas características que se relacionan a los trastornos de personalidad y TOC al momento de un diagnóstico.

Los términos egodistónico y egosintónico son de gran importancia dentro de la investigación y en el proceso de diagnóstico, porque tienen que ver con la consciencia de la enfermedad y su relación directa con el malestar que producen al paciente los síntomas.

En algunos trastornos donde la persona no es consciente de los síntomas, hay una mayor dificultad en el proceso del tratamiento, ya que al no haber una necesidad consciente para el paciente, no hay un problema que resolver y por ende no hay un interés en recibir ayuda. El especialista debe tener en cuenta estos puntos para realizar un tratamiento apropiado.

Hay un sinnúmero de manuales, libros, revistas, investigaciones a lo largo de los años que han permitido desarrollar nuevas técnicas para un mejor tratamiento que de mejores resultados, pero en muchas se ha perdido la esencia del caso por caso. Con esto quiero decir que los psicólogos nos hemos limitado a remitirnos a un solo manual o investigación, basados en estudios que varían de año en año que no nos permiten determinar concluyentemente que trastorno de personalidad está asociado al TOC, o cual no lo está.

El TOC es un trastorno muy poco conocido dentro de la población ecuatoriana, pero puede afectar un número mayor de personas de lo que uno pensaría. La realidad es que no hay una difusión de información acerca de este trastorno, puesto que con el paso de los años otros padecimientos se van presentando en la población en general y son usados en el lenguaje cotidiano, perdiendo así la realidad de lo que es un trastorno como tal. Entre estos ejemplos está la depresión, la bipolaridad, la anorexia. Con respecto al TOC, se necesita que la población conozca un poco de este trastorno, como va apareciendo, cómo son los síntomas en la vida cotidiana. Esto permitirá evitar el diagnóstico tardío y el agravamiento del cuadro clínico de los pacientes (Anexo1).

BIBLIOGRAFÍA

- Abramowitz, J. (2007). *Trastorno obsesivo-compulsivo*. México: El Manual Moderno.
- Albert, C. (2001). *Universidad de Córdoba*. Obtenido de Psicopatología del Trastorno Obsesivo-Compulsivo:
<http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/253/13079244.pdf?sequence=1>
- Alcazár, A., & Rodríguez, J. (2010). *El trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Amador, O. (2014). *Universidad de San Buenaventura Seccional Medellín*. Obtenido de Trastornos de personalidad asociados a trastorno obsesivo-compulsivo:
http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/2270/1/Trastornos_Personalidad_Obsesivo_Amador_2014.pdf
- APA. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Bados, A., & García, E. (15 de abril de 2010). *Universidad de Barcelona*. Obtenido de La técnica de estructuración cognitiva:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Belloch, A., & Fernández, H. (2010). *Tratado de los trastornos de personalidad*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Belloch, A., Cabedo, E., & Carrió, C. (2011). *TOC, obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2011). *Manual de psicopatología. Volumen II*. Madrid: McGrawHill.
- Bermúdez, J., Pérez, A. M., & Sanjuán, P. (2011). *Psicología de la personalidad. Teoría e investigación*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Boticario, J. (2016). *Universidad Complutense de Madrid*. Obtenido de Actividad cognitiva y trastorno obsesivo-compulsivo:
<http://eprints.ucm.es/37560/1/T37206.pdf>

