

**PERFIL COGNITIVO DE UNA PACIENTE DIAGNOSTICADA CON  
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, ASISTENTE AL CENTRO  
DE SALUD MENTAL DE ENVIGADO**

**TRABAJO DE GRADO QUE SE PRESENTA PARA OPTAR AL TITULO DE  
PSICOLOGO**

**ESTUDIANTE**

**Hamilton Ayiber Sánchez Torres**

**Id 07250014**

**ASESOR:**

**Omar Amador Sánchez  
Psicólogo - Especialista en terapia Cognitiva  
Maestria en Psicología  
Universidad de San Buenaventura**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**MEDELLÍN**

**2012**

PERFIL COGNITIVO DE UNA PACIENTE DIAGNOSTICADA CON  
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, ASISTENTE AL CENTRO DE  
SALUD MENTAL DE ENVIGADO

**HAMILTON AYIBER SÁNCHEZ TORRES**

Id 07250014

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Psicólogo.

Asesor

**OMAR AMADOR SÁNCHEZ**

Psicólogo - Especialista en terapia Cognitiva

Maestría en Psicología

Universidad de San Buenaventura

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PSICOLOGÍA

MEDELLÍN

2012

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

## **AGRADECIMIENTOS**

*El presente trabajo de grado es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.*

*Agradezco al Dr. Omar Amador Sánchez por haber confiado en mi persona, por la paciencia y por la dirección de este trabajo. A la profesora Yudy Angulo por haber realizado las observaciones pertinentes desde la entrega del anteproyecto y al Doctor Juan Diego Betancur por su exigencia en la calificación del mismo, lo que contribuyó al enriquecimiento académico de mi trabajo.*

*Gracias también a mis compañeras, que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida durante estos casi cinco años de convivencia dentro y fuera de las aulas: Klerk, Juliana, Pilar y Yulieth.*

*A mi madre, mis tíos y abuelos que desde que decidí ser psicólogo me acompañaron en esta aventura que significó el trabajo de grado y que, de forma incondicional, entendieron mis ausencias y mis malos momentos. A todos los que desde un principio hasta el día hoy siguen dándome ánimo para terminar este proceso.*

## **DEDICATORIA**

### ***A Dios***

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

### ***A mi madre Sol***

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

### ***A mis tíos y abuelos***

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

TITULO: PERFIL COGNITIVO DE UNA PACIENTE DIAGNOSTICADA CON  
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, ASISTENTE AL CENTRO DE  
SALUD MENTAL DE ENVIGADO

AUTOR: HAMILTON AYIBER SÁNCHEZ TORRES

FECHA: Octubre 10 de 2012.

TIPO DE IMPRENTA: Procesador palabras Microsoft Word 2010, Arial número 12.

NIVEL DE CIRCULACIÓN: Público.

ACCESO AL DOCUMENTO: Fundación Universitaria María Cano, autores, participantes del estudio de caso, estudiantes y público en general.

MODALIDAD DE TRABAJO DE GRADO: Monografía: Estudio de Caso Clínico.

PALABRAS CLAVES: Trastornos de Ansiedad, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Obsesiones, Compulsiones, Terapia Cognitiva, Protocolo de formulación de caso clínico.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO: La conceptualización del caso clínico y el establecimiento cognitivo del perfil de los pacientes con trastornos mentales, incrementa las posibilidades de éxito terapéutico, y por tal razón es imprescindible que exista una fuerte amalgama entre el sustrato teórico del modelo y la experiencia clínica del psicólogo.

El trabajo de grado que aquí se presenta pretende determinar el perfil cognitivo de una paciente, diagnosticada con trastorno obsesivo compulsivo, asistente a proceso terapéutico en el Centro de Salud mental de Envigado. Analizar el

perfil cognitivo bajo el protocolo de conceptualización de caso clínico propuesto por la terapia cognitiva y describir el sistema de creencias y pensamientos disfuncionales en una paciente diagnosticada con trastorno obsesivo - compulsivo, asistente al Centro de Salud Mental de Envigado.

#### CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

#### METODOLOGÍA:

- Método: Descriptivo.
- Enfoque: Cualitativo, que abordó un caso único, mediante la evaluación objetiva de creencias obsesivas y esquemas responsables del trastorno obsesivo compulsivo
- Tipo de estudio: Caso Único - descriptivo
- Diseño: fenomenológico-hermenéutico.
- Población: Caso único

## TABLA DE CONTENIDO

### TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	9
Planteamiento del problema.....	11
Pregunta problematizadora.....	14
Objetivos.....	15
Justificación.....	16
Diseño Metodológico.....	18
Técnicas e Instrumentos.....	19
Marco de referencia.....	30
Marco Teórico.....	36
Marco Conceptual.....	36
Marco Legal.....	35
Marco Geográfico.....	34
Marco Histórico.....	31
Análisis de los resultados.....	76
Conclusiones.....	82
Bibliografía.....	83
Anexos.....	85

## INTRODUCCION

Se estipula que en el 2020 la gente va a morir más por enfermedades mentales que por padecimientos infecciosos. Según estudios realizados en el país, que no distan de la realidad de Medellín, cuatro de cada diez colombianos han sufrido algún tipo de trastorno o enfermedad mental. A ello se suma que la edad de inicio para el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y cigarrillo, ha disminuido en un promedio de 12 años y medio.

El 1,6 por ciento de la población padece de trastorno bipolar, el 5 distimia (depresión permanente), 4 de 100 niños el síndrome de hiperactividad y el 17 por ciento de la población femenina está en riesgo de padecer bulimia. Todos estos trastornos están asociados a la violencia intrafamiliar, el abuso sexual y por supuesto a la adicción a sustancias psicoactivas legales e ilegales. Los problemas mentales no sólo los padecen los adultos sino que hay una gran prevalencia entre los niños y los jóvenes.

Las investigaciones epidemiológicas y clínicas demuestran que los denominados trastornos de ansiedad representan el problema mental mas frecuente entre todos los trastornos psiquiátricos. La ansiedad constituye un elemento central en la psicopatología y es un componente presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos (Barlow, 1988, p. 319)

El trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es un padecimiento psiquiátrico grave que afecta a un alto porcentaje (3%) de la población general, lo que lo convierte en uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes. Se clasifica como tal porque las obsesiones (pensamientos, impulsos o imágenes intrusivas y perturbadoras) incrementan la ansiedad o incomodidad, mientras que las compulsiones (actos explícitos o mentales) las disminuyen.

Las personas con TOC intentan suprimir tales pensamientos o neutralizarlos con otros pensamientos o acciones. Los temas típicos de la obsesiones tienen que ver con sexualidad, daño, contaminación, preocupaciones acerca de la enfermedad, la religión, la superstición u otros pensamientos que de otro modo

se considerarían neutros. Por lo general, los pensamientos son egodistónicos, pero no todos los pacientes están convencidos de que dichos pensamientos sean insensatos.

Por lo anteriormente descrito se plantea la necesidad que el psicólogo clínico cuente con modelos que le permitan tener la opción de intervenir tanto en un nivel terciario como en la prevención de trastornos de ansiedad, creando en los pacientes estilos de afrontamiento cognitivos, emocionales y comportamentales que redunden en una mejor calidad de vida. No sólo se trata de lidiar con la enfermedad psicológica, sino ampliar los horizontes de salud.

La conceptualización del caso clínico y el establecimiento cognitivo del perfil de los pacientes con trastornos mentales, incrementa las posibilidades de éxito terapéutico, y por tal razón es imprescindible que exista una fuerte amalgama entre el sustrato teórico del modelo y la experiencia clínica del psicólogo.

El trabajo de grado que aquí se presenta pretende determinar el perfil cognitivo de una paciente, diagnosticada con trastorno obsesivo compulsivo, asistente a proceso terapéutico en el Centro de Salud mental de Envigado.

# PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO: PERFIL COGNITIVO DE UNA PACIENTE DIAGNOSTICADA CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, ASISTENTE AL CENTRO DE SALUD MENTAL DE ENVIGADO

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

Las investigaciones epidemiológicas y clínicas demuestran que los denominados trastornos de ansiedad representan el problema mental mas frecuente entre todos los trastornos psiquiátricos. La ansiedad constituye un elemento central en la psicopatología y es un componente presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos (Barlow, 1988, p. 319)

El trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es un padecimiento psiquiátrico grave que afecta a un alto porcentaje (3%) de la población general, lo que lo convierte en uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes. Se clasifica como tal porque las obsesiones (pensamientos, impulsos o imágenes intrusivas y perturbadoras) incrementan la ansiedad o incomodidad, mientras que las compulsiones (actos explícitos o mentales) las disminuyen.

Las personas con TOC intentan suprimir tales pensamientos o neutralizarlos con otros pensamientos o acciones. Los temas típicos de la obsesiones tienen que ver con sexualidad, daño, contaminación, preocupaciones acerca de la enfermedad, la religión, la superstición u otros pensamientos que de otro modo se considerarían neutros. Por lo general, los pensamientos son egodistónicos, pero no todos los pacientes están convencidos de que dichos pensamientos sean insensatos.

Un síntoma menos frecuente del TOC es la lentitud obsesiva o compulsiva en la que el paciente requiere varias horas para ejecutar una actividad rutinaria. A menudo, tienen más de un tipo de síntoma y en general saben que sus obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales. La mayoría tienen un curso fluctuante y con frecuencia crónico. A menudo, las obsesiones y las

compulsiones remplazan a los comportamientos funcionales y es frecuente que la evitación de situaciones que implican obsesiones y compulsiones conduzca a dificultades familiares, sociales y laborales.

En cuanto a modelos teóricos y tratamientos de tipo psicológico actuales para el TOC, estos están fundamentados en teorías que explican los pensamientos intrusivos como ocurrencias que experimentaba todo el mundo. Según estas teorías, quienes sufren de TOC no difieren de aquellos sin el trastorno con respecto al contenido de sus pensamientos, sino sólo en la manera en que reaccionan ante ellos y los interpretan. Los individuos sanos ignoran los pensamientos intrusivos y los juzgan como poco importantes, mientras que las personas con TOC les prestan atención y pueden interpretarlos como significativos.

Se supone que el grado de atención a tales pensamientos está determinado por creencias que se adquirieron a través del entrenamiento religioso o cultural, o en un contexto familiar. Si los individuos subestiman sus estrategias de afrontamiento para lidiar con las intrusiones, podrían tratar de omitir sus pensamientos intrusivos, desarrollar compulsiones mentales o realizar conductas de evitación. Es probable que la supresión del pensamiento como una estrategia para liberarse de las intrusiones sea una empresa infructuosa, ya que los estudios sugieren que cuando los individuos intentan suprimir pensamientos específicos, estos ocurren con más y no con menos frecuencia.

Con base en lo anterior, surge la necesidad de analizar, de manera minuciosa, el perfil cognitivo de una persona que sufren de TOC. Trastorno que representa una dimensión amplia de malestar para quien lo padece, y conlleva consecuencias negativas en las diferentes áreas en las que se desempeña el individuo.

Por otro lado, se convierte en una oportunidad para el psicólogo en formación - quien tendrá la posibilidad de cualificarse a nivel ético, teórico y metodológico durante el proceso en que se desarrolle esta investigación, en la cual se

pretende realizar el perfil cognitivo de una paciente, a través de la conceptualización cognitiva de un caso clínico de TOC.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

## **1.3. PREGUNTA PROBLEMATIZADORA**

¿Cuál es el perfil cognitivo que presenta una paciente, diagnosticada con trastorno obsesivo-compulsivo, asistente al Centro de Salud Mental de Envigado?

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1 General

Determinar el perfil cognitivo que presenta una paciente, diagnosticada con trastorno Obsesivo Compulsivo, asistente al Centro de Salud Mental de Envigado

### 2.2 Específicos

- Analizar el perfil cognitivo bajo el protocolo de conceptualización de caso clínico propuesto por la terapia cognitiva
- Describir el sistema de creencias y pensamientos disfuncionales en una paciente diagnosticada con trastorno obsesivo - compulsivo, asistente al Centro de Salud Mental de Envigado.
- Establecer la diferencia del sistema de creencias de acuerdo al tipo de sub- diagnóstico TOC tipo lavador, tipo chequeador, tipo duda, tipo enlentecimiento, en una paciente asistente al Centro de Salud Mental de Envigado.

### 3. JUSTIFICACIÓN

Estudiar cómo el ser humano procesa la información es una tarea apasionante. Comprender de qué manera los distintos mecanismos cognitivos (creencias, pensamientos, atención, percepción, memoria, toma de decisiones, resolución de problemas) configuran la patología o el bienestar de los individuos, ha generado la creación de un paradigma consistente, sustentado científicamente y validado empíricamente, para intervenir terapéuticamente en diversos trastornos, prevenir las enfermedades psicológicas y fomentar estilos de vida saludables. A este modelo de formulación se lo conoce como terapia cognitiva. Desde esta perspectiva podemos considerar al terapeuta cognoscitivo como un experto en software humano; es decir, un experto en el sistema de procesamiento de la información que desarrolla el cerebro, y que incluye tanto información cognitiva como afectiva.

El presente trabajo investigativo: Perfil cognitivo de una paciente diagnosticada con trastorno obsesivo compulsivo, asistente al Centro de Salud Mental de Envigado, refiere una real importancia desde la construcción sistemática y estructurada, que se debe seguir en los procesos terapéuticos inherentes al abordaje cognitivo conductual.

Los problemas de los Trastornos de Ansiedad, poseen una larga y respetable historia en Psicología y psiquiatría. Se han considerado centrales para toda la teoría de la conducta humana y para todo análisis acerca de la mente. Se ha llegado a afirmar que todos los seres humanos atraviesan por períodos ansiosos a lo largo de la vida, que en la mayor parte de los casos no llegan a obstaculizar en forma importante su funcionamiento vital. O sea, que no merecen el rótulo de “patológicos” o de “anormales”.

No obstante, al delimitar y comprender el Trastorno Obsesivo-Compulsivo presente en una mujer adulta, que se encuentra asistiendo a consultas por el servicio de Psicología en el centro de Salud Mental de Envigado, permitirá también establecer la diferencia del sistema de creencias de acuerdo al tipo de sub-diagnóstico del TOC, fuere este de tipo lavador, tipo chequeador, tipo

duda, tipo enlentecimiento. De esta forma, se abriría una visión integral de lo que resulta viable hacer desde la intervención, pero sobretodo, desde el completo conocimiento que amerita se tenga en cualquier caso relacionado con trastornos mentales.

Por otro lado, este proyecto es importante para la Fundación Universitaria María Cano, porque abre las luces del conocimiento sobre el perfil cognitivo de pacientes con Trastornos de Ansiedad, específicamente, el TOC, contribuyendo a registrar aspectos cognitivos que están relacionados con componentes emocionales y conductuales en dicha patología, dejando abierto el camino que podría conducir a la elaboración de guías y protocolos de intervención que abarque la atención de la población, aportando de manera tangencial elementos que puedan favorecer la formulación del caso clínico y parte del quehacer terapéutico.

Finalmente, este proyecto de grado constituye un aporte para el programa de Psicología, permitiendo vincular actividades académicas al contexto real de las diferentes psicopatologías que hacen parte de la realidad psíquica, estrechando los lazos de reciprocidad entre la universidad y la sociedad en la medida en que los estudiantes contribuyan con base a los conocimientos adquiridos, aportando una reconstrucción del tejido social, interviniendo las diferentes problemáticas propias de nuestra época como es la ansiedad, que aunque aparentan ser individuales, siempre van a tener repercusiones sociales.

## 4. MARCO METODOLÓGICO

### 4.1. DISEÑO METODOLÓGICO

El diseño metodológico propuesto para este proyecto investigativo, ha señalado el camino que se debe seguir para alcanzar los objetivos de estudio, contestar los interrogantes, interpretar y comprender el fenómeno de estudio desde su contexto natural.

La investigación se llevó a cabo desde un enfoque cualitativo, mediante el análisis de caso único y la evaluación objetiva de creencias obsesivas y esquemas responsables del trastorno obsesivo compulsivo. Se utilizaron dos tipos de análisis para determinar el perfil cognitivo de la paciente diagnosticada con un trastorno mental: El índice de cumplimiento de categorías del protocolo de conceptualización de caso clínico según Aron Beck, la consistencia entre los puntos de cohorte que presenta el formato de evaluación de las pruebas psicológicas y los resultados de la paciente; además, el análisis de la congruencia entre la conceptualización y el análisis del caso clínico.

