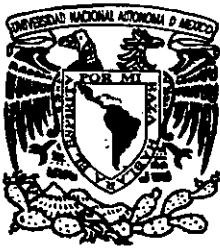


20



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

0294842

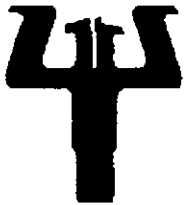
**"COMORBILIDAD DEL TRASTORNO
OBSESIVO-COMPULSIVO CON EL
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR"**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A :

JOSÉ ÁVILA CALVILLO

**DIRECTOR DE TESIS: DRA. MARÍA ISABEL
HARO RENNER**



MÉXICO, D.F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Quisiera dedicar este trabajo a toda mi familia:
Muy especialmente a Pepe Ávila y Juanita Calvillo.

A mis hermanos, Pancho, Lourdes, Gabriel, Aris,
Beto, Paty y "el Puma".

A mi tía Elena y a mis primos: "el Moreno", y
"el Cachis".

p. p.

AGRADECIMIENTOS

En especial y por todas las bendiciones que me ha dado, a mi Dios: el Rey de Reyes y Señor de Señores, el Alfa y la Omega, el principio y el fin, el primero y el último.

A la Dra. María Isabel Haro Renner, por su valiosa ayuda durante la realización de este trabajo.

Al jurado, integrado por las profesoras: Margarita Molina Avilés, Patricia de Buen Rodríguez, Araceli Lambarri Rodríguez y Yolanda Bernal Álvarez.

Y a todas aquellas personas que me brindaron su colaboración en algún momento de esta investigación: Dra. Betsabé Barbosa, Dr. Rodolfo Ramos, Dra. Aimée Sobrino, Dr. Humberto Nicolini, al personal de enfermería del CECOSAM "San Pedro Zacatenco", sobretodo a "Mechita", al I.Q. Omar Hernández Segura, este trabajo también es tuyo y a los pivotes desconocidos, que impulsaron la investigación: los 100 sujetos muestra.

Gracias por todo...

ÍNDICE

	No. Pag.
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO I	
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	
1.1. Criterios diagnósticos	7
1.2. Epidemiología	9
1.3. Comorbilidad	10
1.4. Teorías psicoanalíticas	11
1.4.1. Formación reactiva	13
1.4.2. Aislamiento	14
1.4.3. Anulación retroactiva	14
1.5. Frecuencia de obsesiones y compulsiones	15
1.6. Estudios bioquímicos	16
CAPÍTULO II	
Trastorno depresivo mayor	
2.1. Criterios diagnósticos	18
2.2. Epidemiología	22
2.3. Comorbilidad	22
2.4. Teoría psicoanalíticas	23
2.5. Estudios bioquímicos	26
2.5.1. Noradrenalina (NA)	27
2.5.2. Serotonina (5-HIAA)	27
CAPÍTULO III	
Centro Comunitario de Salud Mental "San Pedro Zacatenco"	29
3.1. Actividades preventivas	30
3.1.1. Educación para la salud mental	30
3.1.2. Promoción de la salud mental	30
3.2. Actividades terapéuticas	31

	3
3.3. Actividades de rehabilitación psicosocial	31
CAPÍTULO IV	
Metodología	
4.1. Planteamiento y justificación del problema	34
4.2. Tipo de investigación	35
4.3. Hipótesis de trabajo	35
4.4. Sujetos	35
4.5. Tipo de muestra	35
4.5.1. Criterios de inclusión	35
4.5.2. Criterios de exclusión	35
4.6. Instrumentos y/o materiales	36
4.6.1. Cédula de entrevista diagnóstica (DIS)	36
4.6.1.1. Confiabilidad del DIS	38
4.6.1.2. Validez del DIS	39
4.6.2. Escala Yale-Brown (Y-BOCS)	40
4.6.2.1. Descripción de la escala	42
4.6.2.2. Confiabilidad de la Y-BOCS	43
4.6.2.3. Validez de la Y-BOCS	44
4.6.2.3.1. Sensibilidad en los cambios	46
4.7. Procedimiento	46
4.7.1. Aplicación del DIS	46
4.7.2. Aplicación de la Yale-Brown	47
4.8. Análisis estadístico de datos	49
CAPÍTULO V	
Resultados	50
CAPÍTULO VI	
Discusión	53
CAPÍTULO VII	
Conclusiones	56
BIBLIOGRAFÍA	58
APÉNDICE	
Sección K (trastorno obsesivo-compulsivo) del DIS	62
Escala Yale-Brown para trastorno obsesivo-compulsivo (EY-BOC)	66

RESUMEN

Dado que existe un elevado índice de comorbilidad entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno obsesivo-compulsivo -TOC- (Nicolini, 1992; Montgomery y Zohar, 1999), el objetivo básico de esta investigación fue observar que porcentaje de una población de 100 sujetos, cuyo diagnóstico es trastorno depresivo mayor, padecen también del TOC, debido a que este último trastorno es en muchas ocasiones subdiagnosticado (Nicolini, 1992).

Para tal efecto, se aplicó la sección K (trastorno obsesivo-compulsivo) de la cédula de entrevista diagnóstica -DIS- (Karno et al., 1983) a los sujetos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y así diagnosticar el TOC.

De manera complementaria a esta investigación y para observar que tipo de obsesiones y compulsiones se presentaban con más frecuencia, se aplicó a los sujetos con TOC, la escala Yale Brown para trastorno obsesivo-compulsivo (Goodman y cols., 1989).

Los 100 sujetos que se ocuparon en esta investigación eran pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor por el servicio de Psiquiatría del Centro Comunitario de Salud Mental "San Pedro Zacatenco", cuyos usuarios, en mayor porcentaje pertenecen a la delegación política Gustavo A. Madero, del Distrito Federal y algunos municipios, como Ecatepec y Tlalneantla, del Estado de México.

Primero se observó el porcentaje de pacientes con trastorno depresivo mayor que también presentaban trastorno obsesivo-compulsivo y de estos últimos se calculó su edad promedio, años de estudio (promedio), tipo de religión, si tenían o no problemas de alcoholismo o drogadicción, y también la edad promedio de inicio del trastorno obsesivo-compulsivo, con la finalidad de comparar estos datos y los de otras investigaciones que se han hecho al respecto (Nicolini, 1992; Neziroglu y cols., 1994), y de esta manera tener una visión más amplia que permita comprender mejor algunos aspectos del TOC.

Con la misma finalidad, citada en el párrafo anterior, se observó la frecuencia de las obsesiones y compulsiones, haciendo énfasis en ver cuales eran las más frecuentes, y así comparar los resultados con los que reporta Nicolini (1992) y Rasmussen y Tsuang (1984).

INTRODUCCIÓN

Anteriormente, se pensaba que el trastorno obsesivo-compulsivo no era muy común (A.P.A., 1994). De hecho, Kaplan y Sadock (1989) citaban que dicho trastorno presentaba una prevalencia del 0.05% en la población en general.

Hoy sin embargo, el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH, 1999) reporta una prevalencia del 2 al 3% en la población estadounidense y en México Maj et al (1999), reportan que el 2.8% de la población padece del trastorno obsesivo-compulsivo.

Montgomery y Zohar (1999), hacen la estimación de que en todo el mundo podrían estar sufriendo 50 millones de personas del TOC.

Se ha observado que el trastorno obsesivo-compulsivo tiene un elevado índice de comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, por ejemplo, Nicolini (1992), en un estudio con una muestra de pacientes mexicanos, encontró que el 80% de pacientes con TOC padecen también un trastorno depresivo mayor, lo cual ha sido corroborado por otras investigaciones (NIMH, 1999; Montgomery y Zohar, 1999; Maj y cols., 1999).

Freud (1909), al analizar "el caso el hombre de las ratas", citaba que: "Los neuróticos obsesivos acuden a tratamiento psicoanalítico en número menor que los histéricos. Disimulan en la vida social sus estados patológicos mientras les es posible y sólo recurren en estadíos avanzados de su enfermedad".

Kaplan y Sadock (1989), afirman: "Es sabido que los individuos obsesivo-compulsivos tienden a mantener en secreto sus síntomas, evitando explicarlo a los médicos y a menudo solo lo hacen cuando otras enfermedades les obligan a buscar atención médica".

Algunos pacientes con TOC esconden sus síntomas debido a que piensan que son cosas extravagantes o porque se les puede considerar como misteriosos, raros o locos (OC & SDA, 1999).

De hecho, muchos pacientes con TOC buscan tratamiento más por sus estados depresivos que por la sintomatología del TOC mismo (Nicolini, 1997).

En conclusión, Nicolini (1997), subraya que el trastorno obsesivo-compulsivo mantiene una elevada prevalencia y estima que cerca de 3 millones de mexicanos podrían estar padeciendo dicho trastorno. También afirma este mismo autor, que dicho padecimiento es muchas veces subdiagnosticado, incluso en las instituciones dedicadas a la atención de la Salud Mental (Nicolini, 1997).

Dado que el trastorno depresivo mayor y el trastorno obsesivo-compulsivo presentan elevados índices de comorbilidad, el objetivo de esta investigación fue demostrar que un alto porcentaje de pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor también presentan el TOC, lo cual, demuestra, que este último trastorno es subdiagnosticado, con la consecuencia de que quien padece un TOC, pudiera por este motivo, estar bajo un tratamiento inadecuado.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

1.1. Criterios diagnósticos del trastorno obsesivo-compulsivo.

En el DSM-IV, la A.P.A. (1994), aclara sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, lo siguiente:

La característica principal del trastorno obsesivo-compulsivo es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente, lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas y en algún momento del curso del trastorno, el individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales.

Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos. Esta cualidad intrusa e inapropiada que caracteriza a las obsesiones se ha venido a denominar egodistónicas, concepto que hace referencia a la sensación que tiene el individuo de que el contenido de la obsesión es ajeno fuera de su control y no encaja en el tipo de pensamientos que él espera tener.

Las obsesiones más frecuentes son ideas recurrentes que versan sobre temas como la contaminación (contraer una enfermedad al estrechar la mano de los demás), dudas repetitivas (preguntarse a uno mismo si se ha realizado un acto en concreto como haber olvidado cerrar la puerta, con la llave), necesidad de disponer de las cosas según un orden determinado (p. ej., intenso malestar ante objetos desordenados), impulsos de carácter agresivo u horroroso (p. ej., herir a un niño) y fantasías sexuales (p. ej., una imagen pornográfica recurrente).

El individuo que tiene obsesiones intenta con frecuencia ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos o bien neutralizarlos mediante otras ideas o actividades (es decir, compulsiones).

Las compulsiones se definen como comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporciona placer o gratificación.

A continuación se reproducen en el cuadro 1, los criterios para el diagnóstico del F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo [300.3], según criterios manejados en el DSM-IV (A.P.A., 1994).

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones.

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):

- (1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
- (2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
- (3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
- (4) la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivas son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

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

- (1) Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas conductas que se deben seguir estrictamente
- (2) el objeto de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

- B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.
- C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.
- D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranques de cabello en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).
- E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar sí:

Con poca conciencia de enfermedad: sí, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

1.2. Epidemiología.

El instituto nacional de salud mental (NIMH) para los años de 1980, reportaba que el TOC afectaba al 2% de la población en los Estados Unidos, que es un trastorno más común que la esquizofrenia, el trastorno bipolar o el trastorno de pánico. El TOC afecta a personas de todos los grupos étnicos. Hombres y mujeres son igualmente afectados. El costo social y económico del TOC fue estimado en \$8.4 billones en 1990 (NIMH, 1999).

Nicolini (1997), hacía la hipótesis de que si en México se extrapolan esas cifras y si estimamos que somos unos 100 millones de mexicanos, existen más de dos millones de personas afectadas por esta enfermedad, cifra por demás alarmante en cuanto al número de personas que necesitan ser tratadas y que rebasa varias

veces el total de camas psiquiátricas en el país, aclarando que no todo sujeto que padece de TOC, necesita estar internado en un hospital, dado que algunos pacientes presentan el padecimiento de forma leve.

Maj y cols. (1999), reportan datos acerca de la prevalencia del TOC en América Latina, de esta manera, afirman que el TOC se presenta en el 3% de la población de Argentina, 2.5% en Brasil, 2.8% en México y 3.2% en Puerto Rico.

En un estudio, Neziroglu y cols. (1994), encontraron algunos aspectos interesantes acerca del TOC, como el hecho de que hay una proporción para el sexo de 1:1, con una importante diferencia para la variable de edad al comienzo de la enfermedad (mujeres = 20.8 años; hombres = 16.3 años). Otros hallazgos significativos de estos investigadores incluyen: son más los pacientes varones solteros, son más los empleados administrativos y los abstemios, son menos los drogadictos y consumidores de alcohol si se establece la comparación con la población en general.

Asimismo, conviene señalar que el trastorno también es frecuente en la población infantil (Nicolini, 1992).

En conclusión, se trata de una enfermedad de elevada prevalencia que se subdiagnostica incluso dentro de las instituciones de atención dedicadas a la salud mental, por lo que es necesario realizar campañas que propicien su diagnóstico y tratamiento.

1.3. Comorbilidad.

Se ha observado que el trastorno obsesivo-compulsivo está altamente asociado a otros trastornos, así se le asocia al trastorno depresivo mayor, otros trastornos de ansiedad (fobia específica, fobia social, trastorno de angustia), trastornos alimentarios y trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. De hecho, existe una alta incidencia de trastorno obsesivo-compulsivo en el síndrome de la Tourette, con cifras que oscilan entre el 35 y 50% (A.P.A., 1994).

Otras investigaciones manifiestan que también existe una gran comorbilidad con otros trastornos como la esquizofrenia, tricotilomanía y el trastorno dismórfico corporal (OC & SDA, 1999).

Para el caso del trastorno depresivo mayor, se detecta hasta en 80% de los pacientes con TOC, tanto a nivel internacional (Montgomery y Zohar, 1999) como en México (Nicolini, 1997).

Muchos pacientes buscan tratamiento más por la depresión que por la sintomatología del TOC mismo (Nicolini, 1997).

De Silva y Rachman (1995), analizan la relación que existe entre la depresión y el TOC y afirman que esta relación puede adoptar múltiples formas y citan que algunas personas desarrollan obsesiones cuando se deprimen, en tales casos, las obsesiones son secundarias a la depresión. Algunos otros pacientes con un TOC tienden a presentar una historia previa de episodios depresivos. Y por último, manifiestan que algunos de esos pacientes se deprimen después de la instauración del trastorno y tienden a tener episodios depresivos.

1.4. Teorías psicoanalíticas.

Freud (1895), en "Obsesiones y fobias", uno de sus primeros escritos, señalaba que en toda obsesión se encuentran dos cosas: 1) una idea que se impone al enfermo y 2) un estado emotivo asociado.

Pero también, manifiesta el mismo Freud (1895), que el estado emotivo constituye la cosa principal, puesto que ese estado persiste inalterado, en tanto que la idea asociada varía.

Cita Freud (1895), el caso de una muchacha que se hacía reproches (que sabía absurdos) de haber robado o falsificado dinero, tramado una conspiración, etc., según lo que hubiera leído ese día, para ejemplificar como en las personas con obsesiones, el estado emotivo permanece idéntico; pero, la idea cambia.

Freud (1895), daba el ejemplo de varias mujeres que se quejaban de la obsesión de arrojarse por la ventana, herir a sus hijos con cuchillos, tijeras, etc., lo cual, se debía, según el análisis del autor, a que estas mujeres que, en modo alguno se sentían satisfechas en el matrimonio, se debatían contra los deseos y las ideas voluptuosas que las asaltaban a la vista de otros hombres.

El ejemplo anterior, sirvió a Freud (1895), para señalar, que el estado emotivo se ha eternizado y la idea asociada ya no es la idea justa, la idea original; esta idea es un sustituto.

Freud (1895), resumía: "La prueba de ello es que siempre es posible hallar dentro de los antecedentes del enfermo, y en el origen de la obsesión, la idea original sustituida. Las ideas originales tienen caracteres comunes; corresponden a impresiones verdaderamente penosas de la vida sexual del individuo, que este se ha esforzado por olvidar. Solo ha logrado reemplazar la idea inconciliable por otra idea inapropiada para asociarse con el estado emotivo, que por su parte

permaneció idéntico. Es este enlace falso entre el estado emotivo y la idea asociada lo que explica el carácter absurdo propio de las obsesiones”.

Freud (1895), exponía que en algunos casos, la idea original está también reemplazada, pero no por otra idea, sino por actos, que en el origen sirvieron como “alivios o procedimientos protectores”, y que ahora se encuentran en una asociación con un estado emotivo que no concuerda con ellos.

Uno de los ejemplos, citado por Freud (1895), con relación a lo citado en el párrafo anterior, es el de una mujer que había contraído la necesidad de contar siempre las placas del parque, los escalones, etc., y lo cual lo había comenzado a realizar para distraerse de sus ideas de tentación.

Con respecto al mismo trastorno obsesivo-compulsivo, Freud (1909), publicaría el “caso del hombre de las ratas”, donde dicho sujeto, era un hombre joven, de formación universitaria, que padecía de representaciones obsesivas desde la infancia, pero con particular intensidad desde nueve años atrás. Curiosamente, el cuadro obsesivo había empeorado a partir de que el padre fallece y el sujeto atraviesa por un cuadro de síntomas depresivos.