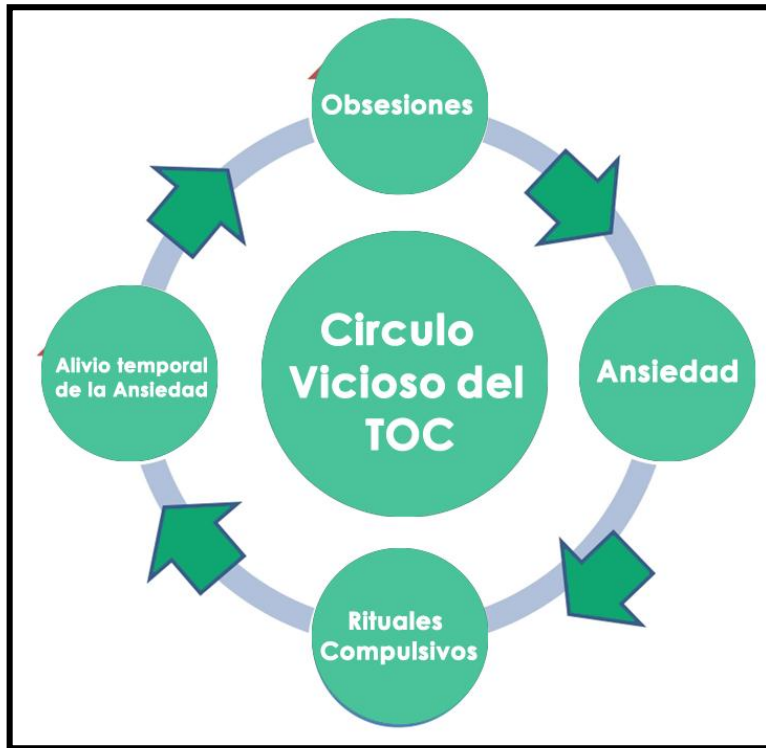
- Bulacio, J. (2016). *Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas*. Obtenido de Uso de la Psicoeducación como estrategia terapéutica: http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf
- Caballo, V. (2004). *Manual de los trastornos de personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Caballo, V., Salazar, I., & Carrobbles, J. (2015). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Calderón, G. (1992). *Salud mental Comunitaria. Un enfoque de la psiquiatría*. México D.F: Trillas.
- Carrasco, Á. (2015). *Universidad de Valencia*. Obtenido de Indecisión y duda en el trastorno obsesivo-compulsivo: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/45747/tesis%20doctoral%20angel%20carrasco%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Casado, Y. (2008). *Universidad de Málaga*. Obtenido de Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico: <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/17679011.pdf>
- Di Caprio, N. (1989). *Teorías de la personalidad*. México D.F: McGrill-Hill.
- Feist, J., Feist, G., & Roberts, T.-A. (2014). *Teorías de la personalidad*. México D.F: McGraw-Hill.
- Forumclínic. (16 de Agosto de 2012). *Forumclínic: Programa interactivo para pacientes*. Obtenido de Clínic Barcelona Hospital Universitari: <http://www.forumclinic.org/es/foros/trastorno-bipolar/principales-causas-de-discapacidad-en-el-mundo-seg%C3%BAAn-la-oms>
- Frage, R., & Fadiman, J. (2010). *Teorías de la personalidad*. México D.F.: Alfaomega Grupo Editor.
- Gavino, A. (2008). *El trastorno obsesivo-compulsivo. Manual práctico de tratamientos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

- Halgin, R., & Whitbourne, S. (2008). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. México: McGrawHill.
- Jaurrieta, N. (2008). *Universidad Autónoma de Barcelona*. Obtenido de Espectro obsesivo-compulsivo: correlatos clínicos y eficacia de tratamiento cognitivo-conductual:
<http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/5582/njg1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Loor, I., & Chavéz, J. (2015). *Factores psicosociales predisponentes de depresión en pacientes varones con antecedentes de infarto agudo de miocardio (IAM) en el Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM), en el periodo 2012-2014*. Obtenido de PUCE:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7638/TESIS.pdf?sequence=1>
- Millon, T. (2004). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Moreno, P., Martín, J., García, J., & Viñas, R. (2008). *Dorminar las obsesiones. Una guía para pacientes*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5. Guía para el diagnóstico clínico*. México D.F: Manual Moderno.
- Pedrick, C., & Hyman, B. (2003). *Guía práctica del TOC. Pistas para su liberación*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Roca, M. (2010). *Trastornos de personalidad*. Barcelona: Ars Medica.
- Rosa, A., & Olivares, J. (2010). *El trastorno obsesivo-compulsivo en niño y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Semerari, A., & Dimaggio, G. (2011). *Los trastornos de la personalidad. Modelos y tratamiento*. Sevilla: Desclée de Brouwer.
- Sociedad Española de Psiquiatría*. (2009). Obtenido de La terapia cognitivo-conductual:
<http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>

- Tallis, F. (1999). *Trastorno Obsesivo Compulsivo. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- TOCAS. (2016). *Asociación de Trastorno Obsesivo Compulsivo de Andalucía*. Obtenido de <http://www.asociaciontocas.es/index.html>
- Vásquez, R., Rodríguez, E., Martín-Cardenal, E., & Rodríguez-Lozada, J. (2003). Factores de pronóstico del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (32), 249-259.