Por otro lado se realizó un análisis interpretativo. Este visto como aquel que pretende aumentar la comprensión acerca de un campo de conocimiento, está centrado en la búsqueda de sentido o significado de la problemática en cuestión, y no en la verdad absoluta, si es que esta pudiera ser en realidad conocida.

También se pretende conocer las experiencias del individuo, sean estas particulares o en grupo, con lo que se pretende identificar y explicar las características evidenciables desde la conceptualización del caso clínico y las pruebas psicológicas. El modelo empleado es el fenomenológico-hermenéutico. El tipo de estudio es el diseño de caso único descriptivo, de acuerdo al tiempo es sincrónico, las técnicas de generación de información son la entrevista en profundidad, la observación y las pruebas objetivas. Se seleccionó una mujer de 36 años con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo, quien reside en el municipio de Itagüí. Para realizar el plan de análisis de la información anteriormente expuesto se realizó el procedimiento a continuación:

Selección de textos, re-elección de textos, identificación de ideas, conceptualización de ideas, descripción de la información recolectada en la entrevista, análisis de la información y su engranaje con las investigaciones previas acerca del tema, interpretación de resultados en las pruebas objetivas.

#### **4.2. TECNICAS E INSTRUMENTOS**

Las pruebas que se describen a continuación son objetivas de papel y lápiz y de aplicación individual, que requieren aproximadamente de 60 minutos para su aplicación. Sus ítems están escritos en lenguaje cotidiano (para medir un amplio rango de población), y en tiempo presente (para poder medir cambios en los comportamientos de los sujetos). El género de las palabras, está tanto en femenino como en masculino para poder ser contestado tanto por hombres como por mujeres. Estas pruebas psicométricas son:

- **EL INVENTARIO OBSESIVO-COMPULSIVO DE MAUDSLEY –MOCI-**

Fue diseñado para investigar distintos tipos de síntomas en pacientes con rituales. Hodgson en 1977 elaboró este instrumento con los ítems que mejor discriminaran a los pacientes obsesivos de los neuróticos, intentando valorar los síntomas más claramente obsesivo-compulsivos. Con posterioridad, fue sistematizado en 1980.

Se trata de un cuestionario auto-aplicado de 30 ítems con respuesta tipo verdadero/falso. Se puede obtener información de cuatro áreas distintas: comprobación, limpieza, enlentecimiento y duda, así como una puntuación global. Deben atenderse las cuestiones que plantee el entrevistado referente a las preguntas del cuestionario, intentando no influir en la tendencia natural de la respuesta. Se obtiene una puntuación total, suma de las obtenidas en todos los ítems. La mitad puntúan de forma directa (1 – 0) y la otra mitad de forma inversa (0 – 1). Se puede disponer de puntuaciones de las cuatro sub-escalas: comprobación (ítems 6, 8, 14, 15, 20, 22, 26 y 28), limpieza (ítems 1, 4, 5, 9,

13, 17, 19, 21, 24 y 26), enlentecimiento (ítems 2, 4, 8, 16, 23, 25 y 29) y duda (ítems 3, 7, 10, 11, 12, 18 y 30).

- MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

La M.I.N.I es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DMS-IV y el ICD-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la M.I.N.I con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de Salud para entrevistadores no clínicos para el ICD-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la M.I.N.I tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto, pero puede ser administrado en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18.7 = 11.6 minutos media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos luego de una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

La M.I.N.I está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción de el módulo de los trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

- “CUESTIONARIO DE CREENCIAS DE PERSONALIDAD”

(PBQ: Personality Belief Questionnaire, PBQ; Beck y Beck, 1991)

Fue desarrollado como instrumento de evaluación para la clínica y la investigación. Contiene 126 ítems (nueve escalas, cada una con 14 ítems). Los ítems fueron construidos a partir de la investigación y las consideraciones teóricas sobre la conceptualización de cada trastorno de la personalidad (Beck y Freeman, 1990). Este cuestionario evalúa las creencias típicas asociadas con

cada uno de los trastornos de la personalidad considerando las clasificaciones para el momento de su construcción DSM-III-R (1987). De esta manera, las creencias centrales sobre la necesidad de la autonomía, aislamiento y desapego forman parte del trastorno esquizoide de la personalidad; creencias de ser diferente y raro son centrales en el trastorno de la personalidad esquizotípico y creencias sobrevaloradas y generalizadas sobre la desconfianza y la necesidad de cautela corresponden al trastorno paranoide de la personalidad.

Así mismo, las creencias a favor de la explotación, la manipulación y el delito representan el trastorno antisocial de la personalidad; las creencias de grandiosidad y competitividad corresponden al trastorno narcisista de la personalidad; las creencias a favor de la expresividad y hacer románticas todas las situaciones e impresionar a los demás representan al trastorno histriónico de la personalidad y las creencias relacionadas con la inestabilidad afectiva y frente a la imposibilidad para controlar las emociones y el comportamiento impulsivo son centrales en el trastorno límite de la personalidad.

Por último, las creencias relacionadas con vulnerabilidad social, inhibición y evitación y temor a ser herido, rechazado y fracasar corresponden al trastorno de la personalidad por evitación; las creencias consistentes en que es necesaria la ayuda y cercanía de otras personas para resolver los problemas cotidianos corresponden al trastorno de la personalidad por dependencia; las creencias de auto-exigencia, necesidad de control, perfección y cumplimiento de los “deberías” corresponden al trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo y las creencias ambivalentes de resistencia y dependencia hacia la autoridad formarían parte del trastorno de la personalidad pasivo-agresivo.

En esencia, el cuestionario evalúa creencias representativas del trastorno esquizoide, paranoide, antisocial, narcisista, histriónico, por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo de la personalidad y pasivo-agresivo, además del trastorno límite de la personalidad. El cuestionario no incluye creencias sobre el trastorno esquizotípico de la personalidad, lo cual puede justificarse por la rareza cognitiva que gira en torno a miedos, preocupaciones y

desvinculación de naturaleza social e ideas paranoicas, evaluados en los trastornos por evitación, esquizoide y paranoide de la personalidad (Beck et al., 2004).

- **El protocolo de formulación de caso Clínico** utilizado en la investigación, es el propuesto por Aron Beck, y se define como un método directivo y está centrado en la investigación de informaciones concretas, específicas y pertinentes, donde el individuo es la mejor o la única fuente de información sobre su propia experiencia, sus relaciones interpersonales, sus emociones y pensamientos. Este instrumento entonces, es útil ya que permite explorar la historia personal y los datos observacionales informales de la persona. El protocolo consta de:
  - **Datos generales** identificación del paciente, contiene datos generales como nombre, apellidos, edad, escolaridad, ocupación, número de identificación que corresponde al número de historia clínica.
  - **Tratamientos psicológicos anteriores:** Procesos de intervención previos bien sea por el mismo motivo o por otro, debiéndose especificar la época de la intervención, el origen de la demanda y los logros alcanzados.
  - **Datos Médicos:** Historia de enfermedades relevantes padecidas, accidentes, tratamientos prolongados, intervenciones quirúrgicas o consumo de drogas farmacológicas.
  - **Motivo de consulta**, el cual contiene:
  - **Origen de la remisión:** descripción si la paciente viene por voluntad propia, por remisión profesional o institucional o si viene por sugerencia de alguien cercano a él.

- **Queja de la paciente** descripción textual del motivo expuesto por la paciente, escribiendo la frase clave que encierra la queja. Los pacientes generalmente plantean el motivo de consulta en términos sintomáticos, de disfuncionalidad o de perturbación. El terapeuta debe buscar explicitar en términos cognitivo-conductuales la queja de la paciente.
- **Demanda:** Se refiere a las expectativas que plantea el paciente con respecto al proceso que se inicia. Es muy importante porque la demanda orienta el encuadre.
- **Diagnóstico multiaxial:** Definición hipotética del caso de acuerdo con los criterios del DSM-IV. Se plantea la hipótesis o impresión diagnóstica del caso basada en la información obtenida en el proceso de evaluación. Ubica la formulación en términos psicopatológicos, de manera que sean comprensivas las hipótesis formuladas.

Se debe realizar siguiendo los criterios multiaxiales propuestos por los manuales psicopatológicos de la APA (DSM). El diagnóstico se plantea en los siguientes ejes:

Eje I: Trastornos clínicos.

Eje II: Trastornos de personalidad y retardo mental.

Eje III: Enfermedades médicas relacionadas.

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.

Eje V: Evaluación de la actividad global.

- **Análisis descriptivo:** Estudio sintomático y evolución de los síntomas (crisis actual).
- **¿Cómo comienza a gestarse la crisis actual?** (tiempo cero): Factores personales y ambientales asociados a la aparición de la crisis actual. Se

espera que no sea de un periodo superior a seis meses por la estabilidad de un episodio de perturbación emocional o psicológica.

- **¿Cómo evolucionan los síntomas?** Descripción del proceso de evolución percibido en el sujeto a partir de la aparición de los síntomas actuales. Definir estrategias de afrontamiento desarrolladas por el paciente y los resultados de las mismas.
- **Consecuencias personales y/o ambientales:** Nivel de afectación que implica la crisis para el desempeño de las actividades cotidianas del paciente, para su estabilidad emocional, sus relaciones interpersonales y otras áreas de influencia del caso.
- **Qué piensa del problema:** Descripción del auto - percepción del problema por parte del paciente, grado de conciencia que tiene de la situación, expectativas de superación del caso y asunción de compromisos personales frente al mismo.
- **Técnicas de evaluación:** Pruebas aplicadas, test aplicados, acompañados de los respectivos puntajes obtenidos presentados bien sea de manera descriptiva o gráfica. Se deben explicar en forma sucinta los datos obtenidos, sin necesidad de hacerse análisis profundos en este ítem. Otras estrategias de recolección de información: registros, monitoreos, auto formatos, cuestionarios, entre otras. También debe presentarse un comentario general que contextualice los datos, sin necesidad de explicaciones interpretativas profundas.
- **Condiciones de vida y análisis ambiental.**
- **Factores predisponentes** (transitorios y estables) variables personales asociadas con la vulnerabilidad al trastorno o a los síntomas, que se presentan de manera estable o difícilmente modificable (como una

malformación genética, un rasgo definido u otros) o de manera transitoria o de poca estabilidad (como un estado económico, una situación afectiva determinada, entre otras).

- **Factores de riesgo:** Variables del ambiente que se asocian a la aparición o mantenimiento de los síntomas o del trastorno. Son factores externos, que hacen parte del entorno en el que coexiste el sujeto.
- **Factores de protección:** Variables estables que permiten al sujeto tener un apoyo o herramienta frente a los contenidos esquemáticos desadaptativos. Incluye factores como rasgos estables, metas definidas, características globales positivas, entre otras.
- **Análisis disposicional/motivacional:** Variables transitorias que definen las motivaciones, expectativas y disposiciones específicas del sujeto en el momento determinado de la intervención. Tiene que ver con sus gustos, hobbies, pasatiempos, entretenimientos, y demás aspectos que le llaman la atención al paciente.
- **Análisis histórico.**

**Historia del problema** (crisis anteriores): Episodios anteriores relacionados con el problema actual. Se debe señalar la etiología, evolución y mantenimiento de los síntomas, de manera que se observe la historia clara del problema. No tienen que ser antecedentes de manifestación similar a la crisis actual, pero si de la misma naturaleza.

- **Historia personal relevante:** Aspectos de la anamnesis que se consideran relevantes para el caso. Tiene que ver con experiencias tempranas, áreas vitales del sujeto, experiencias de impacto, relaciones interpersonales, desempeño en diversos ámbitos, y demás datos que,

según el caso, se consideren de importancia para la comprensión actual de los síntomas.

- **Estudio genético biológico:** Patrones familiares asociados con el cuadro patológico. Se tiene en cuenta hasta el segundo orden de consanguinidad, incluyendo padres, hijos, hermanos, tíos y abuelos.
- **Análisis estructural**

En la formulación cognitiva se privilegia el análisis estructural en tanto da cuenta del estilo de procesamiento de la información cognitivo-afectivo-comportamental, o dicho de otra forma, al Perfil Cognitivo en relación a la especificidad de contenido de la alteración en cada trastorno. Puede ser analizado en función de su perfil particular. Este análisis define la estructura cognitivo-afectiva-comportamental en términos de su predisposición a actuar (vulnerabilidad).

- **Definición de esquemas nucleares:** El esquema nuclear, o creencia central, está referido a la auto percepción de si mismo, la percepción de la gente y el mundo, contiene información semántica y episódica.
- **Creencias intermedias:** Las creencias intermedias se derivan de la relación que el sujeto ha tenido con el contenido de los esquemas nucleares. Por lo general se convierten en factores de perpetuación o mantenimiento de las creencias centrales en tanto afirman o desconfirman el contenido de éstas. Las creencias intermedias se definen a manera de actitudes, supuestos y reglas.
- **Estrategias compensatorias:** Las estrategias son formas de conducta programada destinadas a servir a metas biológicas, son conductas estereotipadas altamente pautadas favorables a la supervivencia individual y la reproducción. En los seres humanos el término estrategias puede aplicarse tanto a conductas adaptadas como inadaptadas.

- **Emociones derivadas:** Consiste en la definición de los esquemas emocionales, que se manifiestan en estilos o tendencias afectivas en el sujeto. Las emociones primarias no son objeto de atención clínica, mientras que las secundarias y terciarias sí, por el contenido de elaboración cognitiva implicado en ellas.
- **Análisis funcional:** Se presenta la relación gráfica entre las situaciones estimulares, antecedentes asociados con la aparición de las manifestaciones sintomáticas, los pensamientos automáticos derivados, las reacciones (emocionales, fisiológicas y conductuales) y las consecuencias que recibe el sujeto (modificaciones en el ambiente producto de las respuestas emitidas). El análisis funcional permite establecer patrones característicos en las situaciones elicitoras, naturaleza y características de los pensamientos automáticos, características de las reacciones del sujeto y variables contingenciales asociadas como mantenedores o reforzadores de las respuestas.
- **Análisis informacional complejo:** Análisis general de la información (conclusiones del caso,). Juicio clínico en el que se plantean conclusiones derivadas de la información.
- **Análisis Nomotético:** Explicación conceptual del caso en términos psicopatológicos o con base en teorías psicológicas que lo sustenten. Se basa en criterios preestablecidos a manera de leyes generales que soportan conceptualmente los planteamientos hechos. Se puede recurrir a posturas teóricas cognitivas, de la psicopatología o del aprendizaje, entre otras.
- **Análisis Idiográfico:** Descripción del caso en términos subjetivos, es decir, explicación de los planteamientos hechos en la formulación que dan cuenta de la vivencia del sujeto de los síntomas o del caso en general, planteando la etiología, la evolución y afectación del caso de acuerdo con la experiencia particular del paciente.

- **Blancos y metas terapéuticas**
- **Blancos terapéuticos:** Son los elementos de la unidad informacional que se pretende modificar. Pueden plantearse a manera de esquemas maladaptativos, errores en el procesamiento de la información, pensamientos disfuncionales, emociones inconvenientes o conductas que resultan desadaptativas.
- **Metas terapéuticas:** Se refieren a los resultados esperados o expectativas frente al proceso. Se plantean como logros que se presentan como alternativos para los elementos descritos en como blancos terapéuticos.
- **Diseño terapéutico:** La selección del tratamiento más eficaz para el caso se establece en función de estadios clínicos que siguen un protocolo estandarizado y riguroso de laboratorio que garantiza su validez interna. Igualmente se recurre a la experiencia y juicio del clínico para establecer cuáles son los procedimientos más indicados para el caso.
- **Estrategias de mantenimiento de los logros obtenidos:** planteamiento de estrategias de seguimiento que permiten definir la estabilidad de los logros obtenidos a partir de la intervención.

#### 4.3. Procedimientos

La paciente objeto de estudio asiste a consulta por psicología cada quince días aproximadamente. Durante la consulta se le planteó la posibilidad de hacer parte del proyecto de investigación actual. Se estableció encuadre, se le

explicó el consentimiento informado y se procedió a realizar La Entrevista MINI. En la segunda consulta se procedió con la aplicación de la prueba MOCI y PBQ-SF.

## **5. MARCO DE REFERENCIA**

### **5.1. MARCO CONCEPTUAL**

Trastornos de Ansiedad

Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Obsesiones

Compulsiones

Terapia Cognitiva

Protocolo de formulación de caso clínico

## 5.2. MARCO HISTÓRICO

En la primera fase - 2002 – el Centro de Salud Mental (CSM) inició con los servicios asistenciales intramurales como: Consulta por psiquiatría General, Psicología y Consulta Familiar por Trabajo Social.