Dentro del contenido principal de la dolencia del “hombre de las ratas”, estaba el temor de que les sucediera algo a las dos personas a las que más quería: su madre y “la dama de sus pensamientos”. Además, sentía impulsos obsesivos, tales como el de cortarse el cuello con una navaja de afeitar (Freud, 1909).

Relataba el “hombre de las ratas”, que el día en que su amada se marchó, él tropezó con una piedra en la calle y tuvo que apartarla a un lado porque se le ocurrió que, al cabo de pocas horas, pasaría por allí el coche de su amada y podía tropezar y volcar en aquellas piedras. Pero minutos después, pensó que todo aquello era un disparate, tuvo que volver y colocar de nuevo la piedra en el lugar que antes ocupaba en medio de la calle (Freud, 1909).

Con base en lo anterior, Freud (1909), analiza lo que es muy común en los obsesivo-compulsivos, o sea, un conflicto entre el amor y el odio.

Freud (1909), vuelve a exponer en este artículo, su teoría, de que varias ideas obsesivas sucesivas, pero de texto literal diferente, son en el fondo, una sola y la misma.

Con respecto a los actos obsesivos, Freud (1909), comunica: “Estos se aproximan, en efecto, cada vez más y con mayor precisión cuanto más se prolonga la enfermedad, a los actos sexuales infantiles semejantes al onanismo. El sujeto llega así a realizar, en esta forma de neurosis, actos amorosos, pero sólo con la

ayuda de una nueva regresión, y no ya orientados hacia una persona, hacia el objeto del amor y el odio, sino actos autoeróticos, como en la infancia”.

Por su parte Fenichel (1986), expresa que el conflicto básico en la neurosis obsesiva es el mismo de la histeria: la defensa contra las tendencias censurables del complejo de Edipo.

Para resolver este conflicto y rechazar el complejo de Edipo, el sujeto regresa a la etapa anal. El yo opta por este mecanismo, ya que tiene la necesidad de enfrentarse tanto a los instintos del ello, como a las exigencias del superyó, por lo que el yo se encuentra en una posición ambivalente (Fenichel, 1986).

La regresión a la etapa anal, modifica al yo produciendo que tanto el sadismo como la ambivalencia se dirijan al superyó como a los objetos externos, esto provoca también un cambio en el mismo superyó, el cual se hace más sádico, adquiere características automáticas, rígidas y arcaicas. Entre más evite el yo dirigir su agresión contra el exterior, el sadismo del superyó, al no ser dirigido contra los objetos, se dirigirá contra el yo (Fenichel, 1986).

Por su fijación a la etapa anal en los obsesivo-compulsivos, se encuentran tendencias a la crueldad, abiertas o encubiertas, y el yo va a utilizar frecuentemente como mecanismos de defensa la formación reactiva, el aislamiento y la anulación, contra estos impulsos (Fenichel, 1986).

1.4.1. Formación reactiva.

Laplanche y Pontalis (1994), definen a la formación reactiva como: “una actitud o hábito psicológico de sentido opuesto a un deseo reprimido y que se ha constituido como reacción contra este (por ejemplo, pudor que se opone a tendencias exhibicionistas)”.

Se pueden encontrar neuróticos obsesivos de bondad sobrecompensadora o un exagerado sentimiento de justicia o limpieza, o los que no son capaces de agresión alguna; en ellos se observa la formación reactiva, aunque a veces esta se combina con brotes de impulsos sádicos, lo que convierte la conducta del obsesivo contradictoria (Fenichel, 1986).

1.4.2. Aislamiento.

“Mecanismo de defensa, típico sobre todo de la neurosis obsesiva, que consiste en aislar un pensamiento o un comportamiento de tal forma que se rompan sus conexiones con otros pensamientos o con el resto de la existencia del sujeto. Entre los procedimientos de aislamiento, podemos citar las pausas en el curso del pensamiento, fórmulas, rituales y, de un modo general, todas las medidas que permiten establecer un hiato en la sucesión temporal de pensamientos o de actos” (Laplanche y Pontalis, 1994).

Fenichel (1986), da un ejemplo de aislamiento. Se trata de un sujeto que padecía dudas obsesivas y encontraba dificultades en aceptar los procedimientos analíticos, al grado de que protestaba contra la regla básica de la asociación libre. Lo anterior lo hacía porque este sujeto, trataba de mantener en secreto la existencia de cierta amiga, esto debido a que en su análisis se había hablado de masturbación, y quería mantener la imagen de ella aislada de todo lo que tuviera que ver con masturbación. Uno de los síntomas compulsivos de este sujeto y que con un gran esfuerzo trataba de ocultar, era que todas las veces que veía a la niña en cuestión, u oía su nombre, se sentía obligado obsesivamente a pensar “putita”. Según el autor, este síntoma ocupaba el lugar de las exigencias instintivas incestuosas, contra las que el yo se defendía y es un ejemplo de un intento ineficaz de aislar la ternura de la sensualidad.

El aislamiento separa, uno de otro, los elementos de un todo, allí donde la persona no obsesiva sólo podría ver el todo y no los componentes. Por eso los neuróticos obsesivos perciben frecuentemente sumas en vez de unidades y muchos rasgos caracterológicos obsesivos pueden definirse como una inhibición para percibir estructuras (Fenichel, 1986).

1.4.3. Anulación retroactiva.

Laplanche y Pontalis (1994), la definen como: “El mecanismo psicológico mediante el cual el sujeto se esfuerza en hacer como si pensamientos, palabras, gestos o actos pasados no hubieran ocurrido; para ello utiliza un pensamiento o un comportamiento, dotados de una significación opuesta”.

En referencia a la anulación Freud (1909), divide a los actos compulsivos en dos tiempos, el primero de los cuales es anulado por el segundo y manifiesta que la verdadera significación de esto, estriba en que representan el conflicto de dos movimientos opuestos y de intensidad casi igual, la oposición entre el amor y el odio.

Aquí, el ejemplo claro de anulación retroactiva es el del paciente de "Análisis de un caso de neurosis obsesiva", donde este sujeto, vuelve a colocar en el camino una piedra que, en un primer tiempo, había retirado para que el vehículo de su amada no chocase con ella (Freud, 1909).

En resumen, la teoría psicoanalítica de la neurosis obsesiva-compulsiva atribuye la aparición de los síntomas a una regresión defensiva del aparato psíquico a la fase preedípica sádicoanal, con la posterior aparición de modos de funcionamiento más primitivos del yo, el superyó y el ello. Estos factores, junto con el empleo de medidas de defensa específicas del yo (aislamiento, anulación retroactiva, formación reactiva), se combinan para producir los síntomas clínicos de las obsesiones y compulsiones (Kaplan y Sadock, 1989).

1.5. Frecuencia de obsesiones y compulsiones.

De los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, la mayoría presenta más de un problema, pero normalmente uno o dos son los predominantes en cada ocasión (De Silva y Rachman, 1995).

Las compulsiones de limpieza y lavado son el cuadro clínico más común (De Silva y Rachman, 1995). Normalmente, el paciente tiene obsesiones sobre contagios producidos por la suciedad o gérmenes, o puede temer ser contagiado por algo más específico como la orina, las heces, el flujo vaginal, la piel de los animales, etc., y efectúan rituales de limpieza. La limpieza o lavado pueden ser excesivos: en algunos casos implica lavarse las manos más de cien veces cada día (Montgomery y Zohar, 1999).

Los pacientes con compulsiones de comprobación, forman otro gran número clínico de los obsesivo-compulsivos. Estos pacientes efectúan rituales de comprobación excesivos, así por ejemplo, revisan muchas veces las llaves de la estufa, las puertas que estén cerradas, enchufes eléctricos o las ventanas (De Silva y Rachman, 1995).

Rasmussen y Tsuang (1984), en una muestra de 250 pacientes con TOC, encontraron los siguientes porcentajes de frecuencia de los diferentes tipos de obsesiones y compulsiones.

Obsesiones	Porcentaje	Compulsiones	Porcentaje
Contaminación	45%	Revisar	60%
Somáticas	36%	Limpieza/lavado	50%
Necesidad de simetría	31%	Contar	36%
Impulsos agresivos	28%	Necesidad de preguntar o confesar	31%
Impulsos sexuales	26%	Ordenar/arreglar	28%
Otras	13%	Guardar/coleccionar	18%
Obsesiones múltiples	60%	Compulsiones múltiples	48%

Por su parte, Nicolini (1992), en una muestra de 27 pacientes mexicanos con trastorno obsesivo-compulsivo, encontró los siguientes resultados:

Obsesiones	Porcentaje	Compulsiones	Porcentaje
Contaminación	67%	Limpiar	59%
Sexual	37%	Otras	26%
Varias	33%	Ordenar	22%
Religiosa	15%	Revisar	15%
Simetría	15%	Repetir	11%
Agresión	11%	Rezar	11%
-----	-----	Contar	0.03%

1.6. Estudios bioquímicos.

La evidencia principal de las bases bioquímicas del padecimiento, ha sido formulada a partir de la acción neuroquímica de los medicamentos efectivos para reducir la sintomatología del TOC (Nicolini, 1997).

Ahora está bien establecida la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) en el tratamiento farmacológico del TOC, con un porcentaje de respuesta, que va desde 40 hasta 60 %. Este grupo de fármacos, incluye a la clorimipramina, la fluoxetina, la fluvoxamina y la sertralina (Nicolini, 1997).

Se presume que el sistema de la serotonina (5-HT), está particularmente afectado en el TOC, debido a que otros medicamentos con selectividad para los

sistemas noradrenérgicos, son ineficaces en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (Nicolini, 1997).

El mecanismo de acción de los ISRS, aún no es muy claro. El efecto antidepresivo posiblemente se relaciona con la capacidad del fármaco, para incrementar la viabilidad sináptica de las monoaminas cerebrales, por el bloqueo de su recaptura en la membrana presináptica. Sin embargo, este efecto se logra después de horas de haber administrado el fármaco y la mejoría clínica se consigue después de semanas de tratamiento (Nicolini, 1995).

Hanna y cols. (1991), encontraron que los pacientes con TOC e historia familiar positiva de TOC, tuvieron niveles significativos mayores de serotonina en sangre, al compararlos con los pacientes sin historia familiar de TOC y con los controles normales. Por otro lado, Hoen-Saric et al (1993), observaron un incremento en el contenido de serotonina, el cual decrecía en forma paralela a la mejoría de la sintomatología obsesiva después del tratamiento con clorimipramina.

Se ha sugerido que la disfunción serotoninérgica en el TOC, se encuentra en los receptores de 5-HT₂, pero las investigaciones en esta área no han encontrado anomalías (Nicolini, 1995).

Por otra parte, también se ha estudiado la función serotoninérgica en el líquido cefalorraquídeo (LCR). Dado que los niveles de serotonina en el LCR son demasiado bajos para permitir observar los parámetros útiles en los estudios clínicos, la investigación se ha centrado en los niveles del ácido 5-hidroxi-indolacético -5-HIAA- (metabolito de la 5-HT), pero los resultados han sido incongruentes (Nicolini, 1995).

Nicolini (1995), concluye que la naturaleza precisa del trastorno obsesivo-compulsivo, con base a las investigaciones bioquímicas, aún no se ha determinado concretamente, y por lo tanto, uno de los retos es desarrollar más y mejores pruebas que evidencien de manera clara el papel que desempeñan los neurotransmisores en la fisiopatología del TOC. También señala que es importante el perfeccionamiento de técnicas genéticas y de biología molecular, así como de estudios de imagen que nos ayuden a comprender con más certeza la naturaleza del trastorno.

En resumen, se observa que en el TOC, el sistema serotoninérgico, no funciona adecuadamente. Para comprender las causas, se han realizado muchas investigaciones (Nicolini, 1995), pero en realidad se conoce poco al respecto. Lo importante aquí es resaltar que tanto en el trastorno obsesivo-compulsivo como en el trastorno depresivo mayor, hay bases bioquímicas que señalan el mal funcionamiento en el sistema de la serotonina y de lo cual podemos deducir ciertos fundamentos que enlazan a ambos trastornos.

CAPÍTULO II

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

2.1. Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor.

El trastorno depresivo mayor por definición es un estado de ánimo patológico, que a diferencia de la tristeza y del duelo, es más persistente, más incapacitante y siempre requiere de tratamiento. Así, quienes lo padecen, tienen peor funcionamiento físico, más dolor y pasan más días en cama que aquellos que sufren de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus o artritis reumatoide (Illescas, 2000).

El trastorno depresivo mayor se encuentra ubicado dentro de los trastornos del estado de ánimo según la clasificación de la A.P.A. (1994), en el manual de diagnóstico DSM-IV.

En dicho manual, en primera instancia se define lo que es un episodio depresivo mayor, del cual la esencia es un período de dos o más semanas con ánimo deprimido o, en el que casi todas las actividades se realizan con desinterés e insatisfacción (A.P.A., 1994).

En el cuadro 4, se citan los criterios para el episodio depresivo mayor, de acuerdo a como se maneja en el DSM-IV (A.P.A., 1994).

Criterios para el episodio depresivo mayor.

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que presentan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

- (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
 - (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% de peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
 - (4) insomnio o hipersomnia casi cada día
 - (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
 - (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día
 - (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
 - (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 - (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico para suicidarse
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Después de lo anterior, se define lo que es propiamente el trastorno depresivo mayor, el cual se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maniacos, mixtos o hipomaniacos.

Cuadro No. 5. Criterios para el diagnóstico de F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único [296.2x].

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial / en remisión total
- .9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):
(Para CIE-9 Especificaciones de gravedad / psicosis / remisión)

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Cuadro No. 6. Criterios para el diagnóstico de F33.x. Trastorno depresivo mayor, recidivante [296.3x].

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados, tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial / en remisión total
- .9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o más reciente):

(Para CIE-9 MC Especificaciones de gravedad / psicosis / remisión)

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional

2.2. Epidemiología.

Se ha calculado que el riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los varones (A.P.A., 1994).

La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general ha variado entre el 5 y el 9% para las mujeres y entre el 2 y el 3% para los varones (A.P.A., 1994).

La edad de inicio de la primera depresión mayor suele estar hacia la mitad de la década de los veinte años (Kaplan y Sadock, 1989).

No se ha probado una relación entre la clase social y el índice de episodios depresivos mayores. Tampoco se ha constatado relación alguna entre la raza y la prevalencia o incidencia de este trastorno (Kaplan y Sadock, 1989).

El trastorno depresivo mayor es potencialmente mortal, ya que cerca del 15% de los individuos con este trastorno mental, se quitan la vida (Chávez, 1998).

Stoudemire et al (1986), calcularon el costo anual de la depresión en los Estados Unidos de América en 16.3 billones de dólares. En los años noventa, esta estimación se acrecienta a 43.7 billones de dólares (Greenber y cols., 1990).

En conclusión, podemos decir que este trastorno afecta a millones de seres humanos y dado a ello, algunos autores como Salamonovitz (1999), llaman a la depresión el mal de nuestro siglo.

2.3. Comorbilidad.

El trastorno depresivo mayor puede coexistir con diferentes trastornos: existe una asociación frecuente con los trastornos de angustia (crisis de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad generalizada), los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia nervosa) y con los trastornos de la personalidad sobre todo con el trastorno límite de la personalidad (Chávez, 1998).

Así mismo, el trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad muy elevada. Los sujetos con este trastorno que mueren por suicidio, llegan hasta el 15% (A.P.A., 1994).

El trastorno depresivo mayor, también esta asociado a enfermedades médicas, hasta un 20-25% de los sujetos con determinadas enfermedades como por ejemplo: diabetes, infarto al miocardio, carcinomas, accidentes vasculares

cerebrales, presentarán un trastorno depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad médica (A.P.A., 1994).

Pacientes con este trastorno se muestran llorosos, irritables, hostiles, con rumiación obsesiva, ansiedad, fobias, ataques de pánico, preocupaciones hipocondríacas (Illescas, 2000).

También, puede haber problemas maritales (divorcio), ocupacionales (pérdida de empleo) o académicos (Illescas, 2000).

Hay propensión a abusar del alcohol u otras sustancias (Illescas, 2000). Al respecto, Salamonovitz (1999), cita: "Un alto porcentaje de adictos utilizan la droga como antidepresivo, es decir, las adicciones suelen ser en ocasiones problemas depresivos encubiertos".

2.4. Teorías psicoanalíticas.

Es común observar en los melancólicos que se hagan autorreproches, pero si se les pone atención, llega un momento en el cual, la impresión es que estas querellas se adecuan muy poco a la propia persona y muchas veces, se ajustan a otra persona a quien el enfermo ama, ha amado o amaría (Freud, 1914).

"Una mujer que conmisera en voz alta a su marido por estar atado a una mujer de tan nulas prendas, quiere quejarse, en verdad, de la falta de valía de él, en cualquier sentido que se le entienda" (Freud, 1914).

Sus quejas son realmente querellas. Todo eso rebajante de sí mismos en el fondo lo dicen de otro (Freud, 1914).

Freud (1914), reconstruye el proceso por el cual se llega a la melancolía, a esos autorreproches, de la siguiente manera: "Hubo una elección de objeto, una ligadura de la libido a una persona determinada; por obra de una afrenta real o un desengaño de parte de la persona amada, sobrevino un sacudimiento de ese vínculo de objeto. El resultado no fue el normal, que habría sido un quite de la libido de ese objeto y su desplazamiento a uno nuevo, sino otro distinto, que para producirse parece requerir varias condiciones. La investidura de objeto, resultó poco resistente, fue cancelada, pero la libido libre no se desplazó a otro objeto, sino que se retiró sobre el yo. Pero ahí no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado. De esa manera, la pérdida del objeto hubo de mudarse una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la

persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación”.