Anexo 1

Informativo acerca del TOC para el público.



¿Qué es el TOC (Trastorno obsesivo-compulsivo)?



INFORMACIÓN EXTRAÍDA DE:

→ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000929.htm>

→ <http://www.casadesalud.com.mx/articulos/trastorno-obsesivo-compulsivo-3/>

→ <http://www.google.com> (imágenes).

Realizado por: Estefania Carmona

- ✓ Es un trastorno mental en el cual las personas tienen pensamientos, sentimientos, ideas, sensaciones (**obsesiones**) y comportamientos repetitivos e indeseables que los impulsan a hacer algo una y otra vez (**compulsiones**).
- ✓ Con frecuencia, la persona se comporta de cierta manera para librarse de los **pensamientos obsesivos**, pero esto sólo brinda alivio a corto plazo. No llevar a cabo los rituales obsesivos puede causar una enorme **ansiedad** y sufrimiento.
- ✓ El TOC se trata utilizando una combinación de **medicinas** y **terapia conductual**. Las medicinas empleadas incluyen antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo.

¿Quieres saber cómo se siente tener TOC?



Aparición del trastorno

A los 12 años tenía la necesidad de ver cada detalle de un objeto, de tocarlo, de ver minuciosamente cada pequeña parte que lo componía.

Síntomas

Cuando estaba en el colegio, al momento de querer estudiar tenía complicaciones, **repetía una y otra vez el mismo párrafo o línea**; no podía terminar un libro porque el estrés de tener que enfrentar siempre la misma sensación me frenaba y prefería dejar todo a medias. Así siguió, con varias carreras que no pude terminar, varios libros que no pude leerlos hasta el final, hobbies que nunca pude disfrutar. Yo siempre creí que era muy bueno **ser ordenado**, ya que eso me enseñaron, era normal para mí. Pero con el tiempo si algo no estaba en su sitio adecuada me estresaba mucho, tenía la necesidad de acomodarlo y cuando arreglaba mi cuarto me demoraba mucho tiempo. Todo tenía que estar ordenado y si no me estresaba y me enojaba. Cuando alguien me decía que haga alguna cosa, se repetía en mi cabeza varias veces y cuando quería realizarla, tenía duda si eso era lo que me mandaron a hacer.

Diagnóstico

Por esto y mucho más empecé a ver a algunos doctores, pase por exámenes que ni siquiera puedo describir, donde me ponían aparatos y

cables en la cabeza. A los 16 años fui donde un psicólogo, el cual me dijo que sería bueno que viera a un psiquiatra. Este me diagnosticó con **depresión** y me dio pastillas para no deprimirme. Así paso algún tiempo sin percibir resultados, por lo que decidí dejar de ir donde ese psicólogo y el psiquiatra. A los 20 años una amiga me recomendó que fuera con un psiquiatra que ella conocía. Este doctor me dijo que tenía **boderline**(trastorno límite de la personalidad) me mando medicación, la cual no me hacía sentir bien puesto que pasaba muy disperso y mi mente se quedaba en “blanco” mientras hacía alguna cosa.



Tratamiento

A los 23 años quería sentirme mejor y busque ayuda, hasta que pude dar con un psiquiatra que luego de hacerme varias preguntas, entre ellas me dijo: ¿En tu mente es como si se repitiera una y otra vez la misma canción?. ¡Efectivamente! en mi mente siempre tenía una canción repitiéndose hasta el cansancio, siempre estaba obsesionado con algo, con que todo este perfecto, con que el plato donde como este alineado con los cubiertos y con el vaso. Siempre estaba pensando y pensando cómo hacer algo y de tanto pensar no hacía nada. Este doctor pudo identificar qué era lo que me pasaba, me receto medicamentos y me recomendó que busque a un psicólogo con enfoque cognitivo-conductual. Esto pudo ayudarme bastante a resolver mis dudas, de qué era lo que me pasaba, porque muchas veces sentía que me estaba volviendo loco.

Historia de una persona diagnosticada con TOC.