Así mismo, se iniciaron programas extramurales (fuera de las instalaciones del centro) de promoción y prevención de la salud mental.

Estas actividades fueron dirigidas a la población más desprotegida del municipio determinadas por la clasificación SISBEN (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales, niveles 1, 2,3.), sin ningún costo y a libre demanda del usuario, subsidiados por el Municipio de Envigado.

Las actividades extramurales de promoción y prevención se dirigieron fundamentalmente al ente educativo y grupos cautivos existentes en el municipio, este proceso era realizado por un profesional en psicología o trabajo social; estas actividades también fueron subsidiadas por el municipio.

Esta primera fase, sobrepasó todas las expectativas, dándose un flujo masivo de pacientes a los servicios intramurales y extramurales, cubriéndose una necesidad claramente sentida y desprotegida dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia

En esta primera etapa se atendieron 5000 personas a través de las diferentes actividades.

En el año 2003 se inició la segunda fase del programa. Cuyo objetivo primordial era sentar las bases para la conformación de una red de salud mental que involucrara: la comunidad, el sistema de salud municipal, el ente Policivo, el Municipio de Envigado y el Centro de Salud Mental.

Simultáneamente al trabajo extramural se dio comienzo a un programa de capacitación, en conceptos básicos de psiquiatría dirigido al Sistema Primario de Atención en Salud del Municipio. Los Médicos adscritos al servicio de urgencias del hospital local (Hospital Manuel Uribe Ángel), catalogado en tercer nivel de complejidad, fueron igualmente capacitados en el manejo de urgencias

psiquiatras, capacitación igualmente certificada por la Fundación Universitaria San Martín.

Una vez capacitado el sistema primario de atención en salud del municipio, se dio comienzo a la remisión de los pacientes hasta entonces concentrados en el Centro de Salud Mental, la cual llevaba en términos claros las funciones que debía asumir el ente primario con cada uno de los pacientes, asegurándoles a estos profesionales la posibilidad de una asesoría permanente de los pacientes remitidos, así como del paciente por ellos captados.

Finalizado el año 2003, ya se contaba en el Municipio de Envigado con la primera Red de Salud Mental, que integró todos los entes municipales con la comunidad, atendiéndose al final de esta segunda fase una población cercana a las 40.000 personas a través de todas sus actividades.

En el año 2004, se inicia la tercera fase del programa, en la cual se traza como objetivo fundamental la consolidación de la Red de Salud Mental y de los programas de salud mental comunitarios, a través de:

- Capacitación a los Comités Sectoriales de Salud Mental en conceptos básicos de psiquiatría.
- Entrevista compartida de pacientes psiquiátricos con el Médico General.
- Proceso de educación al ente policivo sobre la adecuada utilización de la asesoría Técnica, estableciéndose lazos de mutua colaboración, para el adecuado abordaje de pacientes difíciles.
- Implementación de estrategias de abordaje Psico-educativo comunitario llamado "actividad educativa Itinerante", la cual consistía en ir al lugar de reunión de diferentes grupos sociales (tiendas de barrio, esquinas, áreas deportivas, espacios públicos, entre otras) para que mediante una charla de aproximadamente 15 minutos recibieran un tema Psico-educativo básico, según el grupo impactado. Esta actividad ha demostrado ser de gran efectividad por llegar a los grupos realmente necesitados.

- Se iniciaron los contactos para la creación de una Unidad Psiquiátrica en el Hospital local. Actualmente aunque no se cuenta con una unidad como tal, se pueden hospitalizar pacientes psiquiátricos en salas generales, tomándose esto como periodo preparatorio de lo que se espera a futuro sea una unidad especializada en atención psiquiátrica dentro del hospital.

En el año 2004, el CSM con su programa de Salud Mental en red atendió aproximadamente 60.000 personas a través de todas sus actividades.

En el año 2005, se da inicio a la cuarta fase del programa y se tiene como objetivo fundamental la exportación del programa de Red de salud Mental a otros municipios, para conformar una Red de Salud Mental Departamental.

En esta fase se amplió el portafolio de servicios con programas de asesoría en salud mental para empresas de orden público y privado.

Actualmente se está gestionando la búsqueda de recursos internacionales que permitan entre otros, la construcción de la infraestructura necesaria para el servicio psiquiátrico dentro del hospital local, así como otros servicios tales como Hospital de Día y programas de rehabilitación.

### **5.3. MARCO GEOGRÁFICO**



#### **DIRECCIÓN**

Calle 38 Sur No. 44 - 88

Envigado, Colombia

PBX: 2701968

**WEB:** [www.centrodesaludmental.net](http://www.centrodesaludmental.net)

#### **5.4. MARCO LEGAL**

El estado Colombiano en la actualidad, cuenta con la Política Nacional de Salud Mental, acogida mediante resolución No 02358/98, que define la salud mental como: “La capacidad que tienen las personas y los grupos de estas para interactuar entre sí y con el medio en el cual viven. Agrega que es un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas de carácter cognitivo, afectivas y relacionales, dirigidas al cumplimiento de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”.

En esta resolución se integran los factores condicionantes de carácter biológico, ambiental, comportamental, social, político, económico, cultural y el nivel de salud, medido por la estructura de morbilidad, mortalidad y discapacidad específicas por grupo étnico y género ajustado a criterios de priorización como la magnitud, vulnerabilidad y trascendencia de los diferentes fenómenos que determinan el estado de salud de la población. Sin embargo, por las limitaciones de diferente índole que han afectado su real implementación, esta política se encuentra en fase de reformulación.

En general, el instrumento jurídico más importante que regula la intervención en la salud mental es la Constitución Política de Colombia en sus diferentes artículos relacionados con la salud de la población, particularmente el Artículo 13, donde se señala que el estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición mental, o, física se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta.

De igual forma, en el Artículo 47 dispone que el Estado adelantara políticas de prevención, rehabilitación e integración social para los disminuidos psíquicos, a quienes brindara la atención especializada que requieran. En el inciso final del Artículo 68, se establece la necesidad de erradicar el analfabetismo garantizando el acceso a la educación adecuada de las personas con limitaciones mentales.

## 5.5. MARCO TEÓRICO

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad es un concepto supremamente amplio difícil de definir debido, probablemente, a que se refiere tanto a un fenómeno habitual en la vida del hombre como a manifestaciones no tan normales, que conllevan inclusive a un trastorno mental. Es una emoción que en muchas circunstancias es adaptativa para el individuo. Permite estar alerta, sensible al ambiente, aportando un nivel óptimo de motivación para afrontar las diferentes situaciones. En circunstancias de peligro objetivo, un incremento de la ansiedad puede facilitar un mejor afrontamiento de la situación y, en consecuencia, una mejor adaptación. El problema surge, sin embargo, cuando frecuentemente se generan niveles excesivos de ansiedad y durante períodos prolongados de tiempo, y generalmente sin que exista un peligro objetivo (es decir, «falsas alarmas», empleando terminología del profesor David H. Barlow). En estos casos, la ansiedad es desadaptativa y se convierte en una fuente de malestar, sufrimiento y a veces incapacitación para la persona que la sufre, siendo común que demande ayuda.

Las diferentes expresiones que refieren la ansiedad, el miedo, y emociones similares, designan sutilezas de intensidad, duración y expresión tanto del peligro como de la respuesta generada ante éste, si bien, a nivel operativo suelen identificarse, debe establecerse la diferencia entre ambos conceptos. El miedo y la ansiedad se diferencian porque el primero se asocia a algún tipo de estímulo externo amenazante identificable, mientras que el segundo no. En la ansiedad se trataría de un estado emocional más difuso y sin una fuente externa de amenaza reconocible. Realmente la distinción en estos términos resulta por lo menos problemática, ya que los estímulos externos elicitadores pueden existir aunque no sean fácilmente identificables. Por otra parte, a veces los estímulos inductores de respuestas de miedo/ansiedad son de tipo interno (interoceptivo), generalmente más difíciles de determinar por el sujeto que los estímulos externos.

Tal vez por estos problemas se hayan buscado otras razones más convincentes para separar el miedo de la ansiedad. En concreto, Epstein

(1972) ha diferenciado ambos conceptos en términos de la acción. Así, según este autor, el miedo puede ser entendido como un drive que motiva la conducta de evitación (o escape) ante la percepción de un estímulo de amenaza, mientras que la ansiedad sería un estado emocional de miedo no resuelto o un estado de activación que no posee una dirección específica tras la percepción de amenaza.

Más recientemente, y en una línea relativamente semejante a la de Epstein, Barlow (1988) ha establecido la necesidad de diferenciar el miedo de la ansiedad o “aprensión ansiosa” (término preferido por este autor). Barlow señala que el miedo consiste en una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por elevada activación y alto afecto negativo. En cambio, la ansiedad es una combinación difusa de emociones (estructura cognitiva-afectiva) orientada hacia el futuro. De este modo, mientras que el miedo se caracterizaría por presentar componentes más primigenios, biológicos y en cierto modo automáticos (reacciones de alarma-defensa), y una orientación hacia el presente, la ansiedad (“aprensión ansiosa”) es fundamentalmente de naturaleza cognitiva y de marcada y de orientación más hacia el futuro (Sandín&Chorot, 1991a).

## EL TRIPLE SISTEMA DE RESPUESTA

La Ansiedad no es un fenómeno unitario (Sandín&Chorot, 1986a). Desde hace bastante tiempo se conoce que la ansiedad, al igual que cualquier otra emoción, implica al menos tres componentes, modos o sistemas de respuesta: Subjetivo (o cognitivo), fisiológico (o somático) y motor (o conductual):

Subjetivo-cognitivo: También denominado verbal-cognitivo, es el componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna. Incluye un amplio espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la Ansiedad. La persona con ansiedad experimenta subjetivamente un estado emocional desagradable, cualitativamente diferente de la ira y tristeza, y semejante a la experiencia conocida comúnmente como miedo (Lewis, 1980).

Fisiológico-somático: La experiencia de ansiedad suele acompañarse de un componente biológico. Los cambios fisiológicos más característicos consisten en un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede reflejarse tanto en los cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez facial, etc.) como internos (aceleración cardíaca, descenso de la salivación, aceleración respiratoria, etc.); algunos pertenecen a funciones corporales que pueden ser controladas voluntariamente (agitación, defecación, respiración, etc.) y otros a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias (palpitaciones, vómitos, temblor, etc.)

Motor-conductual: Corresponde a los componentes observables de conducta que, aparte de implicar variables como la expresión facial y movimientos o posturas corporales, fundamentalmente hacen referencia a las respuestas instrumentales de escape (huida) y evitación.

Algunos autores han indicado que la ansiedad patológica (o “ansiedad clínica”) es una manifestación más frecuente, más intensa y más persistente que la ansiedad normal (Spielberger & Cols., 1984). Es decir, a nivel general la ansiedad patológica se caracterizaría en principio, por presentar ciertas diferencias cuantitativas respecto a la ansiedad normal, esto es, un nivel más elevado de ocurrencia, intensidad y duración.

La ansiedad constituye un elemento central en psicopatología. Es un componente presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos. Por otra parte, las investigaciones epidemiológicas y clínicas demuestran que los denominados trastornos de ansiedad representan el problema mental más frecuente entre todos los trastornos psiquiátricos. Además, es una de las principales causas por las que las personas visitan al médico de atención primaria.

## CLASIFICACIÓN TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Un trastorno de ansiedad se define por la presencia predominante de síntomas de ansiedad, siendo éstos irracionales y excesivamente intensos, persistentes y perturbadores para la persona (malestar, alteración sociolaboral, etc.) Si bien los niveles altos de ansiedad pueden ser observados en la mayoría de las condiciones psicopatológicas, sólo en los trastornos de ansiedad el cuadro clínico está dominado por reacciones ansiosas. Los trastornos de ansiedad pueden manifestarse de diferentes formas, constituyendo cuadros o síndromes más o menos específicos:

En el DSM-IV (igual que en el DSM-IV-TR; APA, 2000) se define el síndrome del ataque de pánico como un episodio de intenso miedo o molestia, durante el cual aparecen bruscamente y alcanzan el pico en los 10 minutos al menos cuatro de una serie de síntomas (APA, 1994): palpitaciones, sacudidas del corazón, o ritmo cardíaco acelerado; sudoración; temblor o sacudidas musculares; sensación de respiración dificultosa o ahogo; sensación de atragantarse; dolor o molestias en el pecho; náuseas o malestar abdominal; sensación de vértigo, inestabilidad, mareo o desmayo; desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sentirse separado de uno mismo); miedo a perder el control o volverse loco; miedo a morir; parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), y escalofríos o sofocaciones. Citado por Londoño, (2012)

Trastornos de angustia (pánico): El trastorno de pánico se ha definido habitualmente como un trastorno en el que se presenta de forma recurrente el ataque de pánico, el cual constituye el síntoma básico. Los síntomas de la crisis de pánico son manifestaciones físicas que comprometen varios órganos o sistemas, acompañado de sensación de miedo o terror que son interpretados como muerte inminente o temor a perder la razón. En la medida en que se presentan las crisis se desarrolla ansiedad anticipatoria y un 70% de los individuos afectados presentan conducta de evitación fóbica que comúnmente llega al cuadro de agorafobia (Toro, 2010). Las personas que experimentan los ataques de pánico suelen desarrollar una hipersensibilidad a los síntomas, realizan monitoreos frecuentes de diferentes señales orgánicas y los interpreta

de manera catastrófica y con poco control personal frente a los mismos (Barlow, 2008; Beck, Emery & Greenberg, 1985).

**Trastornos Fóbicos:** La característica central de los trastornos fóbicos es que el miedo y la evitación estén asociados a estímulos más o menos específicos (objetos, personas, sensaciones, actividades, situaciones, etc. Además, las reacciones de ansiedad y evitación no están justificadas por el peligro real de la circunstancia amenazante. La persona es completamente consciente de que su miedo y evitación son excesivos e irracionales. Los miedos y fobias son bastante comunes en la población general (Marks, 1969, 1987). Varias publicaciones sobre la prevalencia de las fobias en la población general sugieren que muchas de éstas aparecen con una gravedad media o baja, sin que resulten para la persona excesivamente perturbadoras. Algunas de las fobias, al no implicar contingencias de aproximación, no son relevantes clínicamente. Por ejemplo, la fobia a las serpientes no suele ser problemática para las personas que viven en una zona urbana.

Los miedos y fobias son fenómenos muy comunes, tanto en edades adultas como en la infancia y la adolescencia (Méndez, 2005; Echeburúa, 1994; Sandín, 1997; Valiente, Sandín & Chorot, 2003b). En la fobia específica el miedo está claramente delimitado por un objeto o situación (presente o anticipado por el sujeto). La respuesta de ansiedad a tales estímulos suele ser inmediata. Puede también producirse ataque de pánico, bien limitado situacionalmente, o bien predispuesto situacionalmente. Para el diagnóstico de la fobia específica el DSM-IV-TR (APA, 2000) ha establecido criterios como miedo excesivo, irracional o persistente, respuesta asociada inmediata de ansiedad, conciencia subjetiva del problema, evitación o tolerancia con sufrimiento y nivel significativo de interferencia o malestar. Se trata, pues, de fobias restringidas a un tipo de estímulo como, por ejemplo, las fobias a los animales, a los truenos, a los reptiles, al dentista, a viajar en avión, etc. Como criterios de exclusión, el DSM-IV-TR establece que la ansiedad, los ataques de pánico o la evitación asociados al objeto o situación específicos no deberán ser mejor justificados por otro trastorno mental (trastorno obsesivo-compulsivo, de ansiedad de separación, de estrés postraumático, etc.). Debe establecerse el tipo de fobia

específica (animal, ambiental, sangre-inyecciones-daño, situacional u otros tipos).

El trastorno de ansiedad social: este trastorno es una condición común, crónica y debilitante que ocasiona invalidez social y laboral y con frecuencia conduce al alcoholismo y la drogadicción. Consiste en un miedo intenso y persistente a situaciones interpersonales, donde el individuo se siente sometido al escrutinio de los demás, con la sensación de ser humillado o rechazado (APA, 2000). Por esta razón, a pesar de tener conciencia de tener un miedo excesivo e irracional, evita situaciones como hablar en público, trabajar en grupo e inclusive, decir su propio nombre en público, porque experimenta una crisis de gran ansiedad, que limita sus relaciones interpersonales, su funcionamiento laboral, académico o social, e incluso, su rutina diaria (Téllez-Vargas, 2010). La ansiedad social suele incrementarse en situaciones específicas como ciertas actividades escolares o clases, ante ciertos profesores o metodologías, procesos de evaluación; puede conducir al ausentismo como manifestación evitativa cuando está asociado con dificultades de adaptación familiar y personal (Fernández-Castillo & Madrid-Medina, 2009).