Freud (1914), describía a la melancolía como una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí, que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones.

El mismo autor puntualiza que en la melancolía hay una pérdida de un objeto amado, que a diferencia del duelo, esta pérdida se manifiesta en el inconsciente. Así por ejemplo, el sujeto pudiera saber a quien perdió, pero no lo que perdió en él (Freud, 1914).

Pero queda claro que Freud (1914), en “duelo y melancolía”, trató de ir más allá de las enumeraciones de síntomas para buscar una condición básica en los distintos tipos de depresión, caracterizando a esta como la reacción a la pérdida real o imaginaria de un objeto -una persona amada, o la pérdida de una abstracción que ha tomado su lugar, tal como el país de uno, la libertad, un ideal, etc-.

Bleichmar (1997), cita: “La verdadera pérdida de objeto requiere, desde el punto de vista de la subjetividad, que junto a la persistencia del deseo por el objeto se le represente como inalcanzable, es decir, se construya psíquicamente al objeto como perdido”.

Este sentimiento de que un deseo, que ocupa un lugar central en la economía libidinal es irrealizable, es lo que encontramos en todas las depresiones (Bleichmar, 1997).

De ahí que Salamonovitz (1999), defina a la depresión como efecto de un deseo irrealizable y la describa como producto de un aparato psíquico que no palpita.

El correlato del sentimiento de desesperanza en cuanto a la realizabilidad del deseo, es la representación que la persona se hace de sí misma como la de alguien sin poder, impotente para modificar el estado de las cosas: no puede ni dejar de desear ni lograr que su deseo se realice (Bleichmar, 1997).

En la medida en que el sujeto se representa como impotente, se desactivan los movimientos que tienden hacia el objeto del deseo. De ahí, la inhibición y abulia que constituyen componentes centrales del estado depresivo (Bleichmar, 1997).

Bleichmar (1997), cita que los deseos pueden variar en su contenido temático, en lo que constituye su meta, y consistir, entre otros en los siguientes tipos:

- 1) Deseos de satisfacción pulsional y de disminución del nivel de tensión física y mental.
- 2) Deseos de apego, que varían desde los más normales de estar en contacto físico con el objeto, de compartir estados emocionales, hasta los deseos más patológicos de fusión absoluta con el objeto.
- 3) Deseos narcisistas; de reconocimiento y valoración, de que el otro convalide el exhibicionismo grandioso del sujeto, de fusión con el objeto idealizado, de triunfo edípico sobre el objeto, etc. Deseos narcisistas que van desde el orgullo de sentir que se dominan los propios impulsos, las emociones, el funcionamiento mental, el medio circundante, o de ser amado o apreciado, etc., hasta aquellos que caracterizan las formas patológicas del narcisismo: ser un self ideal de perfección física, mental o moral, recibir admiración incondicional, tener control omnipotente sobre uno mismo o los objetos.
- 4) Deseos relacionados con el bienestar del objeto. Si el sujeto se atribuye a sí mismo ser el causante del daño o sufrimiento del objeto, puede sobrevenir una depresión en que predominen los sentimientos de culpa.

En síntesis, los elementos que conforman el estado depresivo son los siguientes:

- 1) Existencia de un deseo que ocupa un lugar central en la economía libidinal del sujeto (Bleichmar, 1997).
- 2) Sentimiento o impotencia para realizar ese deseo (Salamonovitz, 1999).
- 3) Impotencia para la realización del deseo que no queda restringida al presente, sino que abarca también el futuro, es decir, sentimiento de desesperanza (Bleichmar, 1997).
- 4) Las consecuencias motivacionales -abulia e inhibición psicomotriz- y afectivas -tristeza- del sentimiento de impotencia/desesperanza (Bleichmar, 1997).

2.5. Estudios bioquímicos.

Para mediados de 1960, se contempla la hipótesis de que las catecolaminas y la serotonina (5-hidroxitriptamina), desempeñaban un papel importante en relación con la depresión (Narváez, 1989).

La hipótesis anterior, se basó en observaciones clínicas efectuadas por el uso de dos medicamentos:

(1) La reserpina, ampliamente usada en el tratamiento de la hipertensión, originaba depresión.

Hace siglos, se descubrió que un alcaloide de la *Rauwolfia serpentina*, el cual, es un arbusto del sureste asiático, era útil para el tratamiento de las mordeduras de serpiente, los trastornos circulatorios y la locura. Como se menciona arriba, este alcaloide, actualmente conocido como reserpina, disminuye la presión sanguínea, pero también posee un efecto antipsicótico (Carlson, 1999).

En los primeros años de utilización de la reserpina como agente hipotensor, más de un 15% de las personas que recibieron este tratamiento se volvieron depresivos (Carlson, 1999).

Dice Carlson (1999): "La reserpina actúa sobre el almacenamiento de monoaminas en las vesículas sinápticas, reduciendo la cantidad de neurotransmisor liberado desde los botones terminales. De esta forma, este fármaco actúa como un potente antagonista noradrenérgico, dopaminérgico y serotoninérgico".

(2) Los inhibidores de la monoaminooxidasa, cuando eran empleados en el tratamiento de la tuberculosis, producían un efecto euforizante y una importante acción antidepressiva. Estos medicamentos, aumentaban la concentración de dopamina, norepinefrina y serotonina en el cerebro de animales en experimentación (Narváez, 1989).

Hasta la fecha, son dos las teorías biológicas de la depresión que más extensamente han sido estudiadas: las hipótesis 1) catecolaminicas y 2) indolaminicas de los trastornos afectivos (Meana, 1990).

La hipótesis catecolaminica postula un déficit funcional de la noradrenalina en relación con los trastornos depresivos, en tanto que la hipótesis indolaminica, sostiene un déficit funcional de la serotonina en la patogénesis de la depresión (Meana, 1990).

2.5.1. Noradrenalina (NA).

Se considera al 3-metoxi-4-hidroxifeniletileneglicol (MHPG) como el principal metabolito de la noradrenalina en el sistema nervioso central -SNC- (Meana, 1990).

A través de la valoración de MHPG en líquido cefalorraquídeo (LCR) y orina, se ha podido conocer el estado funcional del sistema noradrenérgico (Meana, 1990).

La relación que existe del MHPG en LCR con las tendencias suicidas no es muy clara, ya que, por ejemplo, se han hallado descensos en los niveles de MHPG en los pacientes con antecedentes de suicidio y depresión unipolar, siendo los valores de MHPG normales en el caso de los bipolares (Meana, 1990).

El MHPG urinario, es un reflejo parcial de la actividad noradrenérgica central, ya que sólo el 60% del MHPG urinario procede del SNC. La cuantificación de metabolitos en orina durante 24 horas, ofrece la ventaja de superar las valoraciones puntuales propias de las determinaciones de esos metabolitos en LCR. La mayoría de los estudios, han observado un descenso en la excreción de MHPG en orina de 24 horas en las depresiones con características endógenas, especialmente en las de curso bipolar (Meana, 1990).

Las concentraciones de noradrenalina y sus metabolitos, así como las enzimas implicadas en la síntesis y metabolismo noradrenérgicos, han sido valorados en cerebro postmortem. Los estudios han incidido más en los casos procedentes de suicidios, que en los de depresión, siendo los hallazgos, en general, negativos tanto para la NA, como para su metabolito el MHPG (Meana, 1990).

2.5.2. Serotonina (5-HT).

El ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA) constituye el principal metabolito de la 5-HT (Meana, 1990).

Debido al gran volumen en los depósitos históricos de 5-HT, la valoración de niveles de 5-HIAA en sangre y orina, no parecen tener gran utilidad. Por lo anterior, el estudio del 5-HIAA, se ha limitado al líquido cefalorraquídeo y al tejido nervioso humano postmortem (Meana, 1990).

La tendencia suicida en la depresión está relacionada con una disminución en el LCR de los niveles de 5-HIAA (Carlson, 1999).

CAPÍTULO III

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL "SAN PEDRO ZACATENCO"

México cuenta con un Programa Nacional de Salud Mental, en el que se propone la incorporación de los servicios de salud mental en el primer nivel de atención, como una estrategia operativa, eficiente y económicamente viable, que facilitará su instrumentación en las jurisdicciones sanitarias, incrementando la accesibilidad y cobertura de la población de todo el país (Coordinación de Salud Mental, 2000).

Por este motivo, la Coordinación de Salud Mental -COORSAME- (2000), se dio a la tarea de emitir los lineamientos que han de regir la operatividad de la atención en salud mental en el primer nivel de atención.

Subraya la COORSAME (2000), que en el campo de la salud mental, los equipos de atención primaria deben proporcionar, entre otras cosas, lo siguiente:

- Promoción y educación en salud, para fortalecer estilos de vida sanos y disminuir los riesgos de enfermedad.
- Detección y tratamiento de problemas de salud mental de manera oportuna.
- Control y vigilancia epidemiológica de usuarios con enfermedades mentales.
- Referencia de usuarios hacia otros niveles de atención, en caso de así requerirlo.

La COORSAME (2000), define al Centro Comunitario de Salud Mental como: "Unidad de atención médica especializada en salud mental, responsable de mejorar al máximo posible, las condiciones de salud mental de la población y en particular de quienes padecen trastornos mentales y del comportamiento, por medio de acciones de prevención, tratamiento, rehabilitación, investigación y formación de recursos humanos especializados".

En los Centros Comunitarios de Salud Mental, se cuenta con módulos de salud mental, los cuales están integrados por un médico psiquiatra, un psicólogo, una trabajadora social y una enfermera (COORSAME, 2000).

Las actividades que realizan estos módulos son: de prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial (COORSAME, 2000).

3.1. Actividades preventivas.

Las actividades preventivas incluyen:

- Educación para la salud mental.
- Promoción para la salud mental.

3.1.1. Educación para la salud mental.

Se dirige a la comunidad en general y grupos específicos de padres, parejas, maestros, adolescentes, etc., con el propósito de desarrollar actitudes que promuevan la salud mental (COORSAME, 2000). Se realizan mediante las siguientes acciones:

- Discusión en grupo, acerca de los conceptos fundamentales de la salud mental en el área del desarrollo psicobiológico del niño y sus alteraciones, como serían: el retraso mental, problemas de aprendizaje, problemas de conducta y trastornos selectivos del desarrollo, entre otros.
- Problemas de convivencia y relación en el seno de las familias, las consecuencias del abandono, el maltrato y la explotación de menores.
- Problemas de salud mental del climaterio y la senectud.
- Otros problemas de salud mental, como son la epilepsia, las neurosis, las psicosis, etc.
- Promoción de la formación de grupos con fines de autoayuda.

3.1.2. Promoción de la salud mental.

En este aspecto, la COORSAME (2000), se refiere al fomento y mantenimiento de las siguientes actividades:

- Discusión dirigida de los problemas de salud mental de la comunidad, para conocer sus posibilidades y limitaciones, con el objeto de contender con ellos.
- Apoyo a las actividades de los grupos de autoayuda.

- Fomento de actividades educativas, recreativas y cívicas que fortalecen y enriquecen la vida de la comunidad.
- Promoción de estilos de vida sanos.
- Disminución de los factores de riesgo.

3.2. Actividades terapéuticas.

La consulta en el Centro Comunitario de Salud Mental, se proporciona a todas las personas que la solicitan, para sí mismas o por intermedio de sus familiares y cuando el caso lo justifique, por otros miembros de la comunidad (COORSAME, 2000). Esta consulta, se lleva a cabo a través de las siguientes acciones:

- Valoración clínica del caso.
- Apertura de expediente clínico.
- Elaboración de historia clínica.
- Estudio psicosocial.
- Exámenes de laboratorio y gabinete.
- Establecimiento del diagnóstico, pronóstico y del tratamiento.

3.3. Actividades de rehabilitación psicosocial.

Algunas de las actividades que propone la COORSAME (2000), como parte de la rehabilitación social, son las siguientes:

- Actividades ocupacionales y recreativas.
- Asesoría individual, familiar y/o grupal, para incrementar el apoyo de la familia hacia el usuario y fortalecer sus capacidades.
- Fomentar la integración del paciente a su núcleo familiar, laboral y su adaptación psicosocial.

El Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) "San Pedro Zacatenco", perteneciente a la Coordinación de Salud Mental, de la Secretaría de Salud, se encuentra ubicado en Huanuco No. 323, Col. San Pedro Zacatenco, Delegación Gustavo A. Madero, México, D.F. (COORSAME, 2001).

En el CECOSAM "San Pedro Zacatenco", se cuenta con los servicios de psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras, un paidopsiquiatra, y terapeutas familiares (COORSAME, 2001).

Los lineamientos de trabajo que se siguen, en el CECOSAM "San Pedro Zacatenco" son señalados en los párrafos anteriores y los cuales son dictaminados por la COORSAME (2000).

Los servicios que con más frecuencia se proporcionan en el CECOSAM "San Pedro Zacatenco" (COORSAME, 2001), son los siguientes:

1) Clínica de niños.

- Alteraciones de conducta.
- Alteraciones emocionales.
- Enuresis.
- Agresividad.
- Hiperquinesis.
- Otros.

2) Clínica de la adolescencia.

- Ansiedad.
- Depresión.
- Drogadicción.
- Alcoholismo.
- Epilepsia.

- Crisis de identidad.
- Otros.

3) Clínica de adultos.

- Ansiedad.
- Fobias.
- Depresión.
- Trastornos de la personalidad.
- Alcoholismo.
- Tabaquismo.
- Otros.

4) Clínica familiar.

- Disfunción de un miembro de la familia y que repercute en esta.
- Violencia en la familia.
- Desadaptación de la familia ante un enfermo crónico o un familiar muerto.
- Otros.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Planteamiento y justificación del problema.

La existencia simultánea de más de un padecimiento en un mismo individuo, es un fenómeno reconocido en el campo de los trastornos mentales, cuyo interés por estudiarlo y conocer sus causas y consecuencias, ha adquirido mayor importancia en el curso de las últimas décadas (Berlanga, 1993). Es indudable que este proceso, conocido con el nombre de comorbilidad, influye bastante en la clínica, tanto en áreas de diagnóstico, pronóstico y tratamiento, como en el espacio concerniente a la administración de los servicios de salud (Berlanga, 1993).

Se han realizado muchos estudios que señalan que el trastorno obsesivo-compulsivo, presenta un alto porcentaje de comorbilidad con el trastorno depresivo mayor (Nicolini, 1997; Montgomery y Zohar, 1999).

También, se ha observado que el trastorno obsesivo-compulsivo es muchas veces subdiagnosticado (Nicolini, 1997). Así, lo que aquí se resalta, es el hecho de que probablemente muchos pacientes que son diagnosticados con trastorno depresivo mayor, podrían además presentar el TOC, pero finalmente, como este último es subdiagnosticado, pues así también, no se dará un tratamiento para este padecimiento.

Por otra parte, Berlanga (1993), manifiesta que los pacientes con trastorno depresivo mayor, y que también presentan algún otro trastorno mental conjuntamente, poseen un pronóstico menos favorable, en relación con los que no presentan dos trastornos conjuntos.

Lo anterior, nos lleva a pensar, que quien padece conjuntamente de TOC y trastorno depresivo mayor, tendrá un pronóstico menos favorable, con relación a quien padece sólo de uno de estos dos padecimientos.

Esto, finalmente nos encamina a deducir, que sería factible conocer con certeza el pronóstico de estos pacientes y buscar tratamientos más eficaces para las personas que presentan a la vez, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno depresivo mayor.

Un propósito más de este trabajo, es enfatizar que el TOC, debe ser considerado más en cuenta y como menciona Nicolini (1997), se deben realizar campañas que propicien su diagnóstico y tratamiento, ya que probablemente,

según manifiesta este autor, son cerca de tres millones de mexicanos los que padecen de TOC, cifra por demás alarmante en nuestro país.

4.2. Tipo de investigación.

Este tipo de investigación es de carácter empírico y su finalidad es solamente señalar el hecho de que en muchas ocasiones el TOC es subdiagnosticado, incluso por los profesionales de la salud mental.

4.3. Hipótesis de trabajo.

Un alto porcentaje de los pacientes que son diagnosticados con trastorno depresivo mayor, presentan también un trastorno obsesivo-compulsivo.

4.4. Sujetos.

El estudio se realizó con 100 sujetos, provenientes del centro comunitario de salud mental "San Pedro Zacatenco" de la Cd. de México, que previamente habían sido diagnosticados con trastorno depresivo mayor, por el servicio de psiquiatría.

La edad de los sujetos fue de un rango de 15 a 45 años.

4.5. Tipo de muestra: por cuota.

4.5.1. Criterios de inclusión.

- Pacientes de preconsulta diagnosticados con trastorno depresivo mayor.
- Pacientes subsecuentes y que también padecían de trastorno depresivo mayor.
- Edad de 15 a 45 años.

4.5.2. Criterios de exclusión.

- Pacientes que no se les diagnosticó trastorno depresivo mayor.
- Sujetos cuya edad no caía dentro del rango de 15 a 45 años.

4.6. Instrumentos y/o materiales.

4.6.1. Cédula de entrevista diagnóstica (DIS).

A los pacientes que se les diagnosticó con trastorno depresivo mayor, se les aplicó la sección K (Trastorno Obsesivo-Compulsivo) de la cédula de entrevista diagnóstica (DIS) para buscar un TOC.