Las mujeres suelen experimentar niveles más altos de ansiedad y vergüenza que los hombres, tanto en universitarias como en adolescentes; las metas de evitación suelen asociarse con emociones negativas (enfado, ansiedad, vergüenza, aburrimiento y desesperanza) y dificultan los buenos resultados académicos (González, Donolo&Rinaudo, 2009). Las variables comunes a ambos sexos y a diferentes grupos de edades son: malestar social (dificultad para estar rodeado de gente, timidez, tendencia a estar solo y evitación de los demás), problemas de relación (problemas de interacción social con los demás), depresión/ansiedad (comportamientos tales como llanto frecuente, temor a ciertas situaciones, animales o lugares de la escuela) y participación con amigos (cosas que realiza el adolescente con sus amigos/as a la semana, sin incluir a sus hermanos) (Zubeidat, Salinas & Sierra, 2009). La ansiedad social se relaciona positiva y significativamente con los estilos/ trastornos de la personalidad por evitación, por dependencia y depresivo, principalmente, y con el esquizotípico y el pasivo-agresivo en un grado menor. Por el contrario, con el

estilo/trastorno histriónico de la personalidad la relación es negativa. En el caso de los cinco grandes rasgos, hay una relación positiva con neuroticismo y negativa con la extraversión. Respecto a los estilos de afrontamiento, la ansiedad social se asocia positivamente con el estilo evitativo de afrontamiento y de forma negativa con los estilos asertivo y agresivo (Caballo, Salazar, Irurtia, Arias & Guillén, 2010). Las personas con fobia social suelen presentar excesiva atención a la crítica, anticipan de manera exagerada el ser rechazado y criticados por los demás si comenten errores o si perciben sus síntomas de temor. Suelen presentar esquemas negativos frente a su autoestima, subestiman las habilidades sociales, sobrevaloran la opinión negativa de los demás y generan una gran cantidad de pensamientos derrotistas (Echeburúa&Salaberría, 1999).

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): En el trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad no se limita a ninguna situación particular, sino que ocurre de forma crónica, sin que la persona sea capaz de discriminar qué situaciones producen exactamente sus síntomas. En el TAG el paciente responde a señales internas cognitivas y/o somáticas y a señales externas de amenaza muy sutiles y de amplio rango de contenidos (Borkovec, Crnic&Costello, 1993). El síntoma cardinal del TAG es la excesiva ansiedad cognitiva, manifestada por preocupación o temores exagerados en relación con la salud, aspectos económicos, laborales, familiares, etc., y a menudo también con ansiedad anticipatoria; la preocupación del paciente no es al temor de un ataque de pánico o a enfrentar una situación fóbica. La preocupación en este caso es patológica; lo que diferencia al TAG es el poseer excesiva preocupación no controlable. Diferentes autores (Belloch et al., 2008b; Borkovec&Inz, 1990). Téllez-Vargas y Forero (2010) coinciden en identificar la asociación de las expectativas aprehensivas al menos a tres de los siguientes seis síntomas: Desasosiego o inquietud motora, fatigabilidad, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, puede causar temblor y dificultad para relajarse, trastornos del sueño (dificultad para conciliar el sueño, mantenerlo o sueño inquieto no reparador).

En trabajos llevados a cabo durante la última década se vio que el trastorno de ansiedad generalizada podía conceptuarse como una entidad propia e

independiente del resto de los síndromes de ansiedad (no ya como una entidad residual). Lo que realmente parecía caracterizar a los pacientes con ansiedad generalizada, es decir, lo que podía constituir la sintomatología primaria, era la «expectativa de aprensión» o preocupación. Pero esta preocupación no coincidía con la ansiedad anticipatoria que acontece en el trastorno de pánico, o en la fobia social, o en otros trastornos de ansiedad, sino que se trataba de una preocupación crónica bastante inespecífica, relacionada con múltiples circunstancias de la vida. Otro aspecto importante que se ha venido constatando durante estos últimos años es que este tipo de pacientes, así como las personas con preocupación crónica subclínica, presentan reacciones de activación autónoma mucho más modestas que el resto de los pacientes con ansiedad (Borkovec, Shadick & Hopkins, 1991; Rapee, 1991). En los pacientes con diagnóstico de TAG parecen predominar los síntomas somáticos relacionados con estados mantenidos de tensión y vigilancia (por ejemplo, tensión muscular). El DSM-III-R (APA, 1987) perfeccionó significativamente el diagnóstico del TAG al incluir como síntomas centrales la «ansiedad y preocupación no realistas o excesivos». A pesar de todo, el DSM-III-R no ha logrado mejorar sustancialmente la fiabilidad del diagnóstico del TAG (Barlow & Di Nardo, 1991; Borkovec y cols., 1993).

En el estudio realizado por Díaz & Bados (2009) sobre ansiedad generalizada y calidad de vida, se evidenció que estas personas tienen una menor percepción subjetiva de satisfacción general, bienestar físico/psicológico, ausencia de sobrecarga laboral/tiempo libre. El estado de ánimo deprimido y la tendencia a preocuparse predicen una peor calidad de vida. De manera relacionada, el estudio de Olatunji, Broman-Fulks, Bergman, Green & Zlomke (2010) señalan la necesidad de considerar la preocupación como una dimensión a manera de continuum asociada con síntoma de depresión, ansiedad y estrés.

Estrés postraumático: se define como un cuadro clínico en el cual coexisten tres síntomas: a) la vivencia repetida del trauma, b) la evitación de la situación traumática, y c) respuesta ante los estímulos ambientales, síntomas que duran por lo menos un mes después de un evento traumático, que representó para el individuo un peligro real para su vida o una amenaza para su integridad física.

De esta manera, el paciente refiere un acontecimiento en el cual presenció muertes inesperadas o violentas, sufrió daño serio, estuvo en peligro de muerte o sufren heridas graves, eventos que se vivieron con miedo, temor, impotencia, desesperanza y horror. Además, re-experimenta el evento traumático a través de pensamientos mientras está despierto o tiene sueños angustiosos sobre el tema y evita, en forma persistente, los estímulos asociados con el evento o que puedan recordarle la situación traumática. Los acontecimientos traumáticos que pueden generar un trastorno por estrés postraumático son variados e incluyen actividades de combates, asalto a la población por parte de grupos armados fuera de la ley, ataques a unidades fijas o móviles policiales o del ejército, ser capturado como rehén, secuestro, robos, extorsiones, torturas, la violación, y toda actividad que significa ser forzado a permanecer bajo presión en un lugar. Además, pueden ser situaciones que generan estrés postraumático el encarcelamiento, el diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales, accidentes, y desastres naturales y los provocados por el hombre. Es importante aclarar que en ocasiones, las personas no han sido directamente víctimas; también se puede presentar en personas que presenciaron sucesos traumáticos como accidentes graves, tomas guerrilleras, asesinatos, ver cadáveres mutilados y deformados, o presenciar muertes de personas en desastres naturales (Téllez-Vargas & Forero, 2010). El trastorno por estrés postraumático se subdivide en agudo, cuando los síntomas tienen menos de tres meses de duración y crónicos cuando los síntomas tienen una duración mayor. Puede presentarse también en forma tardía, incluso seis meses después de haber acontecido la experiencia traumática. El episodio puede generar en el paciente cambios de la personalidad (Téllez-Vargas & Forero, 2010).

**Trastorno obsesivo compulsivo:** Etimológicamente, el término obsesión deriva del vocablo latino *obsessio* – *onis*, que significa “asedio”. A este respecto conviene subrayar, por una parte, la noción de cerco, de sitio y asedio, con lo que ello implica de algo exterior contra lo que se lucha y se resiste activamente. Y por otro lado, la posibilidad de agotamiento y rendición final, con lo que ello implica pasividad frente a creencias como “ya han venido, ya no merece la pena hacer nada ”Los síntomas fundamentales son las obsesiones y las

compulsiones. Las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes, palabras, o melodías que invaden la mente del paciente en contra de su voluntad pero son reconocidos como propios.

Dichas ideas son indeseadas y generan malestar psicológico. Las obsesiones más comunes son: a) las de contaminación: por gérmenes o suciedad, sexuales y agresivas; b) por pecado o culpa (pensamientos blasfemos, escrúpulos religiosos); c) de enfermedad (sida, cáncer, tuberculosis), etc. Las compulsiones o rituales son comportamientos o acciones que el paciente tiene que repetir una y otra vez como los lavados y limpieza, verificaciones y repeticiones, conteo, ordenamiento, simetría, atesoramiento o acaparamiento, generalmente de cosas inútiles, tocar determinados objetos, etc. A través de estos rituales, el paciente trata de evitar un desastre, prevenir o deshacer algún daño a ellos mismos o a otros (Rueda-Jaimes, 2010).

En el sistema DSM IV (American Psychiatric Association [APA], 2000), se sigue un planteamiento similar a los de anteriores ediciones de este sistema de clasificación, esto es, se habla de obsesiones y compulsiones y se la define de la misma forma. Se sigue subrayando la importancia de la gravedad y se indica que las obsesiones no deben ser preocupaciones excesivas acerca de problemas reales. También se señala que las obsesiones se experimenten en algún momento como intrusivas e inapropiadas. Las compulsiones se realizan en respuesta a una obsesión, o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente.

Para el DSM-IV y DSM IV-TR (APA, 2000), los criterios para el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo hace referencia a la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones se definen por pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, alguna vez durante la perturbación, como intrusivos e inapropiados, y causan marcada ansiedad y malestar. Los pensamientos, impulsos e imágenes no son simplemente preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida cotidiana. Además, la persona intenta ignorar o suprimir tales pensamientos o impulsos o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción. Finalmente, la persona

reconoce que los pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son un producto de su propia mente y no impuestos desde lo exterior.

Las compulsiones son conductas repetitivas, como son el lavado de manos, rituales de orden y comprobación, o acciones mentales como rezar, contar, repetir palabras en silencio, entre otros, que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión. Es importante mencionar, que las conductas o acciones mentales están dirigidas a neutralizar o reducir el malestar o algún acontecimiento o situación temida; además que, en algún momento durante el trastorno, la persona reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.(American Psychiatric Association [APA], 2000).

## PREVALENCIA Y CURSO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Anteriormente se pensaba que el TOC era un trastorno extraño, ya que las tasas de prevalencia que ofrecían los estudios llevados a cabo en la década de los 70's no superaban el 0,1% (Marks, 1987). Sin embargo, la idea ha cambiado a partir de la realización de una serie de estudios epidemiológicos recientes (Weissman et al.) que indican que la prevalencia media del trastorno en un período de seis meses era 1,2 en varones y de 1,8 en mujeres, sin que se observaran relaciones con la edad. El DSM IV da una prevalencia vital del 2,5% y una prevalencia anual del 1,5 al 2,1%.

La revisión de Marks (1987) indica que la prevalencia media del TOC oscila entre el 1,8 y el 2,5%. Los síntomas obsesivos - compulsivos son muchos más frecuentes que el trastorno. Rachman y De Silva (1978) fueron los primeros en estudiar esta cuestión en la población normal y observaron que casi el 80% de la muestra presentaba síntomas obsesivo – compulsivos. Además, al comparar los síntomas observados en la muestra de normales con los que manifestaban pacientes con diagnóstico de TOC comprobaron que las diferencias eran meramente cuantitativas.

La edad de inicio generalmente se sitúa en la adolescencia o al inicio de la vida adulta, pero también se han identificado casos en niños de 5 y 6 años (Jenike,

Baer y Minichiello, 1986). Por lo general, el trastorno se desarrolla gradualmente y el curso es crónico, aunque pueden observarse fluctuaciones en la presencia de la sintomatología (Skoog y Skoog, 1999). El deterioro que produce el trastorno puede ir desde moderado a muy grave; en algunos casos resulta totalmente incapacitante.

## SESGOS COGNITIVOS Y ANSIEDAD

Desde las teorías de Beck y otros, se asume que en los pacientes con algún trastorno de ansiedad debe existir una estructura cognitiva disfuncional que les lleva a producir ciertos sesgos en todos los aspectos del procesamiento de la información (atención/codificación, interpretación/razonamiento y recuperación) y, en último término, al desarrollo de un proceso emocional alterado. Aunque sobre el tema se han desarrollado estas teorías pensando más en la depresión que en la ansiedad, sus implicaciones se extienden también a los problemas de ansiedad (Williams & cols., 1988).

Beck (1976; Beck & Emery, 1985) propuso que tanto la depresión como la ansiedad están asociadas a un sesgo congruente con el estado de ánimo en todos los aspectos del procesamiento. De acuerdo con el modelo de Beck, existe un esquema disfuncional que juega un papel central en el desarrollo y mantenimiento de la depresión y la ansiedad. La diferencia entre ambos trastornos es explicado en términos de contenido de los sesgos del procesamiento. Así, las personas con trastornos de ansiedad procesan selectivamente información relevante para la ansiedad (es decir, relacionada con amenaza o peligro), mientras que los individuos con depresión procesan selectivamente información relevante al estado de ánimo depresivo (es decir, información relativa a pérdida o fracaso). Dicho en otros términos según Beck y Emery los individuos con trastornos de ansiedad poseen un sesgo sistemático para procesar selectivamente la información relevante al peligro personal, como resultado de una activación selectiva del esquema asociado representado en la memoria a largo plazo. Los esquemas, además,

pueden desempeñar un papel activo en cuanto organizadores del flujo de nueva información (por ejemplo, cuando un esquema es activado éste influye (evalúa, asigna un significado, selecciona, etc.) sobre los nuevos estímulos, facilitando la subsecuente atención, codificación y recuperación futura del material codificado.

Los esquemas están organizados en constelaciones o subsistemas que corresponden a diferentes aspectos motivacionales (por ejemplo, existen tipos de modos como el depresivo, el erótico, de miedo, de peligro, etc.). La activación de un esquema cognitivo particular depende (aparte de las variables situacionales) de cuál sea el modo actualmente dominante en el individuo. Sin embargo, las razones por las que persiste la dominancia de un determinado modo no es explicada suficientemente por los autores (Brewin, 1988).

#### El Trastorno Obsesivo Compulsivo desde una perspectiva Cognitiva

En términos del modelo de Beck (Beck, Emery y Greenberg, 1985) lo que ocurre según Salkovskis (1985), es que en algunos individuos y en algunas ocasiones las intrusiones pueden activar esquemas disfuncionales y dar lugar a pensamientos automáticos negativos. En el caso de los pacientes obsesivo-compulsivos, tales pensamientos automáticos negativos que se producen en respuesta a intrusiones estarán relacionados a ideas de ser responsable de posibles perjuicios o daños (a uno mismo o a otros).

En suma, la afirmación fundamental de Salkovskis es que los pensamientos o imágenes automáticos desencadenados por las obsesiones giran en torno a la responsabilidad personal (si las cosas van mal, será culpa mía). Tal responsabilidad puede ser directa o indirecta; por tanto, la necesidad de impedir un posible daño causado por agentes externos resulta igualmente importante. Estas creencias acerca de la propia responsabilidad pueden conducir a que la persona se culpe a sí misma en la medida en que los aspectos que están implicados en la responsabilidad resulten aborrecibles para ella. Además, no es necesario que las cosas sucedan; las ideas de

responsabilidad pueden ampliarse también al hecho de haber tenido el pensamiento en sí mismo; sólo por pensar el individuo se siente responsable y “malo”. Sería algo similar al hecho de pecar “por pensamiento, palabra, obra u omisión”: difícilmente es posible no sentirse atrapado.

Según Salkovskis (1985), generalmente se ha supuesto que la perturbación afectiva que experimenta el paciente, está causada por las obsesiones o intrusiones, sin embargo, en su opinión esa perturbación afectiva surge a partir de los pensamientos automáticos acerca de la intrusión y no de la intrusión en sí misma. Por otra parte, las neutralizaciones (ya se trate de conductas compulsivas o de estrategias cognitivas) que lleva a cabo el paciente, pueden ser fácilmente comprendidas en este contexto: serían intentos para evitar o reducir la posibilidad de ser responsable del daño que pueda derivarse para uno mismo o para otros (ser culpable por algo que he pensado, he dicho, he hecho, o por algo que he dejado de ser). Como indica Salkovskis (1985), a los ojos del paciente los esfuerzos necesarios para llevar a cabo las neutralizaciones resultarían insignificantes si se los compara con el posible daño que podría ocurrir (al menos, en las fases iniciales del trastorno).

Es posible identificar y analizar los mecanismos y los distintos factores moduladores que, en opinión de Salkovskis (1985), están implicados en las obsesiones y compulsiones. El ambiente es una amplia gama de potenciales estímulos desencadenantes de pensamientos intrusivos. Los obsesivos tenderán a evitar, en la medida de lo posible, tales estímulos. Esta evitación puede ser manifiesta (evitar un lugar, objeto o situación) o encubierta (no permitirse pensar en determinados temas). Esta estrategia de evitación puede fallar (o incluso llegar a ser contraproducente, ya que la conducta de evitación en sí misma, puede comenzar a desencadenar los pensamientos que está intentando prevenir). En ambos casos, se evidencia ya un estímulo desencadenante. Este estímulo puede ser interno o externo. El pensamiento intrusivo desencadenado en este estadio es por definición Egodistónico, el contenido del pensamiento no es consistente con el sistema de creencias del individuo y éste lo percibe como irracional. La reacción del individuo a esta intrusión dependerá de la importancia que pueda tener para la persona que se

produzca esa experiencia y a las posibles consecuencias o implicaciones que pueda tener su ocurrencia. Si los pensamientos extraños y con contenido displacentero pueden ocurrir, pero no tienen grandes implicaciones para el paciente, éste no se preocupará. La secuencia terminará ahí. Por el contrario, si cree que esos pensamientos tienen importantes implicaciones, se activarán una serie de pensamientos automáticos negativos. Se supone que tales pensamientos surgen en función de la fuerza que tenga la creencia original relacionada con ellos (la cual, a su vez, estará afectada por el estado de ánimo pre-existente).

Los supuestos disfuncionales que con mayor probabilidad interactúan con los pensamientos intrusivos se identifican como:

- Tener un pensamiento sobre una acción es como realizar la acción.
- El fracaso en impedir (o el fracaso al intentar prevenir) daño a uno mismo o a los demás es lo mismo que causar ese daño.
- La responsabilidad no se atenúa por otros factores (por ejemplo, una baja probabilidad de ocurrencia).
- No llevar a cabo la neutralización cuando se produce la intrusión es similar o equivalente a buscar o desear el daño relacionado con la intrusión.
- Una persona debe (y puede) ejercer control sobre sus propios pensamientos.

Los supuestos en cada caso pueden variar considerablemente, pero se postula que siempre habrá un elemento de responsabilidad, culpa o control que interactuará con el contenido del pensamiento intrusivo, y dará lugar a pensamientos automáticos negativos que versarán sobre alguna combinación de culpa, amenaza o pérdida. Estos pensamientos, por definición, serán egosintónicos. Los pensamientos automáticos negativos darán lugar a una alteración del afecto, y esto es probable que dé lugar a la aparición de respuestas neutralizadoras. La probabilidad de ocurrencia de las respuestas neutralizadoras dependerá de la experiencia previa (en qué medida en el

pasado ha logrado reducir o aliviar el malestar). También es necesario tener en cuenta el grado en el que su no realización resulta importante en el sistema de creencias de la persona (responsabilidad percibida). (Salkovskis, 1985).

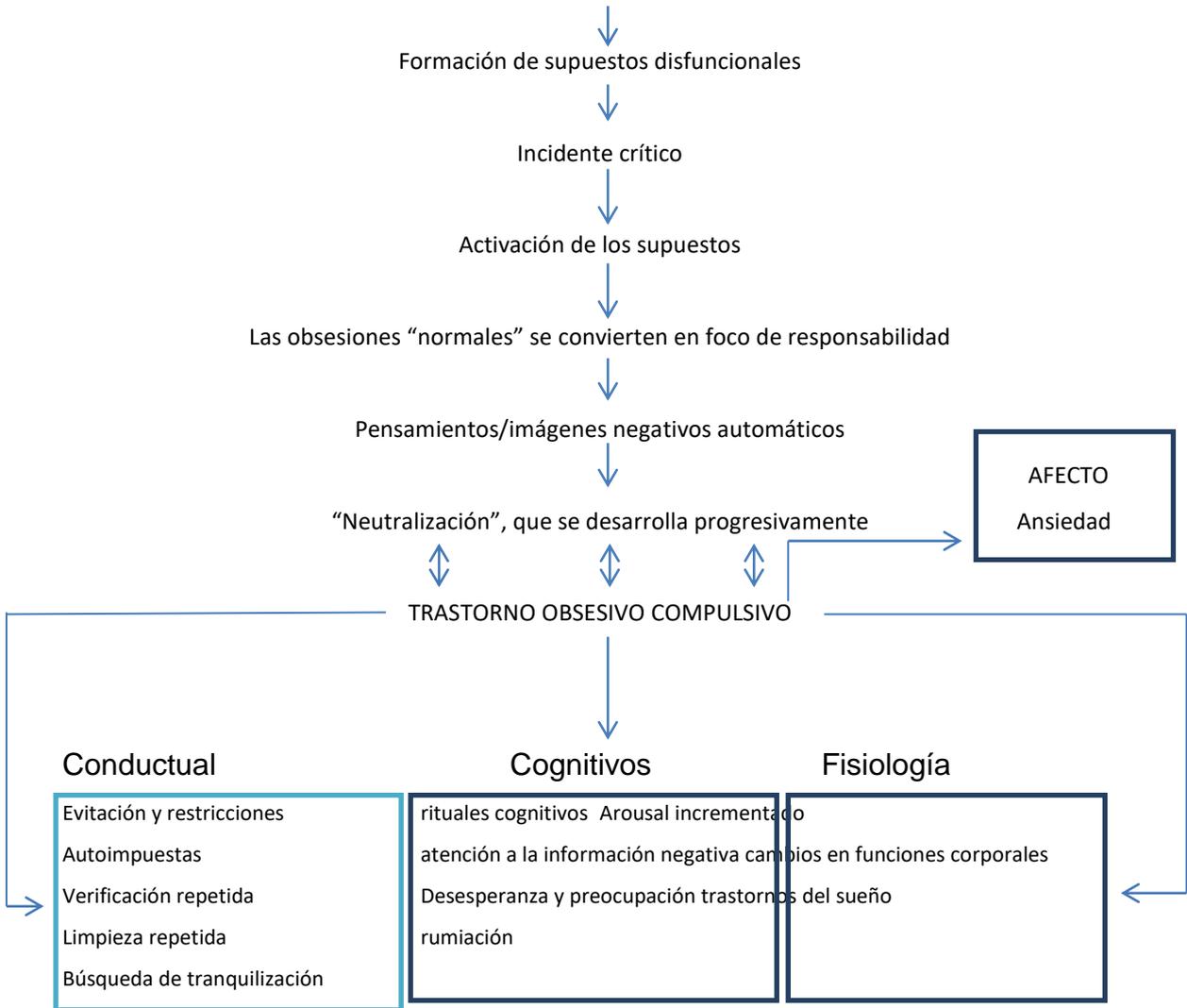
En opinión de Salkovskis (1985), la neutralización puede tener una serie de consecuencias importantes:

- La neutralización generalmente tiene como resultado la reducción o alivio del malestar. Ello no sólo puede aumentar la probabilidad de la neutralización en el futuro, sino que puede dar lugar a una generalización de estas estrategias para la reducción del malestar en otras situaciones.
- La neutralización es reforzada, ya que, por una parte va seguida de no-castigo y, por otra, proporciona un importante apoyo a las creencias que mantiene el sujeto; por ejemplo: “he actuado según mis creencias y me siento mejor, por tanto mi creencia debe tener alguna base”; “mi acción ha impedido que ocurriera el desastre que yo tanto temía, por tanto, debe ser algo eficaz”.
- La puesta en marcha y la realización de la neutralización se convierte en un poderoso e inescapable estímulo desencadenante.

A continuación, se ofrece el modelo de Salkovskis de forma graficada para explicar el origen del TOC. Dicho modelo introduce elementos como la noción de responsabilidad, intrusiones y pensamientos automáticos negativos.

Experiencia previa, experiencia actual y percepción de:

- (I) Problemas causados por "no tener suficiente cuidado con lo que haces"
- (II) enseñanza específica en códigos de conducta y responsabilidad



Representación gráfica del modo en que se origina el TOC. (Salkovskis y Warwick,1988)

Finalmente, se hace importante mencionar desde este modelo, que sugiere que algunas personas son vulnerables a interpretar los pensamientos intrusivos como una indicación de que son responsables del daño que les pueda ocurrir a ellos mismo o a otros. Esto se debería al hecho, en ocasiones, de haber sido sometidos a determinadas prácticas de crianza en la que se pusiera mucho énfasis en la responsabilidad personal. Además, esa sensibilidad especial habría dado lugar a la información de una serie de supuestos disfuncionales, por ejemplo, el hecho de fracasar al prevenir un daño es lo mismo que realizar el daño. Cualquier creencia disfuncional de este tipo puede comenzar a interactuar con los pensamientos intrusivos después de haberse producido un incidente crítico que sirve para activar los supuestos disfuncionales. Según Salkovskis (1989b), aunque no es necesario que siempre sea así, con gran frecuencia los incidentes críticos estarán asociados a un aumento en la responsabilidad de la persona como tener un hijo, casarse, o cambiar de empleo. De este modo, las obsesiones “normales” se convierten en foco de responsabilidad, lo cual, da lugar a pensamientos automáticos negativos y, poco a poco, se desarrollarán las conductas neutralizadoras.

## **TERAPIA COGNITIVA**

“La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck, 1964). .... Por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan, y piensan sobre, una situación. La situación por sí misma no determina directamente cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación.” (Beck, 1995, p.14). “La terapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan.”. (Dattilio&Padesky, 1990, p.6)

“La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, el problema del dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por la forma en que él estructura el mundo (Beck 1967, 1976).” (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, p. 3)

“En líneas generales, la teoría cognitiva estipula que la mejoría sintomática en un trastorno psicológico se logra a través de la modificación de pensamientos disfuncionales y que una mejoría duradera (reducción de recaídas) se logra mediante la modificación de las creencias inadecuadas.” (Alford & Beck, 1997, p. 30)

#### PRINCIPIOS DE LA TERAPIA COGNITIVA (Beck, 1995, Cap. 1):

1. La terapia cognitiva se basa en una formulación permanentemente evolutiva del paciente y sus problemas en términos cognitivos.
2. La terapia cognitiva requiere una sólida alianza terapéutica.
3. La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa.
4. La terapia cognitiva se orienta hacia metas y se centra en los problemas.
5. La terapia cognitiva inicialmente enfatiza el presente.
6. La terapia cognitiva es educativa, apunta a enseñarle al paciente a ser su propio terapeuta y enfatiza la prevención de la recaída.
7. La terapia cognitiva apunta a ser de tiempo limitado.
8. Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas.
9. La terapia cognitiva le enseña a los pacientes a identificar, evaluar y responder a sus creencias y pensamientos disfuncionales.
10. La terapia cognitiva usa una diversidad de técnicas para cambiar los pensamientos, el estado de ánimo y las conductas.

## EL SISTEMA COGNITIVO:

Las reacciones pueden ser: Emotivas, Conductuales o Fisiológicas

Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parece brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal (“lo que me estoy diciendo a mí mismo”) y/o visual (imágenes).

Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas.

Las creencias intermedias están constituidas por: reglas (normas), actitudes y supuestos.

Las creencias más centrales personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o creencias nucleares son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo (CALDERON; Assistant profesor of clinicalpsychiatry, LouisianaStateUniversityHealthSciences Center. 2004)

Los elementos que conforman la formulación cognitiva son:

- La triada cognitiva
- Los esquemas cognitivos
- Las distorsiones cognitivas
- Las habilidades

La triada cognitiva fue propuesta por Beck y se refiere a pensamientos relacionados consigo mismo, pensamientos relacionados con el mundo o el entorno, y pensamientos relacionados con el futuro. Generalmente, en terapia el terapeuta evalúa estas tres áreas, pues cada una contribuye de alguna forma al padecimiento del paciente.

En cuanto a los esquemas, la terapia cognitivo-conductual los define como elementos cognitivos tácitos y organizados, generalmente rígidos, compuestos de abstracciones (emociones y pensamientos) hechas sobre los atributos de un estímulo, persona, interacción u objeto. Los esquemas como componentes de la memoria, son generalizaciones derivadas de experiencias específicas que se hayan tenido ó, conclusiones prototípicas de casos específicos que se hayan vivido. Los esquemas son construidos en la infancia en parte como patrones de conducta repetitivos aprendidos de los padres que luego son internalizados. En general, las personas no adaptan su cosmovisión a las demandas del entorno, la gente modifica la interpretación de eventos de manera tal que éstos concuerden con el esquema corporal.(CALDERON. 2004)

Los esquemas comúnmente responsables de trastornos de ansiedad como es el obsesivo-compulsivo (TOC), requieren que el mundo sea percibido como peligroso y que, por consiguiente, se carezca de la capacidad de lidiar (o protegerse) efectivamente con él. Estos esquemas ilustran al mundo como un lugar hostil contra el cual la persona se encuentra protegida. Desde el punto de vista de la terapia cognitiva, las obsesiones de un paciente derivan de esquemas y suposiciones similares “la única manera de prevenir cosas malas es controlándolas”

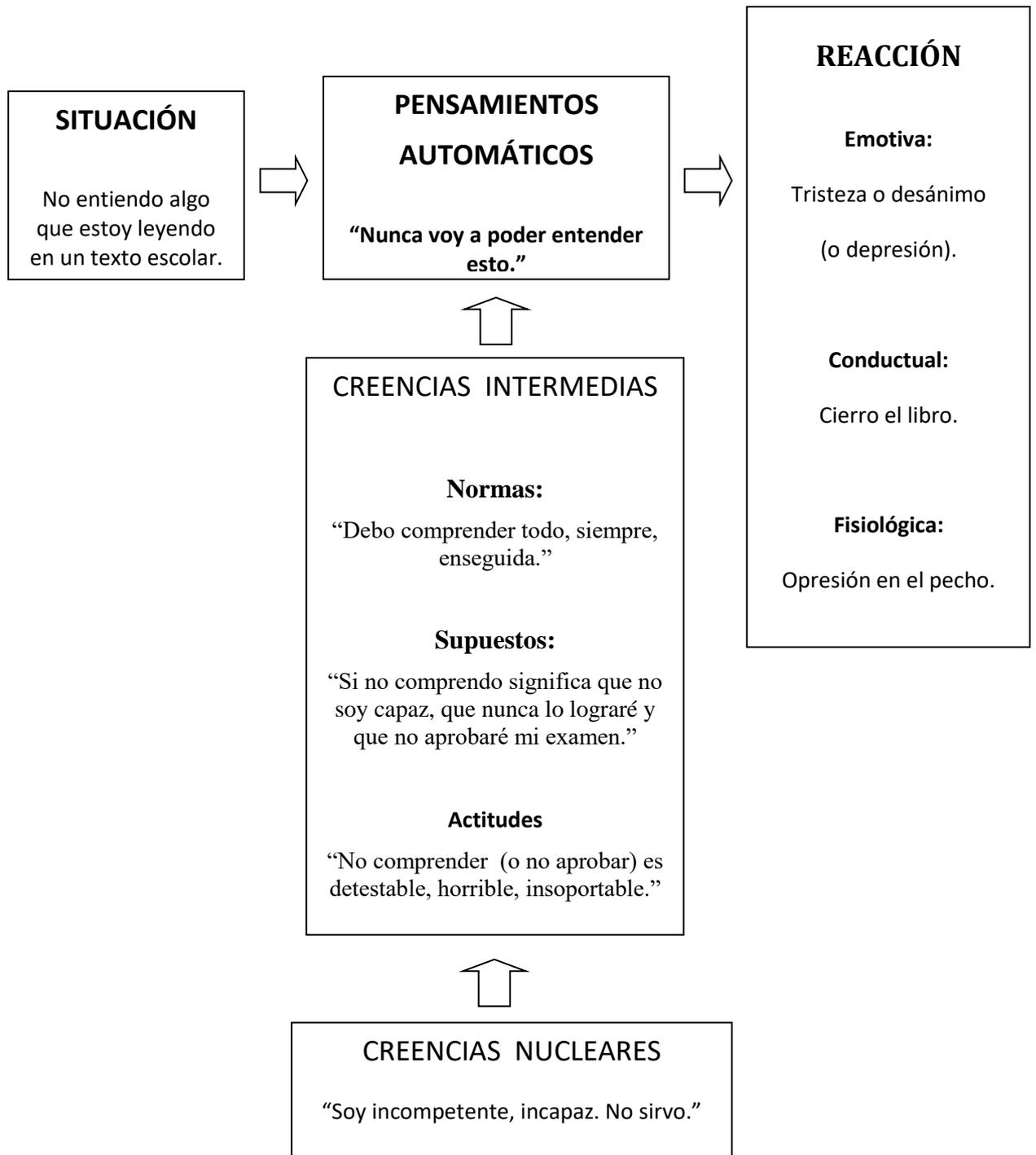
En cuanto a las distorsiones cognitivas, estas son producidas por los esquemas, que a su vez facilitan la adaptación mediante conductas saludables; sin embargo, las distorsiones cognitivas derivadas de los esquemas disfuncionales pueden impedir la adaptación reforzando el esquema del cual derivan. Las distorsiones cognitivas, al igual que los esquemas, están asociadas con entidades clínicas específicas como en el caso del TOC. A diferencia de los esquemas, empero, las distorsiones cognitivas son conscientes y de fácil acceso para intervenciones terapéuticas, mientras que los esquemas se encuentran más allá de la conciencia.(CALDERON. 2004).