La versión del DIS que se utilizó, es la misma que se emplea en el Instituto Nacional de Salud Mental en San Antonio, Texas, en su versión en castellano para la población hispano-parlante (Kamo, 1983).

The Diagnostic Interview Schedule (DIS), fue desarrollado por Robins et al (1981), como parte de un programa del NIMH, denominado Epidemiologic Catchment Area Program (ECA) y que buscaba estimar la prevalencia e incidencia de trastornos mentales en cinco poblaciones de los Estados Unidos de Norteamérica. Las cinco poblaciones en las cuales se realizó el estudio de la ECA, son New Haven, Baltimore, St. Louis, el área rural de Carolina del Norte y Los Angeles, California (Kamo et al, 1983).

Para construir el DIS, se consideraron los componentes de los ejes I y II del DSM-III, esto a fin de realizar investigaciones epidemiológicas en la población en general (Ramos y cols., 1987). Pero, cabe señalar, que este mismo instrumento también se ha utilizado en los pacientes de la práctica psiquiátrica intrahospitalaria, por ejemplo, un estudio realizado en el Hospital Fray Bernardino Álvarez y la Clínica San Rafael (Ramos y cols., 1988).

El DIS es una entrevista diseñada basándose en los lineamientos del Renard Diagnostic Interview (RDI), que investiga aspectos de la sintomatología categorizada según el criterio del DSM-III y no requiere para su calificación del criterio clínico del entrevistador, sino de la adecuación de las respuestas obtenidas que son manejadas por un programa de cómputo de manera que se establezca un diagnóstico. Este se lleva a cabo por medio de tres diferentes sistemas: El DSM-III, publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana en 1980, el criterio Feighner, publicado en 1972, por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Washington, en St. Louis y The Research Diagnostic Criteria (RDC), publicado por Spitzer en 1978 (Ramos y cols., 1987). El DIS cubre en su totalidad los últimos dos criterios y un grupo seleccionado de diagnósticos del DSM-III, por lo que tiene la ventaja de proporcionar más de un esquema diagnóstico, permitiendo hacer comparaciones con los sistemas alternos. Esto es posible debido a que los tres sistemas comparten algo en común: el proveer diagnósticos desde una perspectiva más descriptiva que etiológica. Los diagnósticos positivos no sólo requieren de un número mínimo de síntomas, sino de una distribución representativa de éstos, que

llenen un mínimo de severidad y que no sean explicables por una enfermedad física u otra alteración psiquiátrica (Burnam et al., 1983).

El instrumento permite elaborar diagnósticos tanto del estado actual como de estados anteriores, pues primero pregunta si alguna vez se ha tenido el síntoma, y en caso positivo, que tan reciente se experimentó, tomando cuatro periodos de tiempo: en las últimas dos semanas, en el último mes, en los últimos seis meses y en el último año. Esto permite estimar la prevalencia en alguna época de la vida y a la vez, tiene flexibilidad para definir el diagnóstico actual (Burnam y cols., 1983).

Del DSM-III, el DIS proporciona los siguientes diagnósticos: trastorno somatiforme, trastorno de pánico, trastornos fóbicos, trastorno por ansiedad generalizada, depresión mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar-maniaco, dependencia al alcohol, abuso de drogas, dependencia a las drogas, disfunciones sexuales, trastorno antisocial de la personalidad y anorexia nervosa. También, incluye un pequeño examen del estado mental para detectar los síndromes orgánicos cerebrales (Ramos y cols., 1987).

La diferencia más importante entre el DIS y otros instrumentos como The Psychiatric Status Schedule (PSS) o The Indian Psychiatric Interview Schedule, entre otros, reside en el grado en que se especifican las preguntas (el entrevistador no las improvisa) y el grado en que la calificación de síntomas sigue un proceso automatizado para minimizar el juicio clínico (Ramos y cols., 1987).

De este modo, el DIS cubre cada criterio diagnóstico en forma de preguntas cerradas y precodificadas acerca de la presencia de síntomas y de si éstos llenan el criterio de frecuencia y agrupamiento en el tiempo y edad de inicio (Ramos y cols., 1987).

El DIS no requiere para su calificación del criterio clínico del entrevistador, de tal forma que puede ser aplicado por personas sin adiestramiento clínico (Bravo y cols., 1987).

Para controlar la variabilidad entre los entrevistadores, el DIS intenta regular la interacción entre los entrevistadores y el entrevistado, siendo necesario desarrollar la empatía en la entrevista, evitar preguntas tendenciosas para evitar respuestas ambiguas, mantener la atención del sujeto y limitarse al tiempo requerido para completar la entrevista -aproximadamente de 45 a 75 minutos- (Ramos y cols., 1987).

Los síntomas deben cubrir un mínimo de severidad y que no se expliquen por el uso de medicinas, drogas o alcohol, ni por una enfermedad física o una lesión. Este algoritmo, está implícito en cada pregunta y se prueba por un esquema de sondeo por medio del cual se especifican al entrevistador las preguntas que debe

hacer en cada caso. Otra de las características más importantes es que el DIS permite utilizar saltos opcionales después de que se han obtenido las suficientes respuestas positivas o negativas, sin importar que se hagan otras preguntas subsecuentemente, ya que el diagnóstico permanecerá igual (Ramos y cols., 1987).

El DIS es una entrevista altamente estructurada que contiene 263 reactivos con un protocolo de 73 páginas. El tiempo de administración es entre 45 y 75 minutos. Las preguntas del DIS son totalmente cerradas y sólo aceptan respuestas de sí o no. No miden la severidad de los trastornos (Nicolini, 2000).

El DIS fue desarrollado originalmente en el idioma inglés, pero posteriormente ha sido traducido a más de 15 idiomas, con más de una versión en muchos de ellos. Para el habla española, se ha utilizado en varias comunidades de los Estados Unidos, tales como: Los Ángeles, San Francisco y Houston y en países como: España, Perú, Puerto Rico y México (Bravo y cols., 1987).

En Los Ángeles, California, Karno et al (1983), tradujeron al español el DIS, con el objetivo de posibilitar su utilización con hispanoparlantes de una variada extracción cultural, especialmente mexicanos, cubanos y puertorriqueños. Evaluaron además la equivalencia entre idiomas y su concordancia con diagnósticos clínicos, utilizando una muestra de mexico-americanos bilingües y monolingües. Los resultados obtenidos llevaron a los investigadores a concluir, que su versión al español del DIS es equivalente a la versión inglesa y adecuada para su uso en poblaciones mexico-americanas.

4.6.1.1. Confiabilidad del DIS.

En estudios hechos por Robins et al (1981), se informa de la confiabilidad del DIS (versión inglés), en pacientes psiquiátricos hospitalizados, de consulta externa, expacientes y sujetos normales. Los resultados para el grado de concordancia en el estadístico kappa es de 0.40 o más, con todas las categorías diagnósticas consideradas por el instrumento. Respecto a la confiabilidad del DIS traducido al español y aplicado a pacientes bilingües (anglo e hispanoparlantes) y monolingües (que sólo hablan español), de la consulta externa psiquiátrica, el grado en el que estuvieron de acuerdo, medido por el índice kappa, mostró un rango de 0.44 a 0.92, considerándose aceptables los niveles de confiabilidad (Bumam y cols., 1983).

La confiabilidad del DIS, en México, fue analizada por Ramos y cols. (1988), para ello se trabajó con una muestra integrada por 15 pacientes de dos instituciones de la Ciudad de México (el Hospital Fray Bernardino Álvarez y la Clínica San Rafael). Para seleccionar a los pacientes se consideraron como criterios

de inclusión que éstos fueran mayores de 18 años y que los entrevistadores y los observadores desconocieran el diagnóstico emitido por los médicos.

Con el fin de evaluar la confiabilidad en el manejo del instrumento, se usó el método entrevistador/observador, en el cual varios puntuadores califican en forma independiente a un mismo sujeto durante la entrevista. Los resultados de este diseño son más acertados a medida que aumenta el número de puntuadores, por lo cual calificaron cinco personas (Ramos y cols., 1988).

El grupo de entrevistadores estuvo formado por tres estudiantes del último año de psicología y dos psicólogos sociales sin entrenamiento clínico específico (Ramos y cols., 1988).

El grado en el que coincidieron los puntuadores, se evaluó mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase (ICC), que es una medida de confiabilidad altamente recomendada cuando más de dos puntuadores califican simultáneamente una entrevista (Ramos y cols., 1988). El resultado fue de un $ICC = 0.879$, con lo cual, los autores concluyen que esas cifras indican un alto nivel de confiabilidad en el manejo del instrumento (Ramos y cols., 1988).

4.6.1.2. Validez del DIS.

El DIS, fue diseñado para que entrevistadores sin adiestramiento clínico, pudieran obtener un diagnóstico comparable a uno obtenido por un psiquiatra. Para evaluar la validez del DIS, se entrevistaron a 216 personas, cada una dos veces, una por un entrevistador sin entrenamiento clínico y la otra por un psiquiatra. Los entrevistadores legos, pertenecían al personal administrativo de una escuela de medicina (Robins y cols., 1981).

El orden en que fueron realizadas las entrevistas, fue al azar, en 119 ocasiones primero entrevistaron los psiquiatras, y en las otras 97, trabajaron primero los entrevistadores legos (Robins y cols., 1981).

Los sujetos incluidos en la muestra eran: 118 pacientes psiquiátricos hospitalizados, 39 pacientes psiquiátricos no hospitalizados, 24 sujetos que recibían tratamiento del grupo médico de la Universidad de Washington y de quienes no se conocía su diagnóstico psiquiátrico, 10 miembros de un grupo de jugadores anónimos y 26 expacientes (Robins y cols., 1981).

A ninguno de los entrevistadores se les informó del diagnóstico de los sujetos, ni tampoco se les dio a conocer nada acerca de los entrevistados, hasta que no se completó la segunda entrevista. Todas las evaluaciones se videograbaron (Robins y cols., 1981).

Para hacer el estudio de validez, se requirió de esta muestra de 216 sujetos, una cuota mínima de 10 casos positivos por cada diagnóstico, pero al mismo tiempo, también no más de 20 sujetos por cada padecimiento. Todas las cuotas fueron acompletadas, excepto para la distimia donde sólo se hallaron nueve casos. La mayoría de los sujetos había consumido tabaco en algún momento de su vida (Robins y cols., 1981).

Las siguientes 3 medidas, fueron las analizadas para observar la habilidad de los entrevistadores sin entrenamiento clínico, para proveer un diagnóstico correcto, a través del uso del DIS: 1) inclinación sobre algunos padecimientos por parte de los entrevistadores legos; 2) kappa (k) como una medida de concordancia entre los diagnósticos realizados por los psiquiatras y los entrevistadores legos y 3) sensibilidad (porcentaje de casos correctamente identificados) de los entrevistadores sin entrenamiento clínico, tomando como parámetros los diagnósticos realizados por los psiquiatras (Robins y cols., 1981).

En estos análisis, se estudió la inclinación de los entrevistadores sin adiestramiento clínico, por medio del test de McNemar. De 52 diagnósticos comparados, sólo 7 presentaban una inclinación significativa. Estos entrevistadores tendieron a subdiagnosticar dependencia de alcohol y trastorno de pánico. En cambio, sobrediagnosticaron abuso de drogas (Robins y cols., 1981).

De los 216 sujetos, 12 casos fueron excluidos, porque presentaban un síndrome cerebral orgánico, a ellos no se les podía aplicar de manera confiable la entrevista diagnóstica (Robins y cols., 1981).

Los rangos de concordancia, para todos los diagnósticos, se encuentran entre $k=.40$ y $k=.68$. Para la sensibilidad, los intervalos encontrados fluctúan de 100% a 41%, llegando Robins y cols. (1981), a la conclusión de que estos resultados son satisfactorios.

4.6.2. Escala Yale-Brown (Y-BOCS).

A los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor y que también se les diagnosticó trastorno obsesivo-compulsivo a través de la aplicación del DIS, por último y de forma complementaria a esta investigación, se les aplicó la escala para trastorno obsesivo-compulsivo conocida como Yale-Brown, con la cual se detectó el tipo de obsesiones y compulsiones que presentaban estos sujetos.

Existen varias escalas de medición específicas para el trastorno obsesivo-compulsivo, como por ejemplo: el Inventario Obsesional de Leyton (IOL), que hasta 1989 era el de mayor uso en los adultos y el Inventario Obsesional y

Compulsivo de Maudsley (IOCM). Ambas escalas tienen algunos problemas como el hecho de ser laboriosas en cuanto a su administración y por otro lado dependen en gran medida de la autoevaluación, así como también tienden a confundir las mediciones de variables de rasgos permanentes en el padecimiento e independientes de la severidad con las variables de estado dependientes de la severidad del padecimiento. Otra dificultad es que sólo se circunscriben a examinar ciertos tipos de obsesiones y compulsiones (Goodman et al., 1989).

Otros instrumentos que se han desarrollado para este padecimiento, son la subescala para obsesivo-compulsivo de la Escala de Evaluación para Psicopatología Comprensiva (EPC-OC) y la escala para obsesivo-compulsivo desarrollada por el NIMH y a la cual se le denomina NIMH-OC (Goodman et al., 1989).

Un problema con la EPC-OC es que contiene algunas preguntas que evalúan síntomas no específicos de la enfermedad obsesivo-compulsiva, por ejemplo, síntomas de depresión (Nicolini, 2000).

Finalmente, una debilidad del NIMH-OC, la cual es característica de todas las escalas de apreciación global de la severidad por medio de preguntas únicas, es que se pierde información específica en cuanto a las obsesiones y compulsiones de manera separada (Nicolini, 2000).

En general, todas estas escalas cuentan con datos de confiabilidad interevaluador. Sin embargo, su validez no ha sido establecida y tampoco son adecuadas para el monitoreo del padecimiento durante los tratamientos farmacológicos (Nicolini, 2000).

A partir de la problemática anterior, Goodman et al (1989), crearon un instrumento que cubriera todas esas desventajas, a esta escala se le conoce como Yale-Brown para TOC. En sí esta escala, no es un instrumento diagnóstico, sino que fue diseñado para medir la severidad del TOC, independientemente del tipo o número de obsesiones y compulsiones presentes (Goodman et al., 1989).

La selección de los reactivos de la Yale-Brown se basó en una extensa experiencia clínica de los principales autores, entre ellos Wayne K. Goodman, Steven A. Rasmussen y Lawrence H. Price, quienes colectivamente examinaron más de 300 pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (Goodman et al., 1989).

Algunas versiones de la escala fueron piloteadas por un periodo de 6 meses, hasta que finalmente se terminó con la primera edición de la Y-BOCS, y de la cual, fueron excluidos algunos reactivos que reflejaban síntomas de depresión y de otros trastornos de ansiedad (Goodman et al., 1989).

Por lo tanto, algunas de las ventajas que posee la Yale-Brown para el TOC, son las siguientes: 1) es sensible y selectiva a los cambios en la gravedad de la sintomatología, sin ser un instrumento diagnóstico, 2) su aplicación es rápida y práctica, 3) valora síntomas específicos de este trastorno, 4) la calificación total puede ser separada (calificación de obsesiones y compulsiones) y 5) no es influenciada por el tipo y número de obsesiones y compulsiones presentes, ya que mide únicamente la intensidad del TOC y no se focaliza en el contenido de los síntomas del paciente (Nicolini, 1996).

4.6.2.1. Descripción de la escala.

La Y-BOCS es una escala semiestructurada que debe aplicar el clínico. Consta de 10 apartados; los cinco primeros califican obsesiones y los restantes (6-10) compulsiones. Cada apartado se califica de 0 a 4 puntos, donde 0 manifiesta que no existen síntomas y 4 es para una sintomatología extrema (Goodman et al., 1989).

Puntuaciones totales en esta escala de 0-7 indican un TOC subclínico, de 8 a 15 un TOC leve, de 16 a 23 moderado, de 24 a 31 grave y por último de 32 a 40 refleja un TOC extremo (Nicolini, 1996).

La Y-BOCS tiene también un listado de las obsesiones y compulsiones más frecuentemente descritas, con el propósito de facilitar al clínico la detección de las obsesiones y compulsiones "blanco", que se enumeran por separado (Nicolini, 1997).

Además, la escala cuenta con otra serie de apartados, los que hasta el momento actual, carecen de evidencia que apoye su confiabilidad y validez (11 al 16). Estos valoran aspectos como: 11) introspección para las obsesiones y compulsiones, 12) evitación, 13) grado de indecisión, 14) sentido de responsabilidad sobrevaluado, 15) enlentecimiento patológico y 16) duda patológica (Nicolini, 1997).

Por último, los apartados 17 al 19 miden: 17) gravedad global del padecimiento, calificada por el clínico con un puntaje de 0 a 6, en donde 6 es gravedad extrema; 18) mejoría global, que mide mejoría total a partir de la evaluación inicial, de 0 a 6 puntos y 19) confiabilidad, que se basa en el criterio del clínico (Nicolini, 1997).

Los 19 reactivos se evalúan, pero sólo los reactivos del 1-10 (excluyendo los reactivos 1b y 6b) se usan para determinar la puntuación final (Nicolini, 1997).

Debido a que hasta la fecha no se cuenta más que con datos limitados en cuanto a las propiedades psicométricas de los reactivos 1b, 6b y 11-16, éstos deben considerarse en fase de investigación hasta que se lleven a cabo investigaciones adecuadas de confiabilidad y validez (Nicolini, 1997).

4.6.2.2. Confiabilidad de la Y-BOCS.

Estudios de confiabilidad, en México, fueron desarrollados por Nicolini y cols. (1996), quienes se dieron primero a la tarea de traducir y adecuar la Y-BOCS a nuestro medio.

El estudio de confiabilidad se hizo en una muestra de once pacientes que fueron evaluados por cinco psiquiatras clínicos, previamente entrenados en la aplicación de la escala. Todas las entrevistas fueron grabadas en video y realizadas por diferentes evaluadores. A los pacientes a quienes se aplicó esta entrevista, fueron previamente diagnosticados por clínicos expertos, que no participaron en las entrevistas videograbadas (Nicolini, 1996).

Para evaluar la confiabilidad, Nicolini y cols. (1996), realizaron los siguientes análisis:

- a) Correlación interjueces: los puntajes otorgados por un juez, a cada uno de los once pacientes, se correlacionó por medio del coeficiente de correlación de Pearson, con los obtenidos por los otros jueces.
- b) Cálculo de la concordancia entre jueces: se calculó a partir de los puntajes totales de cada juez, utilizando el coeficiente de concordancia de Kendall.
- c) Consistencia interna: se calculó por medio del coeficiente α de Cronbach para cada uno de los jueces.

Las intercorrelaciones entre pares de jueces, estuvieron comprendidas en el valor de 0.95 a 0.99 (Nicolini y cols., 1996).

El cálculo del coeficiente de concordancia de Kendall resultó significativo ($W=0.903$; $P<0.05$). Los resultados de las α de Cronbach para cada juez estuvieron en un valor de 0.8714 a 0.9241. De esa forma, Nicolini y cols. (1996), concluyeron que los 10 reactivos de la Y-BOCS son un instrumento confiable para evaluar un amplio intervalo de severidad de síntomas obsesivo-compulsivos.

4.6.2.3. Validez de la Y-BOCS.

Los estudios de validez de la Yale-Brown fueron guiados por la consideración de que existen tres categorías de escalas de validez:

- **Validez de contenido.** Comprende una examinación del contenido de la prueba para determinar si efectivamente representa el fenómeno que se quiere medir (Anastasi, 1967).

El desarrollo de los reactivos de la Y-BOCS, se basó en los criterios para el trastorno obsesivo-compulsivo del DSM-III, la revisión de otras escalas y una extensa experiencia clínica de los autores (Goodman et al., 1983) con pacientes diagnosticados con TOC.

La forma final de la Y-BOCS, es el producto final de 6 meses, durante los cuales se piloteó en 40 pacientes con TOC, varias versiones preliminares y de las cuales se excluyó síntomas de depresión (Goodman et al., 1983).

- **Validez predictiva.** Es la habilidad de la escala para predecir la conducta bajo condiciones específicas (Anastasi, 1967).

Los autores de la Y-BOCS, consideran que este tipo de validez, puede ser difícil de analizar con esta prueba y con otras, debido a que las obsesiones son inaccesibles a la observación y muchos rituales son secretos (por ejemplo, el chequeo en silencio). Por lo tanto, se decidió no hacer estudios de validez predictiva sobre la escala Y-BOCS (Goodman et al., 1983).

- **Validez de constructo.** Es el grado en el que puede afirmarse que el instrumento mide un constructo o rasgo teórico (Anastasi, 1967). La aptitud académica, la comprensión mecánica, la fluidez verbal, la rapidez de la marcha, el neuroticismo y la ansiedad son algunos ejemplos de constructos (Anastasi, 1967).

Una de las formas con las que se analiza la validez de constructo, en lo que se refiere a un instrumento específico, es haciendo estudios de correlación con otros instrumentos similares, para así evidenciar que la "nueva" prueba mide aproximadamente la misma área general (Anastasi, 1967). Estas correlaciones deben ser moderadamente altas, pero no demasiado. Si la nueva prueba se correlaciona muy bien con cualquier otra ya disponible, sin agregar ventajas como la brevedad o facilidad de aplicación, entonces el nuevo instrumento es una duplicación innecesaria (Anastasi, 1967).

Para demostrar la validez de constructo, no basta con demostrar que una prueba tiene una correlación elevada con otras variables con las que en teoría debe hacerlo, sino también que no tiene una correlación significativa con variables de las que se supone debe diferir. Al primer proceso, se le llama validación convergente y al último validación discriminante (Anastasi, 1967).

En lo que se refiere a la validez convergente y discriminante de la Y-BOCS, los datos se estudiaron con base en un grupo de 81 pacientes que padecían TOC y los cuales fueron divididos en 3 grupos pequeños. Estos diferían en el grado de depresión secundaria presente: 1) pacientes con tratamiento de fluvoxamina (sujetos con más depresión) $n=16$; 2) pacientes con depresión media y que también fueron tratados con fluvoxamina, $n=45$ y 3) pacientes con tratamiento de clorimipramina (ningún deprimido) $n=20$ (Goodman et al., 1983).

La **validez convergente** de la Y-BOCS se analizó al estudiar su correlación con otras escalas, comúnmente usadas para la medición de la severidad del TOC: The National Institutes of Mental Health Global Obsessive Scale (NIMH-OC), The CGI-Obsessive Compulsive Scale (CGI-OCS) and The Maudsley Obsesional Compulsive Inventory -MOCI- (Goodman et al., 1983).

En promedio, en los tres grupos de tratamiento, arriba descritos, la Y-BOCS correlacionó altamente con la CGI-OCS ($r=.74$; $P<.0001$; $n=78$). Similarmente se encontró un alta convergencia con la NIMH-OC ($r=.67$; $P<.001$; $n=20$), en este caso sólo se estudió el grupo de tratamiento número 2 (Goodman et al., 1983).

En contraste, la MOCI no correlacionó consistentemente con ninguna de las otras pruebas, argumenta Goodman y cols. (1983), que tal vez, esto se deba a que la MOCI se focaliza más en algunos tipos de síntomas, específicamente, obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza/lavado. La correlación de la Y-BOCS con la MOCI fue $r=.53$ ($n=66$); $P<.0001$ (Goodman et al., 1983).

Para la **validez discriminante**, se correlacionó a la Y-BOCS con las escalas de Hamilton-Depresión (HAM-D) y Hamilton-Ansiedad [HAM-A] (Goodman et al., 1983). Los resultados son los siguientes:

[Y-BOCS – HAM-D] $r= .60$ ($n=80$) $P<.0001$.

[Y-BOCS – HAM-A] $r= .47$ ($n=79$) $P<.0001$.

De estos resultados, se observa una correlación baja con la escala de Hamilton-Ansiedad y en lo que respecta a la Y-BOCS y la HAM-D, la correlación es moderadamente alta, por lo que Goodman y cols. (1983), comentan que estas últimas dos escalas no nos ayudan a diferenciar el trastorno obsesivo-compulsivo de la depresión cuando se mide antes del tratamiento a pacientes con TOC y una

depresión mayor secundaria. Lo anterior se debe a que ambas escalas no son instrumentos diagnósticos y no se puede distinguir un padecimiento de otro, solamente tomando como base, la puntuación final de cualquiera de las dos escalas. Además, muchos reactivos de la HAM-D no son únicamente para la depresión mayor, ya que por ejemplo, muchos pacientes con TOC pueden manifestar problemas de energía, concentración o sueño como consecuencia de sus síntomas obsesivo-compulsivos (Goodman et al., 1983).

4.6.2.3.1. Sensibilidad a los cambios.

En primera instancia, en un grupo de 42 pacientes con TOC, dividido en grupo control (tratados con fluvoxamina) y placebo, fue medida la severidad del padecimiento a través de la aplicación de la Y-BOCS (Goodman et al., 1983).

Después de 8 semanas de tratamiento, se volvió a valorar a los pacientes, presentándose mayores cambios en el grupo control y los cuales fueron validados por un decremento en las puntuaciones finales de la Y-BOCS, llegando los autores, a la conclusión de que esta escala posee un alta sensibilidad para diferenciar un TOC severo de otro leve o moderado (Goodman y cols., 1983).

Por otra parte, en México, no se han realizado estudios de validez en lo que se refiere a la Y-BOCS (Nicolini, 1997).

4.7. Procedimiento.

Se aplicó a la muestra de 100 sujetos, que poseían el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, la sección K (Trastorno Obsesivo-Compulsivo) de la cédula de entrevista diagnóstica (DIS).

4.7.1 Aplicación del DIS.

El DIS es una entrevista altamente estructurada que contiene 263 reactivos en un protocolo de 73 páginas. Cubre el período de toda la vida y el episodio actual del trastorno. Las preguntas que contiene el DIS son totalmente cerradas y sólo acepta respuestas de sí o no (Nicolini, 2000).

Para su administración se ocupa sólo de 45 a 75 minutos (Nicolini, 2000).

La sección K (Trastorno Obsesivo-Compulsivo) del DIS, posee 23 reactivos, comienza por preguntar si el sujeto ha tenido pensamientos obsesivos, como por

ejemplo, el de tener las manos sucias o con gérmenes, o que le ocurra alguna desgracia a un familiar (que sea herido o muerto).

Posteriormente se cuestiona si los pensamientos obsesivos que poseen los sujetos, alguna vez los han considerado como irracionales o sin sentido, si los han tenido con persistencia y si esto fue por más de dos semanas.

También se les pregunta, si estos pensamientos han causado interferencia en su trabajo, en su vida o si propiciaron problemas con sus familiares.

Lo que sigue es cuestionar al sujeto, para ver si ha presentado algunas conductas compulsivas, y lo mismo que en las obsesiones, se observa si estas conductas se presentan por más de dos semanas, si se han considerado como irracionales, si se tenían que llevar a cabo a pesar de resistirlas o ignorarlas, y su interferencia con la vida del sujeto, al igual que se pregunta si el hacer esas cosas, ocupaba con frecuencia más de una hora diaria.

Al observar minuciosamente, esta sección K del DIS, es fácil observar que se evalúan todos los criterios diagnósticos que se establecen en el DSM-IV (A.P.A., 1994), para diagnosticar lo que es el trastorno obsesivo-compulsivo.

Los pacientes que fueron diagnosticados con TOC de la muestra de 100 sujetos, que poseían como primer diagnóstico el trastorno depresivo mayor, se les aplicó posteriormente la escala Yale-Brown.

4.7.2. Aplicación de la Yale-Brown.

Esta escala de medición se diseñó para calificar la gravedad y tipo de los síntomas en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. En general, las preguntas dependen de la información que suministra el paciente, aunque la calificación final se basa en el juicio clínico del entrevistador (Nicolini, 1997).

La intención de esta escala de medición es la de utilizarse como entrevista semiestructurada. El entrevistador debe aplicar los reactivos en el orden del listado y emplear las preguntas provistas. Sin embargo, el entrevistador está en libertad de hacer preguntas adicionales con el propósito de clarificar. Si el paciente proporciona información voluntariamente en cualquier momento de la entrevista, esta debe ser considerada (Nicolini, 1997).

Nicolini (1997), manifiesta que antes de proceder a las preguntas, es necesario definir para el paciente, los términos obsesiones y compulsiones, de la siguiente manera:

Obsesiones: son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos no deseados y molestos que repetidamente entran en la mente. Estos parecen presentarse en contra de la voluntad. Pueden resultar repugnantes, reconocerse como sin sentido y no van de acuerdo con la personalidad de la persona.

Compulsiones: son conductas o actos que el sujeto se siente impulsado a realizar, a pesar de que los reconoce como sin sentido y exagerados. En ocasiones, el individuo puede resistirse a llevarlos a cabo, pero esto resulta difícil. Es posible que se experimente ansiedad que no disminuye hasta que la acción concluye.

Luego, conviene que se proporcionen algunos ejemplos de obsesiones y compulsiones (Nicolini, 1997).

Un ejemplo de una obsesión es el pensamiento o impulso recurrente de causar un daño físico serio a sus hijos, a pesar de que nunca lo haría.

Un ejemplo de una compulsión es la necesidad de revisar repetidamente aparatos, llaves de agua y cerraduras antes de que pueda salir de la casa. La mayoría de las compulsiones son actos observables, mientras que algunas son actos mentales no observables como el checar en silencio o tener que recitar frases sin sentido, cada vez que se tiene un mal pensamiento.

Luego se pide al paciente que enumere las obsesiones y compulsiones actuales, de manera que se puede generar una lista de síntomas blanco, para ello se utiliza la lista EY-BOC de verificación de obsesiones y compulsiones (Nicolini, 1997).

Una vez que los tipos de obsesiones y compulsiones actuales se identifican, se organizan y se hace una lista. Posteriormente, se describen características sobresalientes de los síntomas, de manera que puedan rastrearse más fácilmente (por ejemplo, además de listar chequeo, se especifica que es lo que el paciente checa). Así, se focalizan los síntomas más destacados, que serán finalmente el foco principal de la evaluación (Nicolini, 1997).

Posteriormente, se evalúa uno por uno todos los ítems de la escala; haciendo énfasis en que el puntaje final de cada reactivo debe reflejar una medición compuesta de todas las obsesiones y compulsiones del paciente (Nicolini, 1997).

4.8. Análisis estadístico de datos.

En primera instancia, se determinó el porcentaje de cuantos pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor presentaban un trastorno obsesivo-compulsivo, lo cual es el objetivo básico de la investigación, con la finalidad de demostrar que este último trastorno es muchas veces subdiagnosticado.

De los pacientes que presentaban el TOC, se calculó su promedio de edad, promedio de años de estudio, la edad promedio de inicio del TOC, su tipo de religión y porcentaje, y también el porcentaje de sujetos que han consumido drogas o que hayan tenido problemas de alcoholismo.

Por último, se calculan el número de sujetos que presentaban determinados tipos de obsesiones y compulsiones y su porcentaje, lo cual sirvió para compararlo con investigaciones que se han realizado anteriormente.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

De la muestra de 100 sujetos con trastorno depresivo mayor a los que se les aplicó el DIS, 14 de ellos fueron diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo.

De estos 14 sujetos con TOC, 11 son mujeres y 3 hombres, su promedio de edad es de 26 años 9 meses, con un rango de 18 a 43 años.

Su promedio de años de estudio es de 11 años, con un rango que va de 9 a 15 años de educación.

La edad promedio de inicio del trastorno obsesivo-compulsivo es de 19 años 9 meses y el rango aquí, es de los 10 a los 38 años.

De estos 14 sujetos, 1 sujeto (hombre) había tenido problemas de alcoholismo y lo mismo es en el caso de las drogas, donde sólo 1 sujeto (mujer) consumía marihuana, en ambos casos el promedio es mínimo, 7.14%.

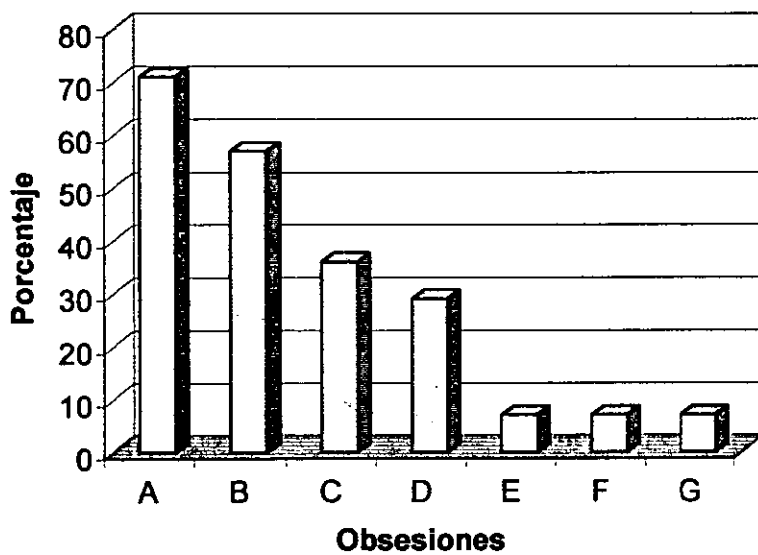
En lo referente a la religión se encontró lo siguiente:

Religión	No. de sujetos	Porcentaje
Católica	11	78%
Cristiana	1	7.14%
Ateo	2	14.28%

Y por último, estos son los resultados que se encontraron con base en las frecuencias de obsesiones y compulsiones, tomando en cuenta que algunos pacientes presentaban sólo una obsesión y compulsión. En cambio, otros presentaban dos o más tipos de obsesiones y compulsiones.