Algunas distorsiones cognitivas comunes son:

- Pensamientos dicotómicos
- Lectura de mentes
- Raciocinio emocional
- Generalizaciones
- Pensamientos catastróficos
- Atención selectiva
- Personalización

(CALDERON; Assistant professor of clinical psychiatry, Louisiana State University Health Sciences Center. 2004)

Visión general del modelo con un ejemplo (basado en Beck, 1995).



## 6. DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

### 6.1. CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA DEL CASO CLINICO.

#### 6.1.1. IDENTIFICACIÓN

##### DATOS GENERALES

NOMBRE: María Vélez Correa  
EDAD: 36 años.  
ESTADO CIVIL: Casada, tres hijos  
ESCOLARIDAD: Técnico en programación de computadores y contabilidad  
VIVE CON: La madre, esposo, tres hijos

- TRATAMIENTOS ANTERIORES

Tratamiento por Psiquiatría y Psicología por comportamientos “raros”, ritualistas, pensamientos intrusivos y ansiedad exacerbada.

Consultas por Psicología desde los 13 años de edad, diagnosticada con Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Medicación por psiquiatría desde los 14 años:

Mellaril es el nombre dado al derivado de la Thioridazine: corresponde a un antipsicótico típico perteneciente al grupo de receptores de dopamina (D2), con efecto cerebral a nivel del sistema mesolímbico y al tracto mesocortical; ayuda a reducir los síntomas positivos de la psicosis. Es usado para trastornos de ansiedad con síntomas disfuncionales con agitación motora, depresión leve y desordenes de sueño

Anafranil (Clorhidrato de Clomipramina), actúa sobre el síndrome depresivo en general, y en particular sobre algunos de sus rasgos típicos, como la lentitud psicomotriz, el humor deprimido y la ansiedad. La respuesta clínica empieza habitualmente después de 2 a 3 semanas de tratamiento. ANAFRANIL® también ejerce un efecto específico en el trastorno obsesivo-compulsivo, que difiere de sus efectos antidepresivos.

La paciente refiere haber tomado los medicamentos de forma no continuada. Hasta hace un año lo suspendió cuando entró en estado de embarazo.

- **DATOS MÉDICOS**

No evidencia reacciones alérgicas ni intervenciones quirúrgicas. Se autoevalúa como “una persona sana”, sin enfermedades físicas. No reporta consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.

El tratamiento más denso es de tipo psiquiátrico mencionado en el apartado anterior a causa de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo y la preocupación por la presencia de rituales de manera constante.

#### **MOTIVO DE CONSULTA**

#### **ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA**

La paciente asiste a consulta en el Centro de Salud Mental de Envigado en el año 2010, con remisión del Centro de Prácticas Psicológicas (CPP) de la Universidad de San Buenaventura. Refiere haber estado en tratamiento por psicología con Psicólogo particular durante varios años con diagnóstico “Trastorno Obsesivo Compulsivo”, renuncia a dicho tratamiento por dificultades de horario e imposibilidad de obtener nuevas consultas con el profesional.

A la evaluación del estado mental durante la primera consulta, la paciente presenta sintomatología ansiosa de varios años de evolución, consistente en

rituales de manera constante, preocupación intensa por la seguridad de sus hijos, “algo malo les va a suceder si no hago rituales”, pensamientos intrusivos, anticipatorios de tipo catastrófico, comportamientos bizarros, estado de ánimo triste con síntomas leves, hiperprosexica, taquipsíquica, logorreica con lenguaje coherente, sin síntomas psicóticos, comportamiento agitado, inquieta, orientada en espacio, lugar y tiempo, sin ideación ni ideas de muerte.

A la evaluación física, la paciente no evidencia signos de deterioro, golpes ni hematomas en su cuerpo, presentación personal, hábitos alimenticios y de sueño adecuados, con tratamiento psiquiátrico para trastorno de ansiedad (trastorno obsesivo compulsivo) con Anafranil, 25 mg en la mañana, 25 mg en la noche. No refiere consumo de sustancias psicoactivas ni enfermedades físicas en el momento.

Las demandas que refiere en consulta considerada como problemáticas y argumentadas por la paciente son: “tengo muchos rituales, tiro agua al piso de mi casa, no agarro las cuchillas de afeitar porque a mis hijos les va a suceder algo”, y continúa: “a veces le doy vueltas a los carros parqueados porque pueden atropellar a mi hija”, “toco las cosas varias veces para que a María Clara (hija) le vaya bien en el colegio”, “no trapeo ni hago aseo porque me quedo haciéndolo todo el día, debo trapear varias veces”, “yo solo utilizo un jabón para que mi familia no se contamine con el mío”

Constantemente refiere preocupación e incapacidad para controlar sus pensamientos intrusivos

- IMPRESIÓN CLÍNICA

Considerando la sintomatología que refiere la paciente, la conducta evidenciada durante las consultas, antecedentes de diagnóstico clínico por psicología y psiquiatría, y demandas actuales, se procede a la evaluación pentaxial de acuerdo al sistema DSM- IV (American Psychiatric Association [APA], 2004)

## DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL

EJE I	F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo [300.3]
EJE II	Diagnostico aplazado "Rasgos de Estructura de Personalidad Paranoide"
EJE III	Ninguno
EJE IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo: perturbación en el hogar por conflictos de pareja.
EJE V	EAG: 50 rituales obsesivos graves

## ANÁLISIS DESCRIPTIVO

### ESTUDIO SINTOMÁTICO ACTUAL Y EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS

- TIEMPO CERO

Los pensamientos intrusivos e inapropiados que provocan ansiedad o malestar significativos, así como la excesiva preocupación por la contaminación, las seguridad de su familia y la insatisfacción con los logros a nivel personal, llevan a que la paciente efectúe una serie de compulsiones que le permiten disminuir o neutralizar la ansiedad. Estos indicios evidencian un cuadro clínico asociado al trastorno obsesivo compulsivo, quien suscita malestar constante a nivel cognitivo, fisiológico, emocional y comportamental de acuerdo a lo expresado por la paciente.

Actualmente la paciente experimenta preocupación constante por la posibilidad de contaminar a su hijo de dos meses de nacimiento, adopta cierto número de rituales consistentes en evitar tener contacto con objetos que puedan transmitir contaminación. Además de lo anterior, sobredimensiona la protección al mismo, considerando que nació en un año bisiesto y puede estar en riesgo mayor al padecimiento de enfermedades ó "algo malo que pueda sucederle". Para evitar que esto suceda refiere comportamientos ritualistas de abrir y cerrar la cortina cinco veces o más, tomar la cuchilla de afeitar de una forma determinada, tirar agua al piso en distintas ocasiones. Todo esto precedido de

pensamientos intrusivos relacionados con la seguridad, la contaminación y lo accidentalidad de su familia, específicamente con sus tres hijos.

## CONDICIONES DE VIDA Y ANÁLISIS AMBIENTAL

- FACTORES PREDISPONENTES TRANSITORIOS

A nivel fisiológico hay una activación simpática constante manifestada por una preocupación excesiva, se infiere que el estado de embarazo y posteriormente la etapa de pos-parto hayan exacerbado los síntomas del TOC. Algunas actividades como los quehaceres de la casa le resultan preocupantes por el número de veces en las que debe repetir dichos quehaceres, resultándole difícil el control de las obsesiones y las compulsiones. Esto le provoca desesperación disforia e irritabilidad manifestada en las relaciones familiares y de pareja

A nivel psicológico, hay una activación transitoria de esquemas cognitivos afectivos como son “no soy capaz con esto”, “soy de malas”, “soy insuficiente”, “no logro el control”.

- FACTORES PREDISPONENTES ESTABLES

Se observa a nivel psicológico una activación de esquemas maladaptativos tempranos como son:

**Vulnerabilidad al daño:** inhabilidad para adaptarse activamente ante la concreción de un peligro, lo que se traduce en una incapacidad de respuesta por parte de la paciente por características personales (valoración) y/o por falta de estrategias de afrontamiento adaptativas.

**Fracaso:** La creencia de que uno ha fallado o fallará inevitablemente o es fundamentalmente inadecuado en relación al riesgo, evidenciado en la paciente sensación de amenaza en la vinculación adecuada a nivel familiar.

- FACTORES DE RIESGO
  - En el núcleo familiar es posible identificar dificultades en la relación con el esposo y la madre, quien se muestra sobre protectora frente a las preocupaciones de la paciente; y con el esposo, la relación es distante y lo evalúa como una persona “irresponsable”.
  - La relación de dependencia con la madre quien se muestra hipervigilante frente al comportamiento de la paciente.
  - Convivencia con la pareja con síntomas alcohólicos
  - Ser única hija
  - Pérdida del padre por homicidio
  - Interrupción del medicamento
  - Inicio temprano de la sintomatología (8 años de edad)
  
- FACTOR DE PROTECCIÓN
  - Apoyo del núcleo familiar compuesto por la madre y los hijos
  - Introspección en relación a su problemática (egodistonia)
  - Acceso a servicio profesional particular

- ANÁLISIS DISPOSICIONAL/MOTIVACIONAL:

Entre las características personales, es posible identificar en la paciente, la utilización de conductas, que indican una dependencia instrumental, por parte suya de los miembros de su núcleo familiar (hijos y esposo), contando en todo momento con su madre, para realizar las labores cotidianas (comer, bañarse, aseo) y, considerando como “insoportable” la vida sin su apoyo. No obstante, en algunos momentos, plantea que quiere tener autonomía para realizar las actividades diarias.

Dada la gravedad actual de la sintomatología, la paciente utiliza como estrategia de afrontamiento la evitación comportamental en las labores domésticas, anticipando la posibilidad de aparición de nuevas obsesiones y compulsiones. Dicha estrategia evitativa, también incluye el realizar actividades en las que implique el salir a la calle, hacer deporte o socializar con otros.

## ANALISIS HISTORICO

- HISTORIA DEL PROBLEMA

La paciente refiere como inicio de los síntomas a los 8 años de edad, quien refiere ciertos comportamientos que solían llamar como “bobadas” llenas de repetición y conductas sin sentido. Las personas que la conocían la evaluaban como la “rara” de la familia considerando que no era una niña normal. De los episodios representativos, recuerda a la edad de nueve años cuando presencié la separación de los padres de una “amiguita”, quien manifestaba llanto y sufrimiento por el hecho. Consideró que era importante llevar a cabo ciertos rituales para que a sus padres no les pasara lo mismo.

A los trece años es llevada a consulta por el servicio de psiquiatría y a partir de la segunda sesión fue diagnosticada con trastorno obsesivo compulsivo, y medicada con Anafranil de 25 mg. Las obsesiones más prevalentes consistían en pensamientos catastróficos relacionados con la separación y muerte de los

padres. Su padre muere por asesinato a sus trece años de edad, lo cual desató una crisis en su adolescencia y aumentaron los comportamientos ritualistas. Aparecen, a partir de este hecho, sentimientos de culpa, de inadecuación, de intolerancia y autocastigos

- HISTORIA PERSONAL RELEVANTE

En las características de la estructura de personalidad paranoide y del Trastorno Obsesivo Compulsivo, constituyen factores precipitantes, posiblemente, la pérdida afectiva que la paciente vivió en el asesinato de su padre, de quien refiere “me abandonó cuando tenía 13 años”, posteriormente la sobreprotección de la madre como única hija.

A la edad de ocho años, la paciente refiere episodios intensos de ansiedad por conflictos de tipo familiar, los cuales podrían tener como consecuencia la separación de los padres. Inicia la ejecución de rituales (tocar objetos cierto número de veces, rociar con agua el piso de la casa, conteo) considerando como resultado la evitación de la posible separación.

Cuando inicia tratamiento por Psicología, refiere que aparecen pensamientos como “el psicólogo está enfermo por mi”, “de seguro se va a enfermar por mi”, “el psicólogo está enfermo de la cabeza”. Actualmente, aún indaga si este sobrevive “nunca volví a saber de él”. A medida que resultaban los pensamientos obsesivos aumentaba el número de rituales para evitar algo catastrófico en el terapeuta.

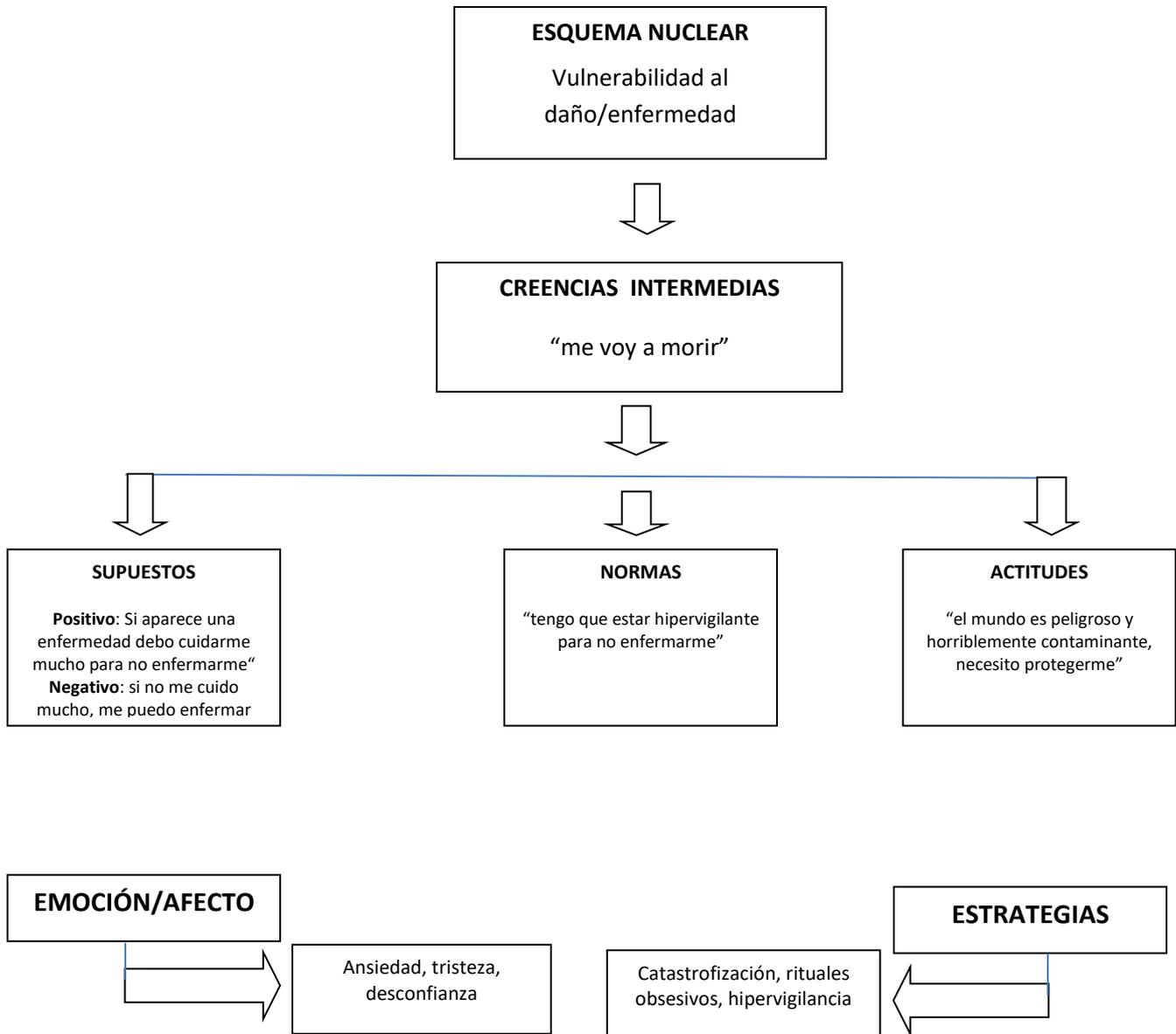
Contrae nupcias matrimoniales a la edad de 21 años por la iglesia católica, y sostiene que los rituales persistían bajo la amenaza de lo catastrófico que podría suceder en la boda. Desde el inicio de la vida de pareja, insistió en quedarse viviendo en casa de su madre porque algo le podría pasar. No refiere crisis intensas durante sus dos primeros embarazos ni dificultades en la salud física

Las últimas crisis presentadas durante los últimos cinco años están relacionadas por la seguridad de sus hijos, de quienes teme el padecimiento de una enfermedad terminal, accidentes o bajo rendimiento académico. Actualmente, los rituales de conteo y movimientos estereotipados son la pauta de protección en el cuidado de su último hijo de dos meses, con quien teme de manera catastrófica, el padecimiento de “algo malo” por haber nacido en un año bisiesto.