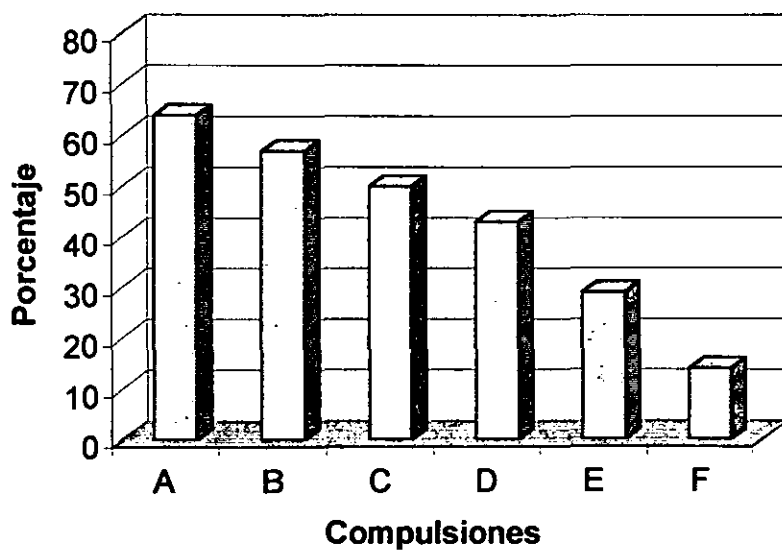
Frecuencia y tipo de obsesiones

Clave	Obsesión	No. de sujetos	Porcentaje
A	Contaminación	10	71%
B	Somáticas	8	57%
C	Agresión	5	36%
D	Varias	4	29%
E	Sexuales	1	7%
F	Simetría	1	7%
G	Religiosas	1	7%



Frecuencia y tipo de compulsiones

Clave	Compulsión	No. de sujetos	Porcentaje
A	Limpieza/lavado	9	64%
B	Guardar/coleccionar	8	57%
C	Contar	7	50%
D	Revisar	6	43%
E	Varias	4	29%
F	Ordenar/arreglar	2	14%



CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

La finalidad básica de esta investigación, era determinar qué porcentaje de una población de 100 sujetos con trastorno depresivo mayor presentaba un trastorno obsesivo compulsivo, dados los altos índices de comorbilidad de ambos trastornos.

El resultado fue del 14%, de lo cual podemos deducir, que este es satisfactorio, para las expectativas que se plantearon en la hipótesis de trabajo.

Con lo anterior, se demuestra lo que afirma Nicolini (1997), que el trastorno obsesivo-compulsivo muchas veces se subdiagnostica, incluso por los profesionales de la salud mental, y por lo tanto, se apoya la idea, de que es necesario que se realicen campañas que propicien el diagnóstico de este trastorno.

El resultado anterior, nos lleva también a decir, que muchos pacientes que presentan un TOC, pudieran estar recibiendo un tratamiento inadecuado, debido a su mal diagnóstico, y a que mucha de su sintomatología no es tomada en consideración. En este caso, son 14 pacientes a los cuales no se les considera sus obsesiones y compulsiones, que tantos problemas les ocasionan.

Berlanga (1993), expresa que los pacientes que presentan un trastorno depresivo mayor acompañado de otro trastorno conjunto, tienen menos posibilidades de alcanzar un buen mejoramiento, en comparación con los que no presentan dos padecimientos al mismo tiempo. De aquí, podemos deducir que los pacientes que presentan una comorbilidad de TOC y trastorno depresivo mayor, no poseen un buen pronóstico, y aunado a como se indica arriba, de que el TOC no es tomado en consideración, el problema se toma aún más complejo para estas personas.

Los resultados en lo que respecta al comienzo de la enfermedad, en esta investigación es alrededor de los 19 años, en si es parecida a lo que establecen otras investigaciones (Neziroglu y cols. 1994; Nicolini, 1992).

Neziroglu y cols. (1994), afirman que son pocos los pacientes de TOC que presentan problemas de alcoholismo y drogadicción en comparación con la población en general y lo anterior concuerda con los hallazgos de esta investigación, donde sólo dos sujetos padecían de estos problemas. Un sujeto (hombre) había tenido problemas de alcoholismo años antes y el otro sujeto (mujer) presentaba actualmente problemas de drogadicción, específicamente consumía marihuana.

En lo que respecta a la religión, encontramos que el 78% de los 14 sujetos con TOC practicaba el catolicismo y sólo el 14% se consideran ateos. Por su parte, Neziroglu y cols. (1994), afirman que existe un elevado índice de pacientes con TOC que son ateos, lo cual no fue corroborado por esta investigación y se puede pensar que este resultado es debido a la gran influencia que mantiene la iglesia católica en México.

Nicolini (1992), encontró que el promedio de años de estudio de una muestra de 27 pacientes con TOC era de 12 años, lo cual es elevado en comparación con la población en general (6 años), y en lo que respecta a esta investigación se encontró el promedio de 11 años de educación.

De Silva y Rachman (1995), desechan la hipótesis de que los pacientes con TOC, en general posean un nivel académico mayor en comparación con la población en general, pero los hallazgos citados arriba, sugieren que se pudieran hacer investigaciones al respecto.

En tanto, los resultados en lo que se refiere a la frecuencia de obsesiones y compulsiones concuerda con las investigaciones de Nicolini (1992) y las de Rasmussen y Tsuang (1984), donde señalan que las obsesiones más frecuentes se refieren a las de contaminación y las somáticas, y las compulsiones más frecuentes son las de limpieza/lavado.

Lo interesante de esta investigación es que se encontró un elevado índice de pacientes que sufren de la compulsión de guardar/coleccionar. A manera de comentario, algunos sujetos manifestaban que guardan cualquier cosa como una tuerca, un clavo, un palito, envolturas de chicles o galletas, cajitas, revistas o cualquier cosa que se encontraran tirada.

Una observación hecha con bastante frecuencia en los sujetos con TOC, de este estudio, es que ellos manifestaban el haberse presentado a consulta, la mayoría de las veces debido a sus problemas de depresión, lo cual es muy enfatizado por algunos autores como Nicolini (1997). Lo anterior, pudiera estar jugando un papel importante, en el hecho de que el TOC sea subdiagnosticado. Como nota adicional, en este investigación se vio que algunos pacientes escondían su sintomatología obsesivo-compulsiva, porque pensaban que se les calificaría de "locos", tal y como afirma la OC & Spectrum Disorder Association (1999).

Al hacer la revisión teórica, y específicamente de los aspectos bioquímicos de los dos trastornos aquí estudiados, vemos como la serotonina (5-HT), influye notablemente en la etiología de ambos padecimientos. El mecanismo de acción de este neurotransmisor, no se conoce con certeza, pero de lo que se puede estar seguro, es de que biológicamente, tanto el trastorno obsesivo-compulsivo como el trastorno depresivo mayor, tienen mucho en común.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

De acuerdo al marco teórico expuesto, a la investigación realizada y los resultados obtenidos se puede concluir que:

Se acepta la hipótesis de trabajo que dice: "Un alto porcentaje de los pacientes que son diagnosticados con trastorno depresivo mayor, presentan también trastorno obsesivo-compulsivo".

De lo anterior, se deduce que ambos trastornos presentan un alto porcentaje de comorbilidad, y lo interesante, es observar y reafirmar el hecho de que el trastorno obsesivo-compulsivo es altamente subdiagnosticado.

Lo arriba señalado, es algo importante, por que si aceptamos la hipótesis de Nicolini (1997), de que en México cerca de 3 millones de personas padecen de TOC, estamos diciendo que un gran número de la población esta padeciendo este problema, y al no ser diagnosticados de manera correcta los pocos que asisten a recibir tratamiento profesional, podemos deducir que muchos de ellos no reciben el tratamiento adecuado.

Aún cuando en los sujetos con trastorno depresivo mayor, se pueden observar múltiples problemas, dado que como expresa Salamonovitz (1999), puede haber problemas de drogadicción encubiertos, u otros problemas como en el trabajo, matrimonio o pérdidas importantes para el sujeto, incluso deseos narcisistas que conducen a la depresión (Bleicmar, 1997), en esta investigación sólo se centra el interés en la relación que existe entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno obsesivo-compulsivo.

En realidad, el interés más básico, era conocer algo más sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, lógicamente es algo muy pequeño dentro del gran universo de cosas que se pudieran investigar sobre este trastorno o cualquier otro, pero en algo se contribuye, aunque sea en mínima parte.

Por otro lado, al hacer una revisión de esta investigación, es fácil de observar, que está sumamente influenciada por las propuestas del Dr. Humberto Nicolini, de lo cual no queda ninguna duda. Esto se debe, a que en México, Nicolini es de los pocos investigadores dedicados al trastorno obsesivo-compulsivo, de tal forma que la mayor parte de las ideas esenciales de este trabajo, provienen de él.

De los estudios bioquímicos, aquí resumidos, en lo que respecta al TOC y al trastorno depresivo mayor, se vio que el sistema serotoninérgico no funciona adecuadamente en ambos padecimientos. La naturaleza precisa aún no se ha determinado.

El mismo Nicolini (1995), plantea que algunos de los retos, con relación al TOC, son: desarrollar más y mejores pruebas que evidencien de una manera más clara el papel que desempeñan los neurotransmisores en la fisiopatología del TOC, así como el perfeccionamiento de técnicas genéticas y de biología molecular, además de estudios de imagen, en lo cual se está de acuerdo.

Para finalizar, se cita lo que Freud (1909), decía al exponer "Análisis de un caso de neurosis obsesiva":



"En tales circunstancias no queda más posibilidad que comunicar las cosas tan imperfectas e incompletamente como las sabemos y podemos hacerlas públicas. Los fragmentos de conocimiento, trabajosamente extraídos, que aquí ofrecemos, podrían parecer poco satisfactorios, pero la labor de otros investigadores se enlazará a ellos, y el esfuerzo común podrá conseguir aquello que para uno sólo es quizá demasiado arduo".

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (1994): Statcal manual of mental disorders. Washington, D.C. : A.P.A.
- Anastasi, A. (1967): Tests psicológicos. Madrid: Selecciones gráficas.
- Berlanga, C. (1993): La comorbilidad en los trastornos depresivos. Salud Mental. 16 (1) 1-9.
- Bleicmar, H. (1997): Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: Paidós.
- Bravo, M., Canino, G.J. y Bravo, H. (1987): El DIS en español: su traducción y adaptación en Puerto Rico. Acta psiquiát. Psicol. Amér. Lat.. 33 27-42.
- Burnam, M., Karno, M., Hough, R., Escobar, J. and Forsythe, A. (1983): The Spanish Diagnostic Interview Schedule. Arch Gen Psychiatry. 40 1189-1196.
- Carlson, N. (1999): Fisiología de la Conducta. España: Editorial Ariel S.A.
- Chávez, E. (1998): Trastornos depresivos. PAC. Psiquiatría 1. 4 (1) 7-70.
- Coordinación de Salud Mental (2000): Lineamientos generales para la prestación de servicios de salud mental en el primer nivel de atención. Secretaría de Salud. México.
- Coordinación de Salud Mental (2001): Centro Comunitario de Salud Mental "San Pedro Zacatenco". Secretaría de Salud. México.
- Delgado, P., Chamey, D., Price, L., Aghajanian, G., Landis, H. and Heninger, G. (1990): Serotonin function and the mechanism of antidepressant action: Reversal of antidepressant induced remission by rapid depletion of plasma tryptophan. Archives of General Psychiatry. 47 411-418.
- De Silva, P. y Rachman, S. (1995): Trastorno obsesivo-compulsivo. Los hechos. Bilbao: Zeta, S.L.
- Fenichel, O. (1986): Teoría psicoanalítica de las neurosis. México: Paidós.
- Freud, S. (1909): Análisis de un caso de neurosis obsesiva. Obras completas. Tomo II. (López Ballesteros, Trad.) Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1895): Obsesiones y fobias. Obras completas, Vol. III. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1914): Duelo y melancolía. Obras completas, Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

Goodman, W., Price, L.H., Rasmusen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G., and Carney, D.S. (1989): The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Arch Gen Psychiatry. 46 1012-1016.

Greenber, P., Stiglin, E. and Finkelstein, S. (1990): The economic burden of depression in 1990. J Clin Psychiatry. 54 405-418.

Grohol, J. (1999): Obsessive-Compulsive Disorder. (En línea). <http://mentalhelp.net/articles/grohol/ocd.htm>. (consulta: 25 de septiembre del 2000).

Hanna, G., Yuwiler, A. and Cantwell, P. (1991): Whole blood serotonin in juvenile obsessive-compulsive disorder. Biol Psy. 29 738-744.

Hoen-Saric, R., McLeod, D. and Zimmerli, W. (1993): Symptoms and physiologic manifestation in obsessive-compulsive patients before and after treatment with clomipramine. J Clin Psy. 54 (7) 272-276.

Illescas, R. (2000): El diagnóstico del trastorno depresivo mayor. Boletín de Psiquiatría IMSS. 2 1-8.

Kaplan, I. H. y Sadock, B. (1989): Tratado de psiquiatría. España: Salvat editores.

Karno, M., Bumam, A., Escobar, J., Hough, R. and Eaton, W. (1983): Development of the Spanish-Language Version of the National Institute of mental Health Diagnostic Interview Schedule. Arch Gen Psychiatry. 40 1183-1188.

Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1994): Diccionario de psicoanálisis. Colombia: Panamericana Formas e Impresos, S.A.

Maj, M. Sartorius, N. and Okasha, A. (1999). Obsessive Compulsive Disorder. WPA series. Evidence and Experience in Psychiatry. 4 39-41.

Meana, J. (1990): Neuroquímica de la depresión: una revisión de las alteraciones en los sistemas de neurotransmisión. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barcelona. 17 (7) 321-337.

Montgomery, S. and Zohar, J. (1999): Obsessive Compulsive Disorder. Londres: The Livery House.

- Narváez, G. (1989): Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.
- Neziroglu, F. Yaryura, J.A. Lemli, J. y Yaryura, R. (1994): Estudio demográfico del trastorno obsesivo-compulsivo. Acta Psiquiátrica psicológica para América Latina. 40 (3) 217-233.
- Nicolini, H. (1992): Estudio del paciente obsesivo-compulsivo en una muestra mexicana. Experiencia del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Salud mental. 15 (4) 1-11.
- Nicolini, H. (1995): Bases bioquímicas y tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo-compulsivo: experiencia del IMP en 70 pacientes. Salud Mental. 18 (1) 1-13.
- Nicolini, H., Herrera, K., Páez, F., Sánchez, M., Orozco, B., Loreido, G. y De la Fuente, J.R. (1996): Traducción al español y confiabilidad de la Escala Yale-Brown para el trastorno Obsesivo-Compulsivo. Salud mental. 19 13-16.
- Nicolini, H. (1997): Trastorno Obsesivo-Compulsivo. PAC Psiquiatría-1. 1 (2) 7-48.
- Nicolini, H. Orozco, B. y De la Fuente, J.R. (1995): Bases bioquímicas y tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo-compulsivo: experiencia del IMP en 70 pacientes. Salud mental. 18 (1) 1-13.
- Nicolini, H. (2000): Evaluación de la psicopatología. México: Ciencia y cultura Latinoamericana, S.A. de C.V.
- NIMH. (1999) How common is OCD?. (En línea). <http://www.nimh.nih.gov/publicat/ocd.cfm>. (Consulta: 25 de septiembre del 2000).
- OC & Spectrum Disorder Association. (1999) OCD. (En línea) <http://www.ocdhelp.org/>. (Consulta 25 de septiembre del 2000).
- Ramos, L., Caraveo, J., González, C. y Salgado, C. (1987): La Cédula de Entrevista Diagnóstica en México, comunicación preliminar. Psiquiatría. 3 (2) 133-142.
- Ramos, L., Caraveo, J., González, C. y Sánchez, J.J. (1988): Confiabilidad de la Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS) en pacientes psiquiátricos mexicanos. Salud mental. 11 (1) 48-54.
- Rasmussen, S. and Tsuang, M. (1984): The epidemiology of obsessive-compulsive disorder. J. Clin Psychiatry. 45 450-457.

Rasmussen, S. and Eisen, J. (1992): The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. Psychiatr Clin. North Am. 14 743-758.

Robins, L., Helzer, J. and Croughan, J. (1981): National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. Arch Gen Psychiatry. 38 381-389.

Salamonovitz, A. (1999): Del silencio a la palabra. México: Círculo Psicoanalítico Mexicano.

Stoudemire, A., Frank, R. and Hedemark, N. (1986): The economic burden of depression. Gen Hosp Psychiatry. 8 387-394.

APÉNDICE

SECCION K (TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO) DEL DSM.