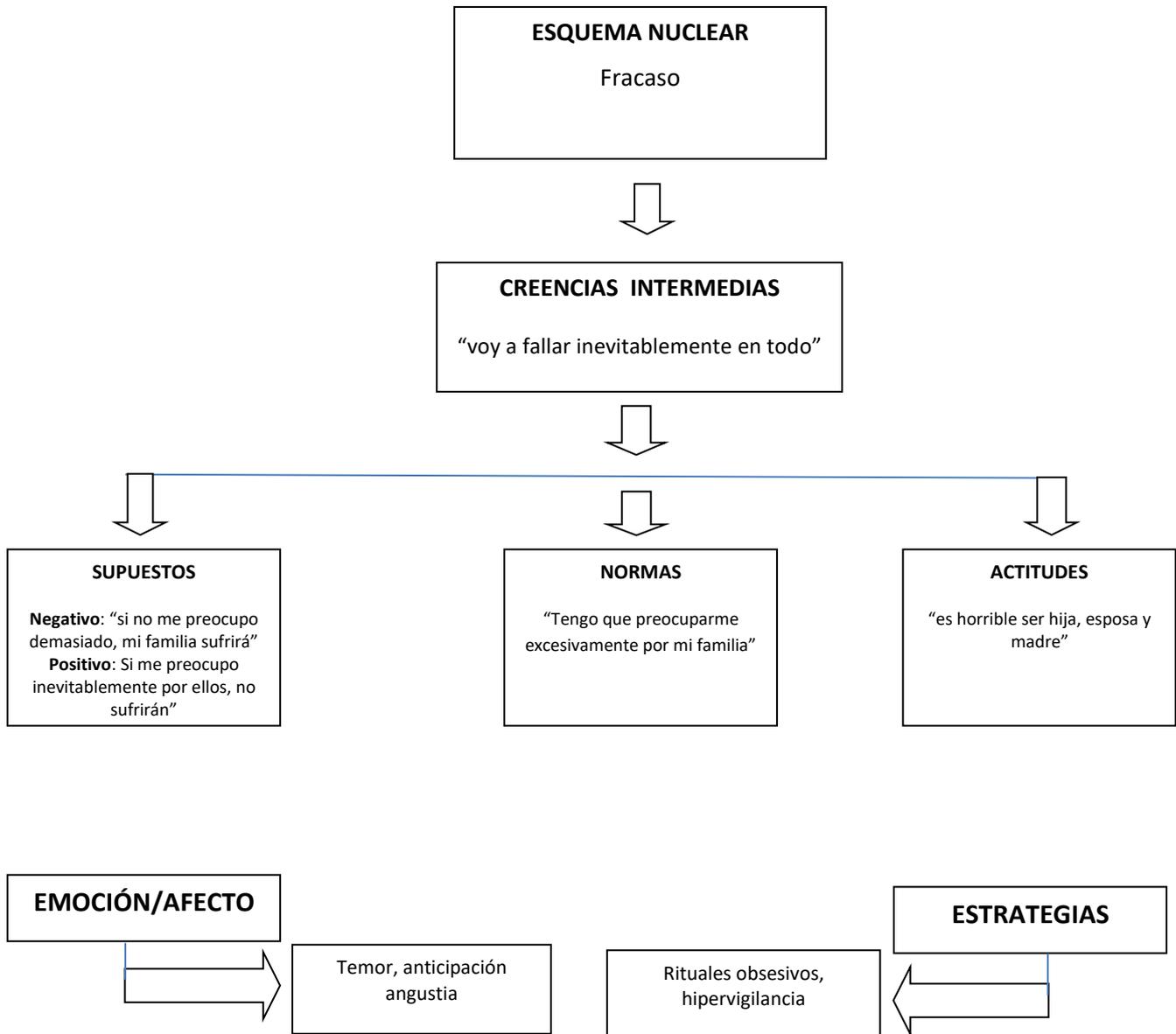
- ESTUDIO GENETICO BIOLOGICO

Antecedentes Familiares: Padre biológico con características de personalidad obsesiva, tía paterna diagnosticada con Trastorno Obsesivo Compulsivo e intentos de suicidio, tío paterno con adicción a alcohol, interno en proceso de rehabilitación, tía segunda con altos componentes ritualistas en su estructura de personalidad, madre diagnosticada con diabetes.

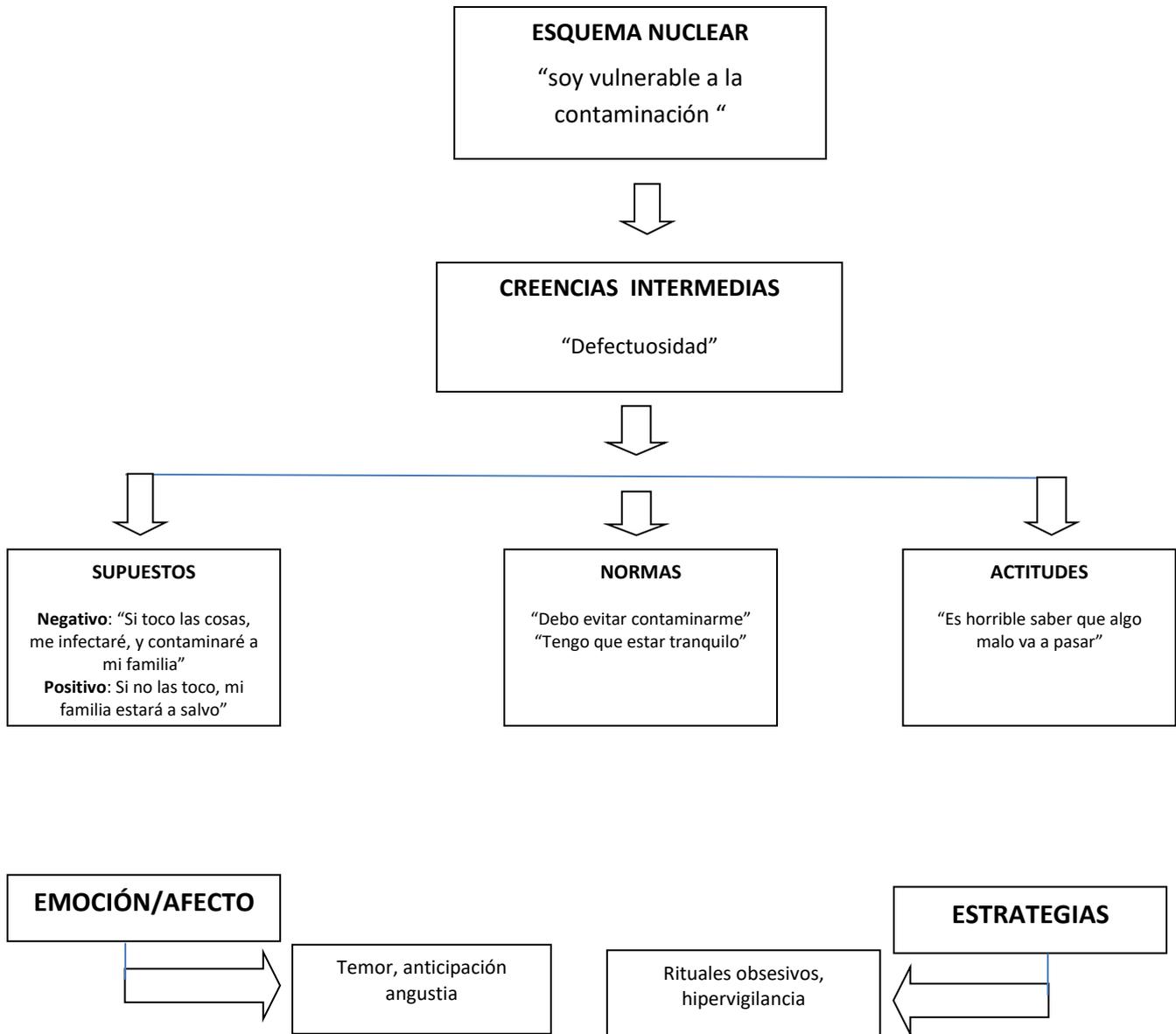
# ANALISIS ESTRUCTURAL #1



## ANALISIS ESTRUCTURAL #2



### ANALISIS ESTRUCTURAL #3



- ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

- Centradas en el problema
- Centradas en la emoción

#### Compensatorias

Pasar largos periodos de tiempo con excesiva preocupación, bajo el supuesto “si me preocupo las cosas negativas no sucederán”.

#### De Mantenimiento

- Diálogo interno dubitativo.
- Ritual de conteo al abrir y cerrar las cortinas
- Abstención de tomar las cosas con las manos
- Sobreprotección con los hijos.

#### Emociones Derivadas

Impotencia, frustración, temor, disforia, tristeza, ansiedad, desesperanza y desmotivación a la vida, angustia y sentimientos de desvaloración por sus continuos fracasos en la búsqueda de control.

## ANÁLISIS FUNCIONAL

**Situación 1:** “mi bebé llora”  
Pensamiento Automático: “él está enfermo, se puede morir”  
Significado del Pensamiento A.: “yo lo contaminé”  
Emoción: desespero, impotencia, ansiedad  
Comportamiento: “abro y cierro la cortina cinco veces”

**Situación 2:** “mis hijos salen para el colegio”  
Pensamiento Automático: “se van a accidentar”  
Significado del Pensamiento A.: “soy insuficiente”  
Emoción: angustia, impulsividad, abatimiento  
Comportamiento: “le doy cinco vueltas al carro”

**Situación 3:** “me estoy bañando”  
Pensamiento Automático: “debo quitarme los gérmenes”  
Significado del Pensamiento A.: “estoy sucia”  
Emoción: ansiedad, preocupación  
Comportamiento: “me enjabono cinco veces”

**Situación 4:** “mi niño nació en un año bisiesto”  
Pensamiento Automático: “se va a morir”  
Significado del Pensamiento A.: “soy mala madre”  
Emoción: angustia, preocupación  
Comportamiento: “rituales”

**Situación 5:** “mi hija sacó una nota negativa en el colegio”  
Pensamiento Automático: “fue mi culpa”  
Significado del Pensamiento A.: “no soy suficiente”  
Emoción: desespero, preocupación  
Comportamiento: “riego agua en la casa”

## 7. Análisis Informativo Complejo

- Análisis Nomotético

En el caso se observan criterios en el que se puede inferir el diagnóstico de Trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

El TOC está caracterizado por una amplia gama de fenómenos mentales y conductuales. Los síntomas más comunes en María son las compulsiones relacionados con el tema de la contaminación (temor de contaminación) y otros síntomas como son los pensamientos catastróficos, anticipando sucesos negativos de poca especificidad. "Pienso que algo malo va a pasar cuando mis hijos salen al colegio", "que a mi bebé lo voy a contaminar", "que debo estar pendiente de mi familia". De igual manera, siente un miedo intenso frente a la idea de salir a la calle a que pueda accidentarse y no regresar a casa, pues considera que es posible que le "algo me pueda suceder". Este tipo de pensamientos le causa ansiedad o malestar significativos en su vida cotidiana.

Los pensamientos no se reducen a simples preocupaciones sobre los problemas de su vida habitual, inclusive realiza un esfuerzo por cambiar o suprimir pensamientos catastróficos mediante actos que considera no tener sentido, "es que no me aguanto", como abrir y cerrar las cortinas, regar agua en la casa, entre otros, sin embargo, María reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes son producto de su mente y que no existen en la vida real. "Me sucede cuando alguien me avisa de algún peligro", "aunque sé que es mentira, empiezo a pensarlo y me entra la duda, ¿y si pasa algo?".

Frente a las compulsiones, en María se presentan desde los ocho años de edad, siempre han estado precedidos de pensamientos e ideas intrusivas, de forma catastrófica y relacionada con su familia. Esto ha conducido a que María se evidencie hipervigilante, sobreprotectora con sus hijos y dependiente del cuidado de su madre. A través del tiempo de forma recurrente el bañarse con ciertos rituales, con miedo a estar contaminado por algún objeto o por el contacto con la cuchilla de afeitar, el dar vueltas a un carro, el regar agua en

ciertas partes de la casa, han tenido como propósito la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos. Dentro de lo reportado, María no consume sustancias (drogas o fármacos) y no padece enfermedad alguna.

En términos del modelo de Beck (Beck, Emery y Greenberg, 1985) lo que ocurre, según Salkovskis (1985), es que en algunos individuos y en algunas ocasiones las intrusiones pueden activar esquemas disfuncionales y dar lugar a pensamientos automáticos negativos. En el caso María, tales pensamientos automáticos negativos que se producen en respuesta a intrusiones estarán relacionados a ideas de ser responsable de posibles perjuicios o daños (a uno mismo o a su familia).

La afirmación fundamental de Salkovskis es que los pensamientos o imágenes automáticos desencadenados por las obsesiones giran en torno a la responsabilidad personal (si las cosas van mal, será culpa mía). Tal responsabilidad puede ser directa o indirecta; por tanto, la necesidad de impedir un posible daño causado por agentes externos resulta igualmente importante. Estas creencias acerca de la propia responsabilidad pueden conducir a que la persona se culpe a sí misma en la medida en que los aspectos que están implicados en la responsabilidad resulten aborrecibles para ella. Además, no es necesario que las cosas sucedan; las ideas de responsabilidad pueden ampliarse también al hecho de haber tenido el pensamiento en sí mismo; sólo por pensar el individuo se siente responsable y “malo”. Sería algo similar al hecho de pecar “por pensamiento, palabra, obra u omisión”: difícilmente es posible no sentirse atrapado.

- **Análisis Idiográfico**

De acuerdo con “De Silva y Rachman, retomados por Belloch, Sandin y Ramos en el Manual de Psicopatología, volumen II (2008)” todo lo anterior es el modelo de pensamiento y de creencias que activan los episodios ansiosos y ponen en evidencia las respuestas fisiológicas como sudoración, mareos,

temblor, falta de aliento, despersonalización, miedo a perder el control, miedo a morir. Estos productos reflejan el canal de respuesta cognitivo- fisiológico, comportamental que la llevan a mantener las respuestas de hipervigilancia, desconfianza, inquietud motora, pensamientos intrusivos, rituales y compulsiones motoras, mentales o encubiertas, factores que ayudan al no afrontamiento de las situaciones generadoras de malestar; es aquí donde la hipervigilancia se convierte también en un característica relevante ya que se asocia al temor de perder lo límites (control).

### Síntomas Cognitivos

Los síntomas cognitivos de una persona diagnosticada con Trastorno Obsesivo Compulsivo constituyen el componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna. Incluye un amplio espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la Ansiedad. La paciente en estado de ansiedad experimenta subjetivamente un estado emocional desagradable, cualitativamente relacionada con la angustia y el desespero, semejante a la experiencia conocida comúnmente como miedo (Lewis, 1980).

### Síntomas Conductuales y motivacionales

Corresponde a los componentes observables de conducta que, aparte de implicar variables como la expresión facial y movimientos o posturas corporales, fundamentalmente hacen referencia a las respuestas instrumentales de escape (huida) y evitación.

### Síntomas Fisiológicos

La experiencia de ansiedad suele acompañarse de un componente biológico. Los cambios fisiológicos más característicos consisten en un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede reflejarse tanto en los cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez facial, etc.) como internos (aceleración cardíaca,

descenso de la salivación, aceleración respiratoria, etc.); algunos pertenecen a funciones corporales que pueden ser controladas voluntariamente (agitación, defecación, respiración, etc.) y otros a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias (palpitaciones, vómitos, temblor, etc.)

## ANALISIS DE LOS RESULTADOS

(PBQ-SF) -Cuestionario de creencias de personalidad-versión breve -

Este cuestionario evalúa las creencias típicas asociadas con cada uno de los trastornos de la personalidad considerando las clasificaciones para el momento de su construcción DSM-III-R (1987).

De acuerdo a los resultados de la prueba autoaplicada, a continuación se citan, en el orden de prevalencia en la paciente, las creencias que describen rasgos de personalidad que pueden estar asociadas al TOC:

- Creencias sobrevaloradas y generalizadas sobre la desconfianza y la necesidad de cautela corresponden al trastorno paranoide de la personalidad.
- Creencias de ser diferente y raro que son centrales en el trastorno de la personalidad esquizotípico
- Creencias de auto-exigencia, necesidad de control, y cumplimiento de los “deberías” que corresponden al trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo

## MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

La M.I.N.I es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y el ICD-10. De acuerdo a los resultados de la entrevista aplicada a la paciente, objeto de estudio en este caso, se evidencia que frente a cada una de las preguntas

evaluativas, la respuesta fue positiva de manera frecuente, lo cual puede indicar, que se cumplen todos y cada uno de los criterios diagnósticos para el Trastorno Obsesivo Compulsivo correspondiente a los trastornos de ansiedad. Esto es, presencia de Obsesiones y Compulsiones de manera intrusiva e intensa que generan malestar en la paciente e interfieren con la vida cotidiana de la misma. Conlleva síntomas de ansiedad y repercute en dificultades en las relaciones familiares e interpersonales.

#### EL INVENTARIO OBSESIVO-COMPULSIVO DE MAUDSLEY –MOCI-

Se trata de un cuestionario auto-aplicado de 30 ítems con respuesta tipo verdadero/falso. Se puede obtener información de cuatro áreas distintas, de las cuáles la paciente puntúa de la siguiente manera

Duda: Alto

Comprobación: Medio alto

Limpieza: Bajo

Enlentecimiento: Bajo

En el análisis estructural y funcional, logra evidenciarse los objetivos que la paciente tiene en cada uno de los rituales que ejecuta de manera frecuente, con tendencia a la duda frente a ideas de posibles afectaciones a sí misma y su familia. Sin embargo, no se puede descartar que la comprobación y la limpieza hacen parte fundamental en el diagnóstico del TOC en la paciente.

No obstante, los rasgos y creencias de tipo paranoide, evidenciadas en los resultados del PBQ, se relacionan con la hipervigilancia y el mantenimiento de la duda frente a la posibilidad de riesgo o daño en los seres queridos de la paciente.

## BLANCOS Y METAS TERAPEUTICAS

### • BLANCOS TERAPEUTICOS

- Malestar asociado a los pensamientos obsesivos
- Evitación de situaciones que generan malestar
- Sensación de malestar de las reacciones automáticas que vive
- Respuestas emocionales de angustia ante las situaciones que valora como problemáticas
- Altos estándares de pensamientos al daño y enfermedad
- Baja tolerancia a la frustración y especialmente a los cambios del medio social académico
- Conductas de la paciente y su familia que pueden mantener el esquema

### • METAS TERAPEUTICAS

- Flexibilizar las creencias rígidas sobre la vulnerabilidad al daño y pérdida de control
- Reducir el malestar asociado a los pensamientos obsesivos
- Desarrollar en la paciente habilidades cognitivo – conductuales para que este afronte sus obsesiones y compulsiones
- Brindar información a la familia que le permita conocer el trastorno y así interrumpir con las estrategias de mantenimiento del mismo
- Orientar a la paciente frente a la importancia de que ella misma sea su propia terapeuta

### • DISEÑO TERAPEUTICO

### • PLAN DE TRATAMIENTO A SEGUIR

Por medio de la terapia cognitiva se ayuda a identificar, evaluar, controlar y modificar los pensamientos negativos asociados a la amenaza percibida por la

paciente sobre la “insoportabilidad” de los síntomas o el excesivo malestar generado por estos (tanto obsesiones como compulsiones) e, igualmente, a los altos estándares de vulnerabilidad al daño y/o enfermedad, generándose así cambios funcionales en el paciente.

Teniendo en cuenta lo anterior, las técnicas cognitivo conductuales, han sido enfocadas principalmente en reducir el malestar asociado a los pensamientos obsesivos, en reducir los altos estándares de vulnerabilidad y en promover un afrontamiento activo de las situaciones cotidianas tremidas generadoras de malestar en las cuales se presenta constantemente la compulsión, incrementando su tolerancia a la incontrolabilidad de los síntomas; “ las técnicas cognitivas se emplean para fomentar la motivación y para facilitar la implicación en los ejercicios de exposición y prevención de respuestas” (Salkovkis & Warwick, 1988; Tallis, 1992).

Se revela como una herramienta imprescindible en las fases iniciales de la intervención. Se describe como una explicación lógica y razonable al paciente. Adoptando desde el mismo inicio un enfoque pragmático de solución de problemas, el terapeuta brinda en términos sencillos información acerca de la psicología general del desorden. Esto incluye una descripción y conceptualización de la sintomatología, una explicación racional acerca de cómo ella se produce y mantiene.

Como primer paso con María se trabajó desde el inicio de la terapia, la terminología que correspondía a su cuadro sintomático, permitiendo así que la paciente empezara a explicarse del porqué de sus pensamientos y posiblemente generar así sensibilidad de auto cuidado e interés de mejorar su funcionabilidad en la vida cotidiana.

Acompañando esta explicación verbal, evidenciada por expresiones de la paciente, se utilizaron las siguientes herramientas:

- Auto-registro: Permite a la paciente y al terapeuta descubrir elementos que pueden estar modulando la variabilidad y la gravedad de los síntomas.

- Debate: confrontación y validez
- Flecha descendiente
- Cuestionamiento socrático

Especialmente a nivel cognitivo se busca por medio de estas discusiones con la paciente, generar modificaciones en las creencias intermedias y centrales de la paciente, a través de la confrontación de la validez y utilidad de los diversos pensamientos manifestados por María, formulando creencias funcionales alternativas.

No obstante, dichas creencias son globales, generalizadas y absolutistas, lo cual, dada la inflexibilidad cognitiva de la paciente hace que estas sean resistentes al cambio, puesto que la paciente ignora o desvalorizara cualquier evidencia que contradiga el esquema, procesando rápidamente la información congruente. Por eso la importancia de la psicoeducación con la paciente, luego de que María entendió su repertorio de pensamientos, interpretaciones y estrategias, se planteó que, para romper el círculo vicioso es necesario aprender a tolerar los pensamientos. Esto implica pensar de forma deliberada en el pensamiento (exposición) sin emplear la neutralización (prevención de la respuesta). Cuando se logre esto, la ansiedad disminuirá, la importancia dada al pensamiento se reducirá.

En el caso se emplea significativamente la Exposición con Prevención de respuesta (EPR) y el entrenamiento en auto-instrucciones, especialmente para el tratamiento de los rituales compulsivos, con exposiciones de situaciones reales; insistir en la toma de conciencia de la paciente para reducir “supuesto” peligro existente. Este proceso fue acompañado de técnicas conductuales para el control de la ansiedad, como la relajación, el control de la respiración y la detención del pensamiento, con el objetivo primordial de que María afronte los pensamientos obsesivos generadores de malestar, especialmente cuando realizara sus actividades cotidianas.

A nivel conductual, se modificarán las estrategias de perpetuación de las creencias intermedias y central de la paciente. Inicialmente, se detendrá todas

las conductas de refuerzo por parte de la familia a la sintomatología de la paciente, especialmente, aquella utilizada instrumentalmente por la paciente, con el fin de extinguir la conducta indeseada, motivo por el cual, toma relevancia la intervención con la familia.

Una vez que se han identificado las valoraciones que constituyen los objetivos, se puede emplear una serie de técnicas limitadas solo por la creatividad del Terapeuta y la capacidad del paciente para participar activamente.

Con María se seguirá aplicando los auto-registros con el fin de seguir evidenciando los pensamientos negativos, y la desvalorización de los mismos a través de los diferentes debates.

El tratamiento conlleva normalmente a la identificación de pensamientos inexactos y la demostración de los vínculos entre el pensamiento, el afecto y/o la conducta. Se anima a la paciente a retar sus pensamientos inapropiados y a sustituirlos por ejemplos más precisos y funcionales.

#### • PLAN DE MANTENIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Para el mantenimiento de los logros es fundamental, la detección por parte de la paciente de los factores generadores de estrés y la detección oportuna de las recaídas o la reaparición de las creencias disfuncionales ligadas a la “insoportabilidad” de sus pensamientos obsesivos.

Igualmente, en este aspecto es importante señalar que dado al alto estándar establecido por la paciente y la inflexibilidad en el sistema creencias asociado a ella, dificulta enormemente el logro de los objetivos anteriormente planteados y el mantenimiento de los logros terapéuticos.

Básicamente el logro el cual hay que fortalecer y mantener es que la paciente sea su propia terapeuta, básicamente es ella la indicada con las estrategias adquirida en el proceso el no mantenimiento de la perpetuación.

## CONCLUSIONES/RESUMEN

Paciente de 36 años de edad con historia de TOC, consciente de su dificultad, manifestando malestar y ansiedad. Sus pensamientos obsesivos se encuentran relacionados con la idea de presentar en un futuro alguna enfermedad, de daño a sus hijos o accidente a la familia; estas ideas la llevan continuamente a realizar diálogos internos y comportamientos rutinarios exagerados de limpieza, conteo y orden; evitar el contacto con elementos, personas y animales que le pudieren contaminar.

Ese círculo vicioso le produce fatiga cognitiva, dificultades en sus relaciones afectivas, aislamiento y pensamientos de impotencia frente a la enfermedad.

Se puede inferir que el paciente viene presentando este trastorno desde la edad temprana, con un periodo de interconsulta psiquiátrica.

## BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. Barcelona :Masson, 2002. ISBN 84-458-1087-1

American Psychiatric Association (2008). Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Compendio. Barcelona, España: Art Médica

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología. Volumen I. Segunda edición. Madrid, España: McGraw-Hill.

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología. Volumen II. Segunda edición. Madrid, España: McGraw-Hill.

BOTELLA, Cristina y ROBERT, Cristina. El trastorno obsesivo – compulsivo. En: BELLOCH, Amparo, RAMOS, Francisco y SANDIN, Bonifacio. Manual de psicopatología: Vol. 2. Madrid: McGraw Hill, 1995. p. 187-224

Londoño, N.H., Juárez, F., Palacio, J., Agudelo, D., Muñiz, O., Marín, C.A. et al (2011). Vulnerabilidad cognitiva. Revista Colombiana de Psiquiatría, 40(2), 289-309.

LÓPEZ NAVARRO, María Encarnación, MÉNDEZ CARRILLO, Xavier y MORENOGIL, Pedro. Trastornos de la personalidad y respuesta al tratamiento psicológico en un caso de trastorno obsesivo – compulsivo grave. En : Psicología conductual. Vol. 9, No. 3 (2001); p. 609 – 627

Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación de trastornos mentales CIE 10. Ginebra: OMS.

PARMET, Sharon. Trastornos de ansiedad: trastorno obsesivo compulsivo. En: The Journal of the American Medical Association. [en línea] Vol. 292, No. 16 (Oct

2004). Disponible en <<http://jama.ama-assn.org/cgi/data/292/16/2040/DC1/1>>

Riso, W. (2006). Terapia cognitiva, fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Bogotá, Colombia: Norma.

TALLIS, Frank. Trastorno Obsesivo Compulsivo: Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica. Bilbao :Desclée de Brouwre, 1999. 229 p. ISBN. 84-330-1415-3

# ANEXOS

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### PERFIL COGNITIVO DE UNA PACIENTE DIAGNOSTICADA CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, ASISTENTE AL CENTRO DE SALUD MENTAL DE ENVIGADO

Yo:

---

Certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al curso y proceso de la investigación, sus objetivos y procedimientos. Que actúo consciente, libre y voluntariamente como participante de la presente investigación contribuyendo a la fase de recolección de la información. Soy conoedor (a) de la autonomía suficiente que poseo para abstenerme de responder total o parcialmente las preguntas que me sean formuladas y a prescindir de mi colaboración cuando a bien lo considere y sin necesidad de justificación alguna.

Que se respetará la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

---

FIRMA PARTICIPANTE

C.C.

---

FIRMA INVESTIGADOR

C.C.

# M.I.N.I.

## MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0

DSM-IV

USA: Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Hernet-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan  
University of South Florida - Tampa.

FRANCE: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Borona, J.P. Lépine  
Hôpital de la Salpêtrière – París

Versión en Español

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gilbert  
Instituto IAP – Madrid – España  
M. Soto, O. Soto  
University of South Florida – Tampa  
Asesores de traducción: L. Franco – Alfonso, L. Franco.

© Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o en lugares no lucrativos (Incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales), pueden hacer copias del M.I.N.I para su uso personal

## H. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	<p>¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, 1 impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (ej. La idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas).</p> <p>(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA, NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL JUEGO PATOLÓGICO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS).</p>	NO	SÍ	➔H4
H2	<p>Estos pensamientos volvían a su mente aún cuando trataba de ignorarlos 2 librarse de ellos?</p>	NO	SÍ	➔H4
H3	<p>¿Cree usted que estos pensamientos son productos de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?</p>	NO	SÍ <u>obsesiones</u>	
H4	<p>¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como el lavar o limpiar en exceso, el contar y verificar las cosas una y otra vez o el repetir, el coleccionar, el ordenar las cosas o el realizar otros rituales supersticiosos?</p>	NO	SÍ <u>compulsiones</u>	
	<p>¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?</p>	➔ NO	SÍ	
H5	<p>¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?</p>	➔ NO	SÍ	
H6	<p>¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de una manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?</p>	<p>6</p> <p>NO                      SI</p>		

*Por favor, conteste marcando con una cruz verdadero o falso. No hay respuestas correctas ni incorrectas, ni preguntas engañosas. Responda rápidamente, sin pensar demasiado en el significado exacto de las preguntas.*

	<u>Verdadero</u>	<u>Falso</u>
1.- Evito usar los teléfonos a causa de una posible contaminación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- Frecuentemente tengo pensamientos sucios y me cuesta librarme de ellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- La honestidad me preocupa más que a la mayoría de la gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- A menudo llego tarde porque me resulta imposible terminar todas las cosas a tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- Al tocar un animal, no me preocupo demasiado por la contaminación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- A menudo he de revisar las cosas (por ej. la llave del gas, los grifos, las puertas, etc) varias veces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- Tengo una conciencia muy estricta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Encuentro que casi cada día estoy preocupado por pensamientos desagradables que entran en mi mente contra mi voluntad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- No me preocupo demasiado si choco con alguien accidentalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- A menudo tengo serias dudas sobre las cosas sencillas que hago cada día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- Ninguno de mis padres fue muy estricto durante mi infancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- Tiendo a retrasarme en mi trabajo a causa de repetir las cosas una y otra vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- Uso sólo una cantidad media de jabón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- Algunos números son de muy mala suerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- No reviso las cartas una y otra vez antes de echarlas al correo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.- No tardo mucho tiempo en vestirme por la mañana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.- No me preocupo excesivamente por la limpieza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.- Uno de mis mayores problemas es poner demasiada atención en los detalles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.- Puedo usar los lavabos bien cuidados sin ninguna vacilación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.- Las reiteradas comprobaciones son mi mayor problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.- No estoy excesivamente preocupado por los gérmenes y las enfermedades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.- No tiendo a comprobar las cosas más de una vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.- No sigo una rutina muy estricta al hacer las cosas corrientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.- No siento mis manos sucias después de tocar dinero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.- Normalmente no cuento cuando estoy haciendo una tarea rutinaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.- El asco me ocupa bastante tiempo por la mañana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.- No uso gran cantidad de antisépticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.- Cada día gasto gran cantidad de tiempo en comprobar las cosas una y otra vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.- Por la noche, colgar y doblar mi ropa no me quita mucho tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.- Incluso cuando hago alguna cosa muy cuidadosamente acostumbro a pensar que no es totalmente correcta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**TOTAL:** 
**C.** 
**L.** 
**E.** 
**D.**