OBS341 OBSIC02	K1	<p>Ahora quisiera preguntarle si alguna vez le han molestado continuamente ciertos pensamientos desagradables. Un ejemplo sería la idea persistente de que sus manos están sucias o tienen gérmenes o que familiares que están lejos hayan sido heridos o muertos.</p> <p>¿Alguna vez ha tenido algún tipo de pensamiento desagradable como estos, cuando no era lógico tenerlos?</p>	<p>NO... (SALTE A K6).....1</p> <p>SI.....5</p>	/72																				
DESIC04	K2	<p>¿Este fue sólo por un periodo corto o le molestó una y otra vez por un periodo de al menos dos semanas?</p>	<p>MEHOS DE DOS SEMANAS (SALTE A K6).....1</p> <p>DOS SEMANAS O MAS.....5</p>	/73																				
OBS346 OBSIC01	K3	<p>¿Podría darne un ejemplo del tipo de pensamientos que le molestaban?</p> <p>Ej: _____</p> <p>EL EJEMPLO DESCRIBE EXCLUSIVAMENTE</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. SENTIMIENTOS DE CULPA?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: right;">/74</td> </tr> <tr> <td>2. PREOCUPACIONES ACERCA DE LA FORMA CORPORAL, PESO O COMIDA?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: right;">/75</td> </tr> <tr> <td>3. PREOCUPACIONES ACERCA DE OBTENCION, USO O RECUPERACION DE LOS EFECTOS DE DROGAS u OTRAS SUSTANCIAS?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: right;">/76</td> </tr> <tr> <td>4. ALGUNA COMBINACION DE 1-3</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: right;">/77</td> </tr> </tbody> </table> <p>ENTREVISTADOR: SI SE CODIFICO ALGUN 5, SALTE A K6.</p>		NO	SI		1. SENTIMIENTOS DE CULPA?	1	5	/74	2. PREOCUPACIONES ACERCA DE LA FORMA CORPORAL, PESO O COMIDA?	1	5	/75	3. PREOCUPACIONES ACERCA DE OBTENCION, USO O RECUPERACION DE LOS EFECTOS DE DROGAS u OTRAS SUSTANCIAS?	1	5	/76	4. ALGUNA COMBINACION DE 1-3	1	5	/77		
	NO	SI																						
1. SENTIMIENTOS DE CULPA?	1	5	/74																					
2. PREOCUPACIONES ACERCA DE LA FORMA CORPORAL, PESO O COMIDA?	1	5	/75																					
3. PREOCUPACIONES ACERCA DE OBTENCION, USO O RECUPERACION DE LOS EFECTOS DE DROGAS u OTRAS SUSTANCIAS?	1	5	/76																					
4. ALGUNA COMBINACION DE 1-3	1	5	/77																					
OBSIC02	K4	<p>¿Cree Ud. que esos pensamientos eran irracionales o sin sentido?</p>	<p>NO... (SALTE A K6)....1</p> <p>SI.....5</p>	/78																				
OBS342 OBSIC03	K5	<p>¿Le seguían viniendo estos pensamientos irracionales a su mente, una y otra vez a pesar de los esfuerzos que Ud. hacía por deshacerse de ellos o ignorarlos?</p> <p>SI CODIFICO 5, SALTE A K19</p>	<p>SI: 1 2 5</p>	/79																				

DS221 DS1C22	K6	Otros ejemplos de pensamientos desagradables sería la idea persistente de que Ud. podría hacer daño o causar la muerte de algún ser querido, aun cuando Ud. realmente no quisiera hacerlo. O Ud. pudiera haber tenido pensamientos que lo(s) avergonzarán, pero que no podía sacar de su mente. ¿Alguna vez ha sido molestad(a) por estos o algún otro pensamiento desagradable y persistente?	NO... (SALTE A K16)...1 SI.....5	FIN DS/80	
DS1C24	K7	¿Fue esto por un tiempo corto o le seguían viniendo estos pensamientos a su mente durante un periodo de al menos dos semanas?	MEJOS DE DOS SEMANAS (SALTE A K16)...1 DOS SEMANAS O MAS...5	/01	
DS324 DS1C31	K8	¿Podría darnos un ejemplo del tipo de pensamientos que le molestaban?			
EJ: _____					
EL EJEMPLO DESCRIBE EXCLUSIVAMENTE:					
			NO	SI	
		1. SENTIMIENTOS DE CULPA?	1	5	/02
		2. PREOCUPACIONES ACERCA DE LA FORMA CORPORAL, PESO O COMIDA?	1	5	/03
		3. PREOCUPACIONES ACERCA DE OBTENCION, USO O RECLUPERACION DE LOS EFECTOS DE DROGAS U OTRAS SUSTANCIAS?	1	5	/04
		4. ALGUNA COMBINACION DE 1-3	1	5	/05
ENTREVISTADOR: SI CODIFIC 5 EN 1-4 SALTE A K16.					
DS1C26	K9	¿Cree Ud. que esos pensamientos eran irracionales o sin sentido?	NO... (SALTE A K16)...1 SI.....5	/06	
DS324 DS1C33	K10	¿Le seguían viniendo estos pensamientos irracionales a su mente, una y otra vez a pesar de los esfuerzos que Ud. hacía por deshacerse de ellos o ignorarlos?	SON: 1 2 3	/07	
SI NO CODIFIC 5, SALTE A K16					
DS328 DS1C3C	K11	¿Le molestaban o molesto estos pensamientos por mas de una hora seguida?	NO.....1 SI.....5	/08	
DS328 DS1C3C	K12	Pensar acerca de estos ideas, ¿interfirió con su vida o trabajo, o le causó problemas con sus familiares o amigos o le molestó en gran medida?	NO.....1 SI.....5	/09	

K13 INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. fue incapaz de sacar de su mente un pensamiento desagradable como éste?

INI:	1	2	3	4	5	6		/10
EDAD INI:							/	/12
REC:	1	2	3	4	5	6		/13
EDAD REC:							/	/15

COMP3R1 COMP3R5 CONICDB1	K14	Algunas personas tienen la desagradable sensación de tener que hacer algo una y otra vez, aunque saben que en realidad es una tontería, pero no pueden resistir hacerlo. Por ejemplo, lavarse las manos repetidas veces para asegurarse que han cerrado la puerta o apagado la estufa. ¿Alguna vez ha tenido que hacer algo así una y otra vez? SI CODIFICO 5, PREGUNTE POR EJEMPLO. Ej: _____	SON:	1	2		5		/16
COMP3R1 CONICDB2	K15	¿Hubo alguna ocasión en que sintió que tenía que hacer algo en un cierto orden, por ejemplo, vestirse, y que tenía que empezar todo de nuevo si se equivocaba en el orden establecido? SI CODIFICO SON 5, PIDA UN EJEMPLO. Ej: _____	SON:	1	2		5		/17
COMP3R1 COMP3R5 CONICDB1	K16	¿Alguna vez ha habido un período de varias semanas en el cual sintió que tenía que contar algo, sin poder evitarlo aunque creyera, por ejemplo, contar los cuadros de un piso de baldosas? SI CODIFICO SON 5, PIDA EJEMPLO: Ej: _____	SON:	1	2		5		/18
	K17	ENTREVISTADOR: ¿SE CODIFICARON SON 5 LAS PREGUNTAS K14 O K15 O K16?	NO... (SALTE A L19)...1 SI.....5						/19
COMP3RA CONICDB2	K18	Ud. mencionó que (MENCIONE EJEMPLOS K14-K15-K16). ¿Puede Ud. que esos(s) conducta(s) fueran innecesarias o irrelevantes? NO... (SALTE A L19)...1 SI.....5							/20
CONICDB3	K19	¿Tiene que hacer esas cosas una y otra vez, a pesar de sus esfuerzos por deshacerse de ellas, ignorarlas o resistirlas? NO... (SALTE A L19)...1 SI.....5							/21

COMP348 CONICDC	K20	El hacer estas cosas ¿interfirió con su vida o trabajo, o le causó dificultades con familiares o amigos o le molestó en gran medida?	NO... (SALTE A 61)...1 SI.....5	/22
COMP348 CONICDA	K21	¿Tuvo que hacer alguna de esas cosas la mayoría de los días por un período de al menos dos semanas?	NO.....1 SI.....5	/23
COMP348 CONICDC	K22	¿Cuándo Ud. hacía esas cosas, le tomaban con frecuencia más de una hora diaria?	NO.....1 SI.....5	/24
	K23	INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez que Ud. tuvo que (EJEMPLOS EN K14, K15 ó K16).	INI: 1 2 3 4 5 6 EDAD IN: _____ REC: 1 2 3 4 5 6 EDAD REC: _____	/25 /27 /28 /30

ESCALA YALE-BROWN PARA TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO
(EY-BOC).

LISTA DE SÍNTOMAS BLANCO

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA _____

OBSESIONES

1. _____
2. _____
3. _____

COMPULSIONES

1. _____
2. _____
3. _____

EVITACIÓN

1. _____
2. _____
3. _____

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DE EY-BOC

Constata todo lo que corresponda, pero marque los síntomas principales con una "P". (El evaluador debe detectar si las conductas informadas son síntomas genuinos del TOC y no síntomas de otros trastornos como fobia simple o hipocondriasis. Los reactivos señalados con un "*" pueden o no formar parte del TOC).

OBSESIONES DE AGRESIÓN

Temor de lastimarse a sí mismo

PRESENTE _____ PASADA _____

Temor de lastimar a los demás

PRESENTE _____ PASADA _____

Imágenes horribles o violentas

PRESENTE _____ PASADA _____

Temor a expresar repentinamente obsesiones o insultos

PRESENTE _____ PASADA _____

Temor de hacer algo fuera de lugar

PRESENTE _____ PASADA _____

Temor de actuar de acuerdo con impulsos indeseables

PRESENTE _____ PASADA _____

Temor de robar cosas

PRESENTE _____ PASADA _____

Temor de dañar a otros por no ser suficientemente cuidadoso

PRESENTE _____ PASADA _____

Temor de ser responsable de que algo terrible pueda pasar

PRESENTE _____ PASADA _____

Otras

PRESENTE _____ PASADA _____

OBSESIONES DE CONTAMINACIÓN

Preocupación o repugnancia por desechos o secreciones del cuerpo (p. ej., orina, heces, saliva)

PRESENTE _____ PASADA _____

Preocupación por suciedad o gérmenes

PRESENTE _____ PASADA _____

Preocupación excesiva por contaminantes ambientales (asbestos, radiaciones, desechos tóxicos)

PRESENTE _____ PASADA _____

Preocupación excesiva por artículos domésticos de limpieza (blanqueadores, solventes)

PRESENTE _____ PASADA _____

Preocupación excesiva por animales (p. ej., insectos)

PRESENTE _____ PASADA _____

Se molesta por sustancias pegajosas o residuos

PRESENTE _____ PASADA _____

Preocupación de enfermarse por contaminantes

PRESENTE _____ PASADA _____

Preocupación de enfermar a otros por esparcir contaminantes (agresivo)

PRESENTE _____ PASADA _____

No se preocupa por las consecuencias de la contaminación, a menos que lo afecten directamente

PRESENTE _____ PASADA _____

Otros

PRESENTE _____ PASADA _____

OBSESIONES SEXUALES

Pensamientos, imágenes o impulsos sexuales prohibidos o perversos

PRESENTE _____ PASADA _____

El contenido incluye niños o incesto

PRESENTE _____ PASADA _____

El contenido es homosexual*

PRESENTE _____ PASADA _____

Conducta sexual hacia otros (agresiva)*

PRESENTE _____ PASADA _____

Otros

PRESENTE _____ PASADA _____

OBSESIONES DE ATESORAR/COLECCIONAR

Distinguir entre los pasatiempos y el interés por objetos con valor económico o sentimental

PRESENTE _____ PASADA _____

OBSESIONES RELIGIOSAS (escrupulosidad)

Preocupación con sacrilegios y blasfemias

PRESENTE _____ PASADA _____

Preocupación excesiva con lo debido y lo indebido, y con la moralidad

PRESENTE _____ PASADA _____

OBSESIONES CON LA NECESIDAD DE SIMETRÍA Y EXACTITUD

Acompañadas por pensamiento mágico (p. ej., preocupación de que la madre tenga un accidente, a menos que las cosas se encuentren en el lugar correcto)

PRESENTE _____ PASADA _____

No acompañadas por pensamiento mágico

PRESENTE _____ PASADA _____

OBSESIONES VARIAS

Necesidad de saber o recordar

PRESENTE _____ PASADA _____

Temor a decir ciertas cosas

PRESENTE _____ PASADA _____

Temor a no decir las cosas correctamente

PRESENTE _____ PASADA _____

Temor de perder las cosas

PRESENTE _____ PASADA _____

Imágenes intrusivas (no violentas)

PRESENTE _____ PASADA _____

Sonidos, palabras o música intrusivos y sin sentido

PRESENTE _____ PASADA _____

Perturbado por ciertos sonidos/ruidos

PRESENTE _____ PASADA _____

Números de buena y mala suerte
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Colores con significado especial
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Miedos supersticiosos
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Otros
 PRESENTE _____ PASADA _____

OBSESIONES SOMÁTICAS

Preocupaciones con enfermedades o padecimientos
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Preocupación excesiva por alguna parte del cuerpo o por la apariencia (dismorfofobia)*
 PRESENTE _____ PASADA _____

COMPULSIONES DE LIMPIEZA/LAVADO

Lavado de manos excesivo o ritualizado
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Baño, lavado de dientes, arreglo personal excesivo o ritualizado o rutinas para hacer sus necesidades
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Se incluyen en la limpieza utensilios domésticos u otros objetos inanimados
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Otras medidas para eliminar el contacto con contaminantes
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Otras
 PRESENTE _____ PASADA _____

COMPULSIONES DE REVISAR

Revisar cerraduras, estufa, aparatos, etc.
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Revisar que no hizo/hará daño a otros
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Revisar que no se hizo/hará daño a sí mismo
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Revisar que nada terrible ocurrió/ocurrirá
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Revisar que no se hayan cometido errores
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Revisiones ligadas a obsesiones somáticas
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Otras
 PRESENTE _____ PASADA _____

RITUALES DE REPETICIÓN

Releer o reescribir
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Necesidad de repetir actividades rutinarias (p. ej., entrar/salir por

la puerta, sentarse/pararse en la silla)
 PRESENTE _____ PASADA _____

Otros
 PRESENTE _____ PASADA _____

COMPULSIONES DE CONTAR
 PRESENTE _____ PASADA _____

COMPULSIONES DE ORDENAR/ARREGLAR
 PRESENTE _____ PASADA _____

COMPULSIONES DE GUARDAR/COLECCIONAR
 (Distinguir de los pasatiempos y del interés por objetos con valor sentimental o económico, como leer cuidadosamente la publicidad enviada por correo, amontonar periódicos viejos, rebuscar en la basura, coleccionar objetos inútiles)
 PRESENTE _____ PASADA _____

COMPULSIONES VARIAS
 Rituales mentales (otros diferentes a revisar/contar)
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Elaborar listas en exceso
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Necesidad de decir, preguntar o confesar
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Necesidad de tocar, acariciar y frotar*
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Rituales que incluyen parpadéo y fijar la mirada*
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Medidas para prevenir daño a sí mismo
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Medidas para prevenir daño a otros
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Medidas para prevenir consecuencias terribles
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Conductas ritualizadas al comer
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Conductas supersticiosas
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Tricotilomanía
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Otras conductas de auto-daño o automutilación
 PRESENTE _____ PASADA _____
 Otras
 PRESENTE _____ PASADA _____

ESCALA YALE-BROWN PARA TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (EY-BOC). VERSIÓN EXTENSA

1. TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS

P: ¿Qué tanto de su tiempo es ocupado por pensamientos obsesivos?
(cuando las obsesiones aparecen como intrusiones breves e intermitentes puede ser difícil establecer el tiempo que ocupan en términos de horas totales. En estos casos, estime con qué frecuencia ocurren. Considere tanto el número de veces que las intrusiones aparecen como las horas del día que están afectadas)

P: ¿Con qué frecuencia aparecen los pensamientos obsesivos?
(esté seguro de excluir ruminaciones y preocupaciones, las cuales, a diferencia de las obsesiones, son egosintónicas y racionales pero exageradas)

0= Nunca

1= Poco, menos de 1 hora al día, o intrusión ocasional

2= Moderado, 1 a 3 horas/día o intrusión frecuente

3= Mucho, más de tres y hasta 8 horas/día o intrusiones muy frecuentes

4= Extremo, más de 8 horas/día o casi intrusión constante

1.b INTERVALOS LIBRES DE OBSESIONES (no se incluyen en el puntaje total)

P: En promedio, ¿cuáles es el número mayor de horas consecutivas que ha podido pasar libre de pensamientos obsesivos mientras se encontraba despierto? (si es necesario, pregunte: ¿Cuál ha sido el periodo de tiempo más largo en el que los pensamientos obsesivos se encontraron ausentes?)

0= Sin síntomas

1= Intervalos largos libres de síntomas, más de 8 horas consecutivas al día libres de síntomas

2= Intervalos relativamente largos libres de síntomas, más de 3 y hasta 8 horas consecutivas al día libres de síntomas

3= Intervalos cortos libres de síntomas, de 1 a 3 horas consecutivas al día libres de síntomas

4= Intervalos extremadamente cortos libres de síntomas, menos de una hora consecutiva al día libre de síntomas

2. INTERFERENCIA DEBIDA A PENSAMIENTOS OBSESIVOS

P: ¿En qué medida sus pensamientos obsesivos interfieren con su trabajo o su funcionamiento social (actividad)? ¿Hay algo

que usted no haga a causa de ellos? (si actualmente no está trabajando, estime en qué grado estaría afectado el desempeño del paciente si estuviese empleado)

0= Ninguna

1= Leve, discreta interferencia con actividades sociales y ocupacionales, sin afectar el desempeño global

2= Moderada, interferencia definitiva con el desempeño ocupacional y social, pero aún manejable

3= Grave, causa deterioro sustancial en el desempeño social u ocupacional

4= Extrema, incapacitante

3. MALESTAR ASOCIADO A PENSAMIENTOS OBSESIVOS

P. ¿Cuánto malestar le causan sus pensamientos obsesivos? (En la mayoría de los casos, malestar es igual a ansiedad; sin embargo, los pacientes pueden informar que sus obsesiones son molestas pero niegan ansiedad. Sólo califique la ansiedad que parece estar desencadenada por las obsesiones, no la ansiedad generalizada o la ligada a otros síntomas)

0= Ninguno

1= Leve, no muy molesto

2= Moderado, molesto pero aún manejable

3= Grave, muy molesto

4= Extremo, casi constante, malestar incapacitante

4. RESISTENCIA CONTRA LAS OBSESIONES

P. ¿Cuánto esfuerzo realiza para resistir a los pensamientos obsesivos? ¿Con qué frecuencia trata de desviar o modificar su atención en relación con estos pensamientos cuando entran en su mente? (Sólo califique el esfuerzo hecho para resistir, no el éxito o el fracaso en el control real de las obsesiones. La resistencia del paciente a sus obsesiones puede o no correlacionarse con su habilidad para controlarlas. Observe que esta pregunta no mide directamente la gravedad de los pensamientos intrusivos; más bien evalúa una manifestación de salud, por ejemplo, el esfuerzo que el paciente hace para contrarrestar las obsesiones por medios distintos a la evitación o realización de compulsiones. Por lo tanto, cuanto más trate de esforzarse por resistir, menos daño habrá en este aspecto de su funcionamiento. Existen formas de resistencia "activa y pasiva". A los pacientes que se encuentran en terapia conductual se los debe alentar para que contrarresten sus síntomas obsesivos sin luchar contra ellos (p. ej., "Sólo deje que sus pensamientos se presenten", oposición pasiva) o bien hacer que los pensamientos se presenten intencionalmente. Para el propósito de este reactivo considere el uso de estas técnicas conductuales como una forma de resistencia. Si las obsesiones son mínimas, el paciente puede no sentir la necesidad de resistirlas. En estos casos debe adjudicarse una calificación de "0")

- 0= Hace un esfuerzo para resistir siempre, o los síntomas son tan insignificantes que no necesita resistirlos activamente
- 1= Trata de resistir la mayor parte del tiempo
- 2= Hace algún esfuerzo para resistir
- 3= Cede a las obsesiones sin intentar controlarlas, pero esto lo hace con cierta aversión
- 4= De manera completa y voluntaria, cede a todas las obsesiones

5. GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS

P: ¿Cuánto control tiene sobre sus pensamientos obsesivos? ¿Qué tan exitoso es en detener o desviar su pensamiento obsesivo? ¿Puede eliminarlos? (En contraste con el reactivo anterior sobre resistencia, la habilidad del paciente para controlar sus obsesiones se relaciona en forma más estrecha con la gravedad de los pensamientos intrusivos)

0= Control completo

1= Mucho control, usualmente es capaz de detener o desviar obsesiones con algún esfuerzo y concentración

2= Moderado control, algunas veces es capaz de detener o desviar obsesiones

3= Poco control, rara vez tiene éxito en detener las obsesiones, sólo puede desviar la atención con dificultad

4= Sin control, experimentados como completamente involuntarios, pocas veces es capaz de desviar el pensamiento aun momentaneamente.

"Las siguientes preguntas tienen que ver con sus conductas compulsivas" (haga referencia específicamente a las compulsiones blanco)

6. TIEMPO OCUPADO EN LA REALIZACION DE CONDUCTAS COMPULSIVAS

P: ¿Cuánto tiempo emplea en realizar conductas compulsivas?

(Cuando los rituales que forman parte principal de las actividades de la vida diaria se encuentran presentes, pregunte:)

¿Cuánto tiempo más le toma completar sus actividades rutinarias a causa de sus rituales en relación con la mayoría de la gente? (Cuando las compulsiones aparecen como conductas breves e intermitentes, puede ser imposible determinar el tiempo empleado en realizarlas en términos de horas totales. En estos casos, estime el tiempo y determine la frecuencia con que éstas se realizan. Considere tanto el número de veces que se realizan las compulsiones como el número de horas del día que se afectan. Cunte por separado las conductas compulsivas, no el número de repeticiones; por ejemplo, un paciente que entra al baño 20 veces al día para lavarse las manos 5 veces rápidamente realiza compulsiones 20 veces al día, no $5 \times 20 = 100$. Pregunte:) ¿Con qué frecuencia realiza usted compulsiones? (En la mayoría de los casos las compulsiones son conductas observables, por ejemplo, lavado de

manos, pero hay ocasiones en las que las compulsiones no son observables, por ejemplo, revisar en silencio)

0= Nada

1= Poco: emplea menos de 1 hora/día realizando compulsiones o realiza conductas compulsivas de manera ocasional

2= Moderado: emplea de 1-3 horas/día realizando compulsiones o realización frecuente de conductas compulsivas

3= Mucho: emplea más de 3 y hasta 8 horas/día realizando compulsiones o muy frecuentemente realiza conductas compulsivas

4= Extremo: emplea más de 8 horas/día realizando compulsiones o realización casi constante de conductas compulsivas (muy numerosas para ser contadas)

6b. INTERVALO LIBRE DE COMPULSIONES (no se incluye en el puntaje total)

P: En promedio, ¿cuál es el mayor número de horas consecutivas al día que se encuentran completamente libres de conductas compulsivas? (Si es necesario pregunte:) ¿Cuánto es el mayor período de tiempo en que las compulsiones están ausentes?

0= Sin síntomas

1= Intervalos largos libres de síntomas, más de 8 horas consecutivas al día libres de síntomas

2= Intervalos moderadamente largos libres de síntomas, más de 3 y hasta 8 horas consecutivas al día libres de síntomas

3= Intervalos cortos libres de síntomas, de 1 a 3 horas consecutivas al día libres de síntomas

4= Intervalo libre de síntomas extremadamente corto, menos de una hora consecutiva al día libre de síntomas

7. INTERFERENCIA DEBIDA A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS

P: ¿En qué medida sus conductas compulsivas interfieren con su funcionamiento social o del trabajo (actividades)? ¿Hay algo que usted no haga debido a las compulsiones? (Si en la actualidad el paciente no está trabajando, determine en qué grado estaría afectado su desempeño si estuviera empleado)

0= Ninguna

1= Leve: discreta interferencia con actividades sociales y ocupacionales, pero el desempeño global no está alterado

2= Moderada: interferencia definitiva con el desempeño social u ocupacional, pero aún manejable

3= Grave, causa deterioro sustancial en el desempeño ocupacional y social

4= Extrema, incapacitante

8. MALESTAR ASOCIADO A CONDUCTA COMPULSIVA

P: ¿Cómo se sentiría si tuviera que prevenir la realización de sus compulsión(es)? ¿qué tan ansioso se pondría? (Califique el grado de malestar que el paciente experimentaría si la rea-

lización de su compulsión fuera repentinamente interrumpida, sin restaurar la confianza. En la mayoría, pero no en todos los casos, la ejecución de compulsiones reduce la ansiedad. Si a juicio del entrevistador la ansiedad se encuentra realmente disminuida al prevenir las compulsiones en la manera antes descrita, entonces pregunta: ¿Cuál es el grado de ansiedad que siente mientras ejecuta las compulsiones hasta que se completan a satisfacción?

0= Ninguno

1= Leve: sólo discretamente ansioso si se previenen las compulsiones o sólo discreta ansiedad durante la ejecución de las mismas

2= Moderado: informa que la ansiedad se incrementa, pero es aún manejable si las compulsiones se previenen, o que la ansiedad se incrementa pero permanece manejable durante la ejecución de las compulsiones

3= Grave: marcado y muy molesto incremento en la ansiedad si las compulsiones se interrumpen, o accentuado y muy molesto incremento en la ansiedad durante la realización de las mismas

4= Extremo: ansiedad incapacitante ante cualquier intervención que tenga por objetivo modificar la actividad, o la ansiedad incapacitante se desarrolla durante la ejecución de las compulsiones

9. RESISTENCIA EN CONTRA DE LAS COMPULSIONES

P: ¿Qué esfuerzo hace para resistir las compulsiones? (Sólo califique el esfuerzo realizado para resistir, no el éxito o fracaso en controlar las compulsiones. El grado de resistencia del paciente a sus compulsiones puede o no correlacionarse con su habilidad para controlarlas. Observe que esta pregunta no mide directamente la gravedad de las compulsiones; más bien evalúa una manifestación de salud, como el esfuerzo que el paciente realiza para contrarrestar las compulsiones. Así, a mayor grado de resistencia por parte del paciente, menor incapacidad en este aspecto de su funcionamiento. Si las compulsiones son mínimas, el paciente puede no sentir la necesidad de resistirlas. En estos casos debe otorgarse una calificación de "0")

0= Hace un esfuerzo para resistirse siempre, o los síntomas son tan insignificantes que no necesita resistirse activamente

1= Trata de resistir la mayor parte del tiempo

2= Hace algo de esfuerzo para resistir

3= Cede a casi todas las compulsiones sin intentar controlarlas, pero lo hace con alguna resistencia

4= Completa y voluntariamente cede a todas las compulsiones

10. GRADO DE CONTROL SOBRE LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS

P: ¿Cuál es la fuerza del impulso para realizar una conducta compulsiva? ¿qué tanto control tiene usted sobre las compulsio-

nes? (En contraste con la pregunta anterior acerca de la resistencia, la capacidad del paciente para controlar sus compulsiones se encuentra más estrechamente relacionada con la gravedad de las compulsiones)

0= Completo control

1= Mucho control: experimenta tensión para ejecutar la conducta, pero usualmente es capaz de ejercer control voluntario sobre ésta

2= Moderado control: fuerte tensión al ejecutar la conducta, puede controlarla sólo con dificultad

3= Poco control: impulso muy fuerte por ejecutar la conducta, debe llevarse a cabo hasta su finalización, sólo se puede retrasar con dificultad

4= Sin control: el impulso de ejecutar la conducta se experimenta como completamente involuntario y muy poderoso; rara vez es capaz de retrasar la actividad, aun momentáneamente

"Las preguntas restantes son tanto de obsesiones como de compulsiones. Algunas interrogan sobre problemas relacionados". Estos son reactivos de investigación que no se incluyen en el puntaje total del EYBOC, pero pudieran ser útiles al valorar estos síntomas.

11. INTROSPECCIÓN EN LAS OBSESIONES Y COMPULSIONES

P: ¿Piensa usted que sus preocupaciones y conductas son razonables? ¿qué piensa que pasaría si usted no ejecuta la(s) compulsión(es)? ¿está usted convencido de que pasaría realmente algo? (Califique la introspección del paciente hacia lo exagerado y sin sentido de sus obsesiones basado en la convicción expresada en el momento de la entrevista)

0= Excelente introspección: completamente racional

1= Buena introspección: realmente reconoce lo absurdo y exagerado de los pensamientos y conductas, pero no parece completamente convencido de que hay algo además de la ansiedad que debe ser considerado (p. ej., dudas persistentes)

2= Introspección regular: admite con resistencia que los pensamientos y conductas parecen irrazonables o exagerados, pero titubea. Puede tener algunos temores irrealistas, pero no convicciones fijas

3= Pobre introspección: mantiene que los pensamientos o conductas no son irrazonables o exagerados, pero reconoce la validez de la evidencia contraria (presencia de ideas sobrevaloradas)

4= Falta de introspección: delirante. Definitivamente convencido de que las preocupaciones y conductas son razonables, no responde a la evidencia contraria

12. EVITACIÓN

P: ¿Ha evitado usted hacer algo, ir a algún lugar o estar con alguien a causa de sus pensamientos obsesivos o a la preocupa-

ción de que ejecutara compulsiones? (Si la respuesta es sí, entonces pregunte: ¿Cuánto evita esto? (Califique el grado en que el paciente deliberadamente trata de evitar cosas. Algunas veces las compulsiones se diseñan para evitar el contacto con algo que el paciente teme. Por ejemplo, los rituales de lavado de ropa se caracterizarían como compulsiones, no como conducta evitativa. Si el paciente dejara de lavar la ropa, entonces constituiría una evitación)

0= Falta de evitación deliberada

1= Leve: evitación mínima

2= Moderada: algo de evitación, claramente presente

3= Grave: mucha evitación, evitación acentuada

4= Extrema: evitación muy extensa; el paciente hace casi todo lo que puede para evitar desencadenar los síntomas

13. GRADO DE INDECISIÓN

P: ¿Tiene problemas para tomar decisiones acerca de pequeñas cosas que otra persona no pensaría dos veces? (p. ej., ¿qué ropa ponerse en las mañanas? / qué tipo de cereal comprar?) (Excluya la dificultad para tomar decisiones que reflejen ruminaciones del pensamiento. También debe excluirse la ambivalencia en cuanto a la dificultad para efectuar elecciones de una manera racional)

0= Ninguna

1= Leve: algún problema para tomar decisiones acerca de pequeñas cosas

2= Moderada: libremente informa problemas significativos para la toma de decisiones que otros no pensarían dos veces

3= Grave: consideraciones continuas sobre los pros y contras acerca de aspectos irrelevantes

4= Extrema: incapaz de tomar cualquier decisión. Incapacitante.

14. SENTIDO DE RESPONSABILIDAD SOBREVALORADO

P: ¿Se siente muy responsable por las consecuencias de sus actos? / ¿tiende a culparse por el resultado de acontecimientos que no están completamente bajo su control? (Distinga de los sentimientos normales de responsabilidad, de minusvalía y culpa patológica. Una persona influenciada por la culpa se experimenta a sí mismo o a sus actos como malos o perversos)

0= No

1= Leve: sólo lo menciona al preguntársele, discreta sensación de sobrerresponsabilidad

2= Moderado: expresa las ideas espontáneamente y las tiene presentes con toda claridad; el paciente experimenta un sentido de sobrerresponsabilidad significativo por acontecimientos fuera de un control razonable

3= Grave: ideas marcadas y exageradas; muy preocupado de ser responsable por hechos que están claramente fuera de su control. Autoculpabilidad imaginada y casi irracional

4= Extremo: sentido delirante de responsabilidad (p. ej., si un temblor ocurre a 5000 km de distancia, el paciente se culpa a sí mismo porque no llevó a cabo sus compulsiones)

15. EXAGERADO ENLENTECIMIENTO/ALTERACIONES DE LA INERCIA

P: ¿Tiene usted dificultad en iniciar o terminar tareas? ¿le toman mucho más tiempo de lo que deberían sus actividades rutinarias? (Distinga de retardo psicomotor secundario a depresión. Califique cuánto tiempo más emplea en realizar sus actividades rutinarias, aun cuando obsesiones específicas no puedan identificarse)

0= No

1= Leve: retardo ocasional para iniciar o finalizar

2= Moderado: frecuente prolongación de las actividades rutinarias, pero las tareas usualmente se finalizan, aunque con retraso

3= Grave: exagerada y marcada dificultad para iniciar y completar tareas rutinarias, lo cual usualmente ocurre tarde

4= Extremo: incapaz de iniciar o finalizar tareas rutinarias sin ayuda

16. DUDA PATOLÓGICA

P: Después de concluir alguna actividad, ¿duda si la realizó correctamente? ¿llega incluso a dudar de si verdaderamente la realizó? ¿encuentra usted que no confía en sus sentidos cuando lleva a cabo actividades rutinarias? (p. ej., lo que ve, oye o toca)

0= No

1= Leve: sólo se menciona al preguntarlo, discreta duda patológica. Los ejemplos dados caen dentro del rango de la normalidad

2= Moderada: las ideas se refieren espontáneamente, claramente presentes en algunos comportamientos del paciente; el paciente se muestra molesto por la duda patológica significativa. Algún efecto en el desempeño pero aún manejable

3= Grave: incertidumbre acerca de las percepciones o la memoria como hechos más destacados; con frecuencia, la duda patológica afecta el desempeño

4= Extrema: incertidumbre acerca de las percepciones constantemente presente; la duda patológica afecta sustancialmente casi todas las actividades. Incapacitante (p. ej., el paciente asevera "mi mente no confía en lo que mis ojos ven")

(Los reactivos 17 y 18 se refieren a la gravedad global de la enfermedad. El evaluador requiere considerar la calificación global y no únicamente la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos)

17. GRAVEDAD GLOBAL

Juicio del entrevistador sobre gravedad total de la enfermedad del paciente. Califique a partir de 0 (sin enfermedad) a 6

(el paciente más gravemente afectado que se ha visto). (Considere el grado de molestia que comunica el paciente, los síntomas observados y el deterioro funcional informado. Su juicio se requiere tanto para evaluar estos datos como para considerar la confiabilidad o exactitud de los datos obtenidos. Este juicio se basa en la información que se consigue durante la entrevista)

- 0= Sin enfermedad
- 1= Enfermedad discreta, dudosa, transitoria, no hay deterioro funcional
- 2= Síntomas leves: poco deterioro funcional
- 3= Síntomas moderados: funciona con dificultad
- 4= Síntomas moderados a graves: funcionamiento limitado
- 5= Síntomas graves: funciona basicamente con ayuda
- 6= Síntomas extremadamente graves: no funciona

18. MEJORÍA GLOBAL

Califique la mejoría total presente en el momento actual A PARTIR DE LA EVALUACIÓN INICIAL, independientemente de que, a su juicio, se deba al tratamiento farmacológico

- 0= Exageradamente empeorado
- 1= Muy empeorado
- 2= Empeoramiento mínimo
- 3= Sin cambio
- 4= Mejoría mínima
- 5= Muy mejorado
- 6= Exageradamente mejorado

19. CONFIABILIDAD

Califique la confiabilidad global de los puntajes obtenidos. Los factores que pueden afectar la confiabilidad incluyen la cooperación del paciente y su habilidad natural para comunicarse. El tipo y gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos presentes pueden interferir con la concentración del paciente, atención o libertad para hablar espontáneamente (p. ej., el contenido de algunas obsesiones puede causar que el paciente escoja sus palabras con demasiado cuidado)

- 0= Excelente: sin razón para sospechar que los datos no son confiables
- 1= Buena: factores presentes que pueden afectar adversamente la confiabilidad
- 2= Regular: factores presentes que definitivamente reducen la confiabilidad
- 3= Pobre: muy baja confiabilidad

Las preguntas 17 y 18 se adaptaron de la escala de Impresión Clínica Global (Guy W. ECDU Assessment Manual for Psychopharmacology: Publication 76-338. Washington, D.C., U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1976).

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA