



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE
SINTOMATOLOGÍA OBSESIVA COMPULSIVA
INFANTIL**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
REYNA ROSAS KAREN ILCE**

JURADO DE EXAMEN

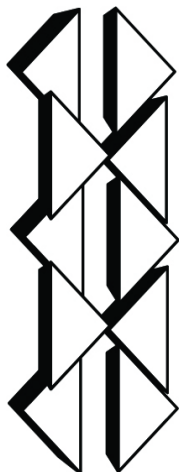
DIRECTOR: DR. JUAN JIMÉNEZ FLORES

COMITÉ: DR. JOSÉ MARCOS BUSTOS AGUAYO

DRA. LUZ MARÍA FLORES HERRERA

MTRA. GABRIELA C. VALENCIA CHAVÉZ

MTRA. CRISTINA BARRIENTOS DURÁN



MÉXICO, CDMX.

NOVIEMBRE, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A mis familias

Sandoval Rosas y Tableros Montiel

Agradecimientos

Agradezco a mi alma mater, la UNAM por brindarme mi corazón azul y piel dorada al abrirme las puertas a esta máxima casa de estudios, proporcionándome conocimientos y pasión, por está, ahora mi vida a la cual llaman profesión.

*A mí querida **Facultad de Estudios Zaragoza** por darme los conocimientos necesarios para llegar hasta este punto culminante de mis estudios, proporcionándome las herramientas necesarias para convertirme en una psicóloga.*

*Al programa de **Prevención Psicológica** por todo el apoyo para realizar este proyecto, por confiar en mí y hacerme parte del Congreso Estudiantil, del Congreso Mexicano y de investigaciones publicadas a nivel nacional e internacional, además de todo lo aprendido durante el servicio social.*

*Al programa de **Intervención cognitivo conductual para problemas internalizados y externalizados en población infantil** por la confianza de la elaboración de este proyecto.*

*A mi tutor, el **Dr. Juan Jiménez Flores** principalmente por confiar en mí y enseñarme que no hay obstáculos, si no retos que superar, los cuales nunca son imposibles por muy grandes que sean; que el único obstáculo eres tú mismo. Gracias por ser mi mentor, mi padre académico, pero también por hacerme parte de tu vida siendo un gran amigo y confidente. Agradezco todo el conocimiento, consejos, ánimos, risas y viajes compartidos, por ser incondicional en todo momento y mostrarme que la psicología debes portarla con orgullo, respeto y ética, porque más que una ciencia es un estilo de vida.*

***Dra. Luz María Flores Herrera** su trabajo y trayectoria son sin duda admirables; ha sido para mí un honor trabajar bajo su asesoría, gracias por el tiempo dedicado, por haber enriquecido cada parte de mi proyecto con sus valiosas observaciones y contribuciones; pero sobre todo, por sembrar en mi la duda y hacerme ir más allá para consolidar el conocimiento y seguir aprendiendo.*

*Al **Dr. Marcos Bustos Aguayo** por haber aceptado ser parte de mi comité de tesis y estar al pendiente del proceso de titulación, por todas las observaciones puntuales y por su tiempo brindado.*

Mtra. Gabriela C. Valencia Chávez su personalidad es única e increíble, un gusto y admiración el haber trabajado en conjunto con usted; gracias por todo el apoyo, orientación y dedicación para la realización de esta tesis pero sobre todo por el conocimiento y tiempo compartido.

Mtra. Cristina Barrientos Durán gracias por su amabilidad y disposición desde el primer momento en que acepto formar parte de mi comité de tesis, además por su puntualidad en cada una de las correcciones y sugerencias.

Agradezco enormemente a la Dra. Blanca Estela Retana Franco, al Dr. Oscar Galindo Vázquez, a la Lic. Itái Bermúdez Oviedo y al Lic. Javier Moreno Jiménez por el tiempo dedicado a mi proyecto y por haberlo enriquecido con sus valiosas aportaciones y sugerencias.

Un especial agradecimiento a Norma Angelica Flores Bolaños, Anaid Plata Labastida, Jimena Rosas Torres, Moises Pedraza Castro y Luis Alberto Serrano Contreras, por su colaboración en la recolección de datos de la presente investigación. También a Alan Alexis Mercado Ruiz, por acompañarme y ayudarme en todos y cada uno de los trámites administrativos. Chicos gracias por su gran amistad y todo el apoyo brindado.

Dedicatorias

A mis padres

Gabriela Rosas Ortíz y Salvador Sandoval Alcalá que han sido el pilar base de toda mi vida. Gracias a ustedes, las enseñanzas y los valores tomaron un significado diferente. Gracias por esos desvelos, esas palabras de apoyo y esa lealtad incondicional que me han mostrado hasta el día de hoy. Con su aliento y su gran enseñanza hacia mi persona, estoy logrando mi primer éxito profesional.

A mi madre, por demostrarme que cuando se necesita a una mejor amiga o consejera, será la primera persona que estará ahí para mí. Gracias por apoyarme en todo momento y por demostrarme que todo sueño se cumple si tú así lo deseas, por luchar en cada momento junto conmigo y ser mi compañera de vida, este logro es de ambas.

A mi papá, por enseñarme que la base de todo éxito, es el esfuerzo que involucras para lograrlo y que cuando haces las cosas con pasión la recompensa llega sola, por entenderme y apoyarme.

Gracias a ambos por hacer de mí, la persona que soy hasta el momento, por demostrarme que nada será fácil en esta vida, pero que si esta la familia unida, nada podrá contra nosotros.

A mis hermanos ***María José Sandoval Rosas, Daniel Sandoval Rosas y Sofía Regina Sandoval Rosas*** por estar en todo momento apoyándome y haciendo de mi vida un carrusel lleno de risas y alegría, hasta en los peores momentos. Son mi motor sin duda alguna, los amo mucho.

A ***Gabriela Tableros Constantino y Raúl Montiel*** la verdad no sé cómo agradecer tanto, pero comencare por todo el amor y confianza hacia mi persona, sin su ayuda, no habría terminado esta tesis y no sé qué sería de mi persona; gracias por impulsarme, por todo el apoyo y las ganas que pusieron junto conmigo para culminar este logro. Gracias infinitas por recibirme en su hogar; pero sobre todo por creer en mí y hacerme una más de sus hijas, por levantarme una y otra vez haciendo hasta lo imposible porque me sintiera mejor, gracias por cada uno de sus regaños, pero también por cada uno de sus consejos y apapachos. Son muy importantes en mi vida y una pieza esencial en ella.

A mi bebesauris ***Norma Gabriela Montiel Tableros***, esa hermana que la vida me puso en el camino, como un boleto de lotería, simplemente corrí con la fortuna de que estuvieras en el momento indicado, siendo mi ángel caído del cielo. Agradezco infinitamente hacerme parte de ti y de tu familia, por cada consuelo y palabra de aliento, por abrirme las puertas de tu

casa y además creer en mí. Sin ti no hubiera llegado hasta este momento; gracias por cada café y por cada desvelo junto a mí; por enseñarme que por muy dura que sea la caída debo levantarme con la cara en alto y con más fuerza, Te amo.

*A **Raúl Montiel Tableros** por tu apoyo incondicional en todo momento, por escucharme y por acompañarme durante todo este proceso, eres el hermanito más fastidioso y genial que alguien pueda tener.*

*A **Christian Salvador Cervantes Robles** a ti por acompañarme en aquellos momentos donde el estrés y el tiempo me invadían, porque con tu amor aliviabas mi sentir, por creer en mí en todo momento, por lo ánimos y los refuerzos para seguir adelante. Gracias por ser mi compañero durante toda la carrera y ahora ser esa persona que me impulsa y me motiva para ser mejor cada día; por crecer junto conmigo y ser mi inspiración.*

*A **Jessica Vargas Reyes**, por todo el apoyo incondicional y motivación, gracias por acompañarme desde mis primeros pasos, siempre al pendiente de mi persona, estando en los momentos más trascendentes de mi vida.*

Por último y no menos importante agradezco a todos mis amigos y a todas las personas que me acompañaron durante todo el proceso de titulación y en la carrera, fueron parte clave para la culminación de este proyecto.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I	
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	7
1.1 Desarrollo de la historia del concepto del trastorno obsesivo compulsivo (TOC).....	6
1.2 Sistemas de clasificación del TOC.....	12
1.3 Sintomatología del TOC.....	15
1.3.1 Obsesiones.....	17
1.3.2 Compulsiones.....	23
CAPITULO II	
MODELOS TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	29
2.1 Explicaciones biológicas.....	30
2.1.1 Modelos genéticos y etiológicos.....	30
2.1.2 Modelo neuronal del TOC.....	32
2.1.3 Fisiopatología.....	33
2.2 Explicaciones psicológicas.....	35
2.2.1 Modelo psicoanalítico.....	35
2.2.2 Modelo conductual del aprendizaje.....	37
2.2.3 Modelo cognitivo.....	39
2.3 Modelos Neuropsicológicos.....	43
CAPITULO III	
INSTRUMENTOS DE MEDICION DEL TOC	46
3.1 Construcción de escalas.....	47
3.2 Confiabilidad.....	47
3.3 Validez.....	48

4.3 Evaluación del TOC.....	50
CAPITULO IV	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	54
CAPITULO V	
MÉTODO.....	58
CAPITULO VI	
RESULTADOS.....	64
CAPITULO VII	
DISCUSIÓN.....	84
REFERENCIAS.....	94
APÉNDICES.....	104

RESUMEN

El trastorno obsesivo compulsivo suele iniciarse durante la adolescencia o a principios de la edad adulta, aunque del 30% al 50% de los casos diagnosticados reportan que el inicio de los síntomas del trastorno es durante la infancia en edades entre los 8 y 12 años. Actualmente en México se ha reportado una prevalencia del 2.3% en población clínica la cual es similar a lo reportado en la bibliografía internacional que abarca un rango entre el 1% al 4% en población abierta (Vargas, 2008). Sin embargo en nuestro país no existen instrumentos válidos y confiables que midan la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo en el rango de edad anteriormente especificado de aquí el objetivo del estudio, construir y validar la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil. La muestra se conformó de 718 niños de 7 a 12 años de edad (ME= 9.5 años, DE= 1.5) provenientes del norte del Estado de México (hombres, 49.2%, mujeres, 50.8%). La Escala fue validada por jueces expertos y un análisis de las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad ($\alpha=.945$) compuesto por 29 reactivos, agrupado en cuatro factores: *pensamientos repetitivos*, *conductas compulsivas*, *neutralización* y *obsesiones somáticas y de responsabilidad patológica*. Se concluye que la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil (ESOCI) es un instrumento válido y confiable propio para población mexicana

Palabras clave: trastorno obsesivo-compulsivo, infancia, construcción de instrumentos, confiabilidad y validez.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un tema de gran interés dentro de diferentes especialidades, para los psicólogos puede llegar a ser incapacitante y degradante de la calidad de vida de la persona que lo padece. Este concepto representa importantes implicaciones en el funcionamiento social, escolar y familiar. Algunos datos ubican al TOC en el décimo lugar entre las manifestaciones de psicopatología infantil (OMS, 2001).

Durante los primeros estudios acerca del TOC infantil, se planteaba que era poco frecuente, actualmente se sabe que una tercera parte de los adultos diagnosticados iniciaron con estos síntomas desde la infancia (Vargas, 2008). Se ha observado que con bastante frecuencia en niños entre los siete y doce años, aunque se han reportado casos en edades más tempranas (Rapoport, 1998; Stewart, Geller, Jenike & Long, 2004). Esto ha llevado a que los especialistas diseñen estrategias para la detección, evaluación y tratamiento del mismo.

De acuerdo con lo anterior, existe la necesidad de identificar tempranamente los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo así como los trastornos relacionados, que con el tiempo desarrollarán cuadros psicopatológicos. Por ello los especialistas del campo de la psicología han realizado estudios donde hacen una diferenciación de las conductas y trastornos desarrollados durante la infancia que persisten en la adolescencia hasta la edad adulta; haciendo una comparación y empleando el constructo problemas de la conducta para

referirse a los trastornos externalizados y para los trastornos internalizados como problemas emocionales (Compas & Gotlib, 2003 & Jiménez-Flores, 2014).

El campo de la psicopatología infantil se ha dedicado a estudiar los trastornos internalizados y externalizados: los primeros son sentimientos que reflejan un estrés interno como la ansiedad, angustia alteración del estado del ánimo, timidez retraimiento, tristeza abandono, soledad, depresión y miedos excesivos o daño producido por una situación ambiental que permea en la estructura de personalidad del sujeto; los segundos son conductas que reflejan la agresión en la sociedad como; compulsión, hiperactividad, impulsividad y violación de reglas (Achenbach, Betancourt, Becker, Dopfner & Heiervang, 2008).

Los trastornos internalizados son difíciles de detectar, ya que el comportamiento de los sujetos no afecta de manera directa a su entorno como sucede con los externalizados (Betancourt, 2007). Los estudios que abordan la diferencia entre uno y otro, dejan de manifiesto que los trastornos externalizados se presentan con mayor frecuencia en hombres y los internalizados en las mujeres (Vallejo, 2008).

Los niños que padecen alguno de estos trastornos en la infancia suelen tener dificultades para observar exitosamente las prohibiciones sociales y controlar sus impulsos en el caso de los externalizados, por otra parte, los trastornos internalizados suelen tener un nivel extremo de inhibición conductual (Reppetti, Taylor & Seeman, 2002). Sin embargo, ambos suelen manifestarse con más frecuencia en niños que no cuentan con los recursos de control, autorregulación y habilidades sociales suficientes (Compas & Gotlib, 2003).

Uno de los trastornos que involucra a ambas clasificaciones de la psicopatología es el trastorno obsesivo compulsivo, dado que comprende tanto a las obsesiones como a las conductas. Puede decirse que la ansiedad generada por la obsesión conlleva a la compulsión que a su vez complementa al trastorno.

El TOC es una condición psicopatológica que suele comenzar en la niñez, de acuerdo con algunos estudios, del 30% al 50% de las personas con TOC comenzaron a manifestar sintomatología antes de los 18 años de edad (Hanna, 2000). De hecho, sólo 15% de los casos con TOC inician después de los 35 años (Rasmussen & Eisen, 1992).

Algunos estudios sugieren que los adolescentes presentan obsesiones con contenidos religiosos y sexuales con mayor frecuencia (36%) que los niños y adultos, 15% y 10%, respectivamente para las obsesiones religiosas y 11% y 24% para las obsesiones sexuales. En cuanto a las compulsiones, se ha observado que se presenta hasta 30% y 36% para niños y adolescentes, respectivamente, más que en adultos 18% (Vargas, 2008).

La prevalencia del TOC en México es de 2.3% en población clínica, lo cual es similar a lo informado en la bibliografía internacional que supone un rango entre 1% al 4% en población abierta (Vargas, 2008). Hasta el momento no existen cifras que indiquen específicamente la cantidad del trastorno en niños y adolescentes en nuestro país, a causa de que una gran parte de la población no acude a solicitar servicios profesionales.

En este punto es importante considerar que las escalas e instrumentos que existen hasta el momento en México, pese a tener un adecuado grado de confiabilidad y haber sido validadas para población mexicana no están actualizados, además de abordar otras dimensiones del trastorno y no la sintomatología del mismo. Por lo cual, es necesario diseñar un instrumento válido y confiable que permita tener indicadores sobre la expresión de la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo, lo cual es el eje principal de la presente investigación.

Para fundamentar lo planteado, en el primer capítulo se analiza el trastorno obsesivo compulsivo; a partir, del desarrollo de la historia del concepto, así como de los sistemas de clasificación, analizando por separado las obsesiones y compulsiones, es decir, el trastorno con base en pensamientos y conductas, que presentan en su vida diaria.

En el segundo capítulo se analizan los enfoques teóricos del trastorno, sustentando los supuestos del origen del mismo, lo que apoya la importancia del estudio y la dirección que este tiene.

En el tercer capítulo se revisan investigaciones directamente relacionadas con el trastorno obsesivo compulsivo. En el siguiente apartado se expone el método empleado en la investigación.

Finalmente, en los capítulos cinco y seis se exponen los resultados y la discusión generada durante la construcción de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva, se señalan las limitaciones del estudio, así como las sugerencias para futuras investigaciones.

CAPÍTULO I

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Al revisar como se ha entendido el concepto del TOC a lo largo de la historia de la psicología puede observarse que ha habido cambios importantes a lo largo de las definiciones, todo esto derivado de (1) Tanto en las definiciones como en la forma de concepción. (2) Nivel de sintomatología (3) Nivel empírico.

La definición clara del trastorno se ha encontrado con ciertas dificultades, específicamente durante la construcción de planteamientos del trastorno. Las cuales han enriquecido en el avance en las discusiones del TOC.

Entre las principales dificultades durante la construcción del concepto pueden comprenderse las siguientes (Yaryura-Tobias & Neziroglu, 1997):

- a) La extensa variedad de conductas asociadas.
- b) La diversidad de supuestos teóricos.
- c) Los distintos criterios diagnósticos del trastorno.

Por lo que a lo largo de este capítulo se analizarán las diversas aproximaciones y perspectivas de los teóricos especialistas del trastorno obsesivo compulsivo.

1.1 Historia del concepto trastorno obsesivo compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo ha sido tema de interés desde la edad media, sin embargo, la mayor parte de estas explicaciones carecían de argumentos científicos (Rosa & Olivares, 2010).

El planteamiento de Pinel a inicios del siglo XIX, lo llamó manía sin delirio, supone pensamientos recurrentes de orden, de limpieza y fuga de ideas como características de dicho constructo. En 1838, su discípulo Esquirol, pionero del trastorno, publicó el primer informe de caso y planteó el concepto de “monomanía” referente a las locuras parciales (Vallejo, 1998).

Morel en 1866 planteó como “neurosis de origen emocional” definida como producto de una lesión funcional del Sistema Nervioso vegetativo. Este lo presentó bajo la denominación de “delire émotif” lo que se consideró una de las mejores descripciones de las obsesiones (Caponi, 2009).

Para 1875 Legrand du Saulle fué el primero en hacer referencia a la existencia del trastorno obsesivo compulsivo en edades tempranas; donde los niños presentaban ideas irresistibles a causa de lapsos de angustia o ansiedad que llevaban a la realización de diferentes acciones sin control de sí mismas (Solares, 2010). Pero Westphal en 1877, lo refutó contribuyendo sustancialmente en la descripción del trastorno al afirmar la existencia de ideas que irrumpen en la conciencia contra la voluntad de la persona, siendo ideas ajenas y anormales para quien lo padece, por lo que no podía presentarse en niños y adolescentes (Belloch, Sandín & Ramos, 1995).

Freud lo conceptuó como neurosis obsesiva derivada de conflictos inconscientes, planteó que las inhibiciones de la persona son consecuencia de un bloqueo que moviliza las energías del sujeto, situándola como una afección autónoma e independiente. Poco después Janet, refutó el concepto de Freud y lo nombró “psicastenia”, explicándola etiológicamente como una neurosis en donde se presentó una lucha interna obsesiva dentro de un estado carente y débil en la síntesis mental (Salcedo, Vásquez & Calvo, 2011). La psicastenia es consecuencia de la fatiga psíquica y de la disminución de la energía mental disponible. Así,

la falta de tensión psicológica hace que el sujeto pierda el control sobre sus pensamientos y da lugar a las ideas obsesivas y los actos compulsivos.

La definición de TOC propuesta por Schneider (1925) hizo referencia tanto al carácter compulsivo como a lo absurdo de la experiencia. Por su parte, Lewis (1935) enfatizó en dos componentes: la compulsión subjetiva y el hecho de que el sujeto debía resistirse ante la obsesión realizando una diferencia del TOC con otras entidades psicopatológicas que presentan conductas repetitivas, como la esquizofrenia o las lesiones del lóbulo frontal (Gavino, 1988).

Kanner planteó la aparición del TOC en edades tempranas, analizó a niños en el área social, propuso que la educación de los padres es determinante en el desarrollo del menor y que esto contribuye a la adquisición de ciertas creencias, en este sentido los padres autoritarios, imponen altos niveles de exigencia y perfeccionismo, facilitan el desarrollo del TOC en los niños, incrementando la adquisición de conductas de ritualizar, limpieza exagerada y como resultado, la aparición de obsesiones y compulsiones que son reforzadas por la familia; agudizando el trastorno.

Cuando el conductismo destacó como paradigma en la psicología, el estudio del TOC estuvo centrado en aspectos observables. Las variables subjetivas, como la sensación de compulsión o el percibir las sensaciones como ajenas a uno mismo, quedaron fuera del objeto de estudio. Las obsesiones carecían de interés y se consideran solo como estímulos discriminativos. Por lo que, la mayoría de trabajos en esas décadas refieren el TOC como ansiedad y la conducta compulsiva como protagonistas del trastorno (Rosa & Olivares, 2010).

En la década de los 70, el cognoscitivismo fue el paradigma dominante. Por lo que las investigaciones se orientaron a estudiar variables cognitivas y sensaciones subjetivas relacionadas con el trastorno. Rachman y de Silva fueron los primeros en señalar que el contenido de las obsesiones son pensamientos intrusos que tienen solo las personas con trastorno obsesivo compulsivo.

En la década de los 90s, se planteaba que los pensamientos intrusos se convierten en obsesiones; es decir, el pensamiento obsesivo tiene su origen en intrusiones cognitivas

normales estas son ideas, pensamientos, dudas, imágenes o impulsos que se insertan en la persona, en el sentido de que irrumpen el consciente, que además los encuentra ofensivos, inaceptables o desagradables (Salkovskis, 1999).

En la figura 1 puede apreciarse a los distintos supuestos teóricos.

Figura 1.

Supuestos y explicaciones teóricas del TOC (Elaboración propia).

<i>Autores</i>	<i>Supuestos</i>	<i>Año</i>
Philippe Pinel	Manía sin delirio.	1801
Ezquirol	El pionero del trastorno – Monomanía.	1838
Morel	Neurosis de origen emocional.	1866
Legrand du Saulle	Existencia del trastorno obsesivo compulsivo en edades tempranas.	1875
Westphal	Afirmo la existencia de ideas que irrumpen en la conciencia contra la voluntad de la persona.	1877
Freud	Neurosis obsesiva.	1895
Leo Kanner	Contribuyendo que el núcleo familiar forma parte de trastorno.	1938
Rachman y de Silva	Señalaron el contenido de las obsesiones.	1978
Salkovskis	El pensamiento obsesivo tiene origen en intrusiones cognitivas normales.	1999

Otra importante sección del presente trabajo se dedica a revisar los avances de los criterios diagnósticos del trastorno obsesivo compulsivo. Desde la primera versión, el DSM-I indicaba que la característica principal del trastorno es la ansiedad, que puede ser directamente sentida y expresada o bien, puede ser controlada, automática e inconsciente, por la utilización de varios mecanismos de defensa. El fundamento teórico del DSM I fue el modelo psicoanalítico.

En esta primera edición, el TOC se conceptuó como una de las reacciones a la neurosis, en la reacción obsesivo-compulsiva la ansiedad está asociada a la persistencia de ideas no deseadas y de impulsos repetitivos de realizar actos que pueden ser considerados perversos por el paciente”. El paciente consideraba sus ideas y conductas como irracionales, pero se veía obligado a llevarlas a cabo.

El diagnóstico debía especificar la expresión sintomática de tales reacciones, como tocar, contar, realizar rituales, lavado de manos, o pensamientos recurrentes. Esta categoría incluyó criterios clasificados formalmente como psicastenia.

En el DSM II (APA, 1968), se creó una nueva categoría diagnóstica para el TOC: la neurosis obsesiva. Sin embargo, en esta edición no se realizaron grandes cambios con relación a las características y síntomas del trastorno.

En la tercer, el DSM (APA, 1980) dejó de utilizar el término neurosis y se substituyó por el de trastorno, lo ubicó entre los trastornos de ansiedad, para establecer el diagnóstico era suficiente con la presencia de obsesiones o compulsiones. En esta edición se tomaron en cuenta los hallazgos de Rachman y de Silva (1978), las obsesiones y compulsiones deben causar un malestar significativo y una interferencia en la actividad social y calidad de vida de la persona que lo padece, además de realizar una diferenciación del TOC con otros trastornos, como los de control de impulsos o las parafilias.

La versión revisada del DSM-III (DSM-III-R, APA, 1987) tuvo novedades. Se reconoce que el TOC puede asociarse a otros trastornos, las obsesiones, al menos inicialmente, debían experimentarse como carentes de sentido, es decir, que el individuo debe reconocer que las obsesiones son producto de su mente, además afirmaba que el sujeto trata de neutralizar las obsesiones con algún tipo de pensamiento o acción. Es importante resaltar de forma tácita la existencia de compulsiones cognitivas.

En la cuarta edición del DSM (APA, 1994), se ampliaron los criterios anteriores matizando que las obsesiones deben percibirse como intrusivas e inapropiadas alguna vez durante la perturbación, las compulsiones pueden ser mentales y finalmente, crean dos criterios para diferenciar el TOC de las parafilias y del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

Se planteó que las obsesiones no pueden ser simplemente preocupaciones excesivas que causan marcada ansiedad y malestar (al contrario que las parafilias). Por otro lado, se aceptó la existencia de casos en los que el sujeto no admite lo absurdo de sus obsesiones, proponiendo que si el sujeto no reconoce que las obsesiones como excesivas o irracionales, estas se considerarían con pobreza de insight.

Dentro de la versión revisada del DSM-IV (DSM-IV-R, 2002) se actualizó la información sobre prevalencia y comorbilidad del trastorno en la infancia haciendo referencia al TOC asociado a infección por estreptococos en los niños.

Es así que la evolución del concepto de TOC a través de las distintas versiones del DSM ha sido muy similar a la que ha seguido en las diferentes ediciones de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) (Organización Mundial de la Salud OMS). Puede afirmarse que las dos clasificaciones más extendidas han evolucionado de forma paralela y ambas han coincidido en la importancia otorgada a los trastornos de ansiedad, y en particular, a la atención que ha recibido el TOC.

La segunda edición del DSM (1968), en un intento de normalización con la psiquiatría europea, y de integración de la psiquiatría con las demás ramas médicas, se adapta a la octava edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-8, OMS, 1968). Dicha clasificación incluyó los tipos de neurosis: ansiedad, histeria, fóbica, obsesiva, depresiva, hipocondríaca y de despersonalización. Por otra parte, las presiones de la psiquiatría americana hicieron que en la CIE-9 (OMS, 1978) se sustituyera el término neurosis por el de “estado”.

Pero estos sistemas de clasificación han seguido avanzando de tal manera que para nuestros tiempos se han tomado en cuenta diferentes modelos teóricos que sustentan la aparición del trastorno así como conceptos e ideas sobre el mismo.

Como se observa el TOC siempre ha existido desde épocas remotas, donde se presentan pensamientos que a su vez desencadenan acciones para eliminar esas ideas repetitivas en la mente. En la actualidad existen criterios específicos que evalúan la existencia del trastorno en una persona, de acuerdo con la sintomatología del mismo.

Por tanto, con base en la revisión de la literatura se propone la siguiente definición del TOC es un trastorno de ansiedad caracterizado por pensamientos no deseados, ideas e imágenes que evocan ansiedad, conocidas como las obsesiones que se resisten subjetivamente, y cuya ansiedad debe neutralizarse a través de alguna conducta a lo que llamamos compulsión.

Posteriormente, en el siguiente apartado se establecen los criterios diagnósticos actuales que rigen a los especialistas para determinar si existe o no presencia del TOC.

1.2 Sistemas de clasificación del TOC

Los sistemas utilizados por los psicólogos para clasificar la psicopatología son de suma importancia ya que permite la comunicación entre profesionistas de la salud de forma expedita. Esto con base en constructos, categorías y criterios que suman rasgos y características de signos y síntomas, sobre los cuales existe un común acuerdo entre especialistas (Cortese, Díaz, Equisito, Kuzmicki & Pilatti, 2004).

La clasificación categórica contiene criterios diagnósticos específicos para definir la presencia o ausencia del trastorno, estos deben ser: categóricos, dimensionales y evolutivos (Betancurt, 2007 & Jiménez-Flores, 2014). En la actualidad el sistema categórico, está representado por el DSM-V, el cual incluye al TOC dentro de los trastornos de ansiedad. Considera que la principal característica del TOC es la presencia de obsesiones y compulsiones recurrentes, degradando la calidad de vida de la persona que lo padece; provocando asimismo deterioro en la actividad habitual, convirtiéndose en un malestar clínicamente significativo; cumpliendo con los siguientes criterios diagnósticos.

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

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

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.

2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

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

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.

2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos; impulsos, como en los trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro del autismo).

Especificar si:

- Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.
- Con poca introspección: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.
- Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

Especificar si:

- El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics.

Asimismo, se debe tomar en cuenta la clasificación del trastorno obsesivo compulsivo en la CIE-10 quien cataloga al TOC dentro de los trastornos neuróticos, considerando como característica principal los pensamientos obsesivos y actos impulsivos recurrentes.

La CIE-10 plantea que los pensamientos obsesivos son ideas, impulsos o imágenes mentales que irrumpen reiteradamente en la actividad mental del sujeto. Considera que en casos de larga evolución, la resistencia de las personas que lo padecen (suele darse en la mayoría de los casos) puede quedar reducida a un nivel mínimo. A su vez también propone la comorbilidad con la depresión, sustentando los puntos clave para su diagnóstico con los siguientes criterios:

Presencia de síntomas obsesivos compulsivos, actos compulsivos o ambos, durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas; deben ser una fuente importante de angustia o de incapacidad. Los síntomas obsesivos tienen las siguientes características:

A. Son reconocidos como impulsos o pensamientos propios

B. Se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el paciente ya no resista.

C. La idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el alivio de la ansiedad o tensión no se le considera placentero en este sentido).

D. Los pensamientos, impulsos o imágenes deben ser molestos y reiterados.

Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas:

Pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos a actuar, su contenido puede ser muy variable, pero casi siempre se acompaña de malestar subjetivo. A veces se caracterizan por una condición indecisa, que se acompaña por incapacidad para tomar decisiones necesarias en la vida cotidiana.

Con predominio de actos compulsivos:

La mayoría de los actos compulsivos se relacionan con la limpieza, con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se ha evitado una situación potencialmente peligrosa, o con el orden y la pulcritud. Los rituales compulsivos pueden ocupar muchas horas de cada día y suelen acompañarse de una marcada incapacidad de decisión y de un enlentecimiento.

La mayoría de los pacientes con TOC presentan tanto pensamientos obsesivos como compulsiones, esta subcategoría debe ser usada cuando ambos son igualmente intensos.

Hemos hablado de los criterios para asignar si existe presencia del trastorno o no, pero es importante hablar de cómo se dan estos síntomas, de donde es su procedencia y porque se originan, es por eso que en el siguiente apartado, está enfocado en explicar estas características de la sintomatología obsesiva compulsiva.

1.3 Sintomatología del TOC

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es uno de los problemas psiquiátricos más complejos, en el podemos distinguir síntomas primarios, constituidos por obsesiones y compulsiones, síntomas secundarios; el odio, la desesperación, la melancolía, este también se relaciona con trastornos comorbidos tanto del estado del ánimo como con trastornos de la conducta; así como, con cambios perceptuales y perturbaciones sexuales y sociales (Solares, 2010).

El trastorno está ubicado dentro de los trastornos de ansiedad, y esto está dentro de los síntomas secundarios siendo la pauta para que se evoque una compulsión pues bien, el TOC está caracterizado por dos constructos íntimamente relacionados: las obsesiones y las compulsiones, en algunos casos es difícil distinguir una de la otra, es por ello la importancia de mencionarlos por separado (Cía, 1995).

De tal manera que las obsesiones consisten en pensamientos o imágenes que surgen de la mente en forma involuntaria y repetitiva (Solares, 2010). En ocasiones se manifiestan como una urgencia, deseo, impulso irresistible e incluso como una necesidad. Por lo general ante la sociedad son inaceptables y las personas que lo padecen les causan un malestar que los incomoda afectando su calidad de vida, por lo que deben hacer algo para detener ese pensamiento incontrolable para alejarlas de su mente y así recobrar su tranquilidad (Rosa & Olivares, 2010).

Entonces, surgen las compulsiones las cuales reducen el malestar provocado; es por esto, que las obsesiones están íntimamente relacionadas con las compulsiones y son necesarias para determinar que existe un trastorno obsesivo compulsivo; por lo que estas tienen la finalidad de omitir el pensamiento repetitivo a partir de una acción emitida ya sea manifiesta o encubierta, es decir; las primeras se refieren a conductas como lavar, decir algo en voz alta, repetir alguna acción una y otra vez hasta saciar la necesidad que provoca el pensamiento intrusivo y las encubiertas son referidas a pensar números, palabras, imágenes o intentar pensar en otra cosa para evitar el pensamiento repetitivo (Rosa & Olivares, 2010).

A diferencia de las obsesiones las compulsiones son voluntarias ya que la persona es quien decide efectuar la acción para omitir el pensamiento repetitivo, pero esto con el paso del tiempo se convierte en una situación complicada, ya que, la persona acaba obsesionándose de sus compulsiones, en cuestión de que estas acciones deben ser perfectamente elaboradas, convirtiéndose en rituales dentro de la vida cotidiana de la persona que lo padece (Cía, 1995).

Es por ello que las obsesiones y las compulsiones están interrelacionadas la una con la otra, por eso dentro de los siguientes apartados de este capítulo se explicaran detalladamente cómo funcionan cada una de estos constructos.

1.3.1 Obsesiones

La obsesión es el elemento principal que constituye al TOC dentro de un conjunto de ideas que dominan al individuo y lo conflictúan, ocupando gran parte de su tiempo. Rachman (1985), define a las obsesiones como: pensamientos e impulsos repetitivos que son considerados como inaceptables para el individuo, le ocasionan malestar y a menudo están acompañados de alguna forma de resistencia.

Entonces una obsesión es un pensamiento que interrumpe de forma involuntaria y súbita el flujo normal del pensamiento consciente provocando ansiedad y malestar. Por eso mismo se experimenta pensamientos intrusos, invasores e inoportunos. Los modelos psicológicos afirman que las obsesiones son el componente primario del TOC, es decir, la condición necesaria para que exista el trastorno obsesivo compulsivo (Cía, 2007).

Hay que mencionar además que existen características específicas que permiten delimitar un pensamiento intruso como una obsesión: pueden formar parte de una imagen mental, son repetitivas y recurrentes, son evocadas de forma involuntaria; es decir, la persona no desea pensar en ellas, además las valora como inaceptables, por lo que resiste activamente a su presencia, lo que da lugar a esfuerzos reactivos de eliminación de la misma (Rosa & Olivares, 2010).

Por otro lado, repercuten notablemente en el estado de ánimo por que resultan molestas y desagradables, lo cual les causa ansiedad que va degradando a la persona con el paso del tiempo, causando tristeza, enojo, desesperación, incluso sentimientos de culpa y por último la persona reconoce en algunas ocasiones que la idea es irracional pero debe ejecutarla para eliminarla.

Estas características se sintetizan en los siguientes categorías de pensamientos; con base en los estudios de Clark (2004): intrusivos, forzados, permanentes o reiterativos, obstinados y sin propósitos, dual o ambivalentes, displacenteros o morbosos y finalmente ocultos o secretos. Estos pensamientos hacen que la persona adquiera ideas casi permanentes por lo que adquiere una dualidad con las obsesiones que consiste en creer y descreer al mismo tiempo en sus ideas irracionales. El pensamiento tiene un carácter mágico, yendo más allá de la razón; lo que hace que el sujeto que lo padece, crea en aquel pensamiento y se cuestione,

lo cual es absurdo porque sigue creyendo en ello; hasta convertirse en incapacitante (Cía, 2007).

Por otro lado Lee y Kwon (2003) categorizan las obsesiones agrupándolas en dos subtipos autógenas y reactivas: las primeras tienden a aparecer súbitamente y es relativamente difícil identificar los estímulos que las disparan, son percibidas como egodistónicas, irracionales y aversivas, e incluyen pensamientos agresivos, blasfemos e inmorales, impulsos, imágenes sexuales. Cuando se pueden identificar los estímulos disparadores, estos están conectados con las obsesiones de modo asociativo o simbólico en vez de realista y lógico, tal como ocurre en el otro tipo de obsesiones.

Cabe mencionar que, las obsesiones autógenas, las personas exageran la importancia de las mismas, consideran que pensar eso es tan malo como hacerlo y que indica que se es una persona terrible, consideran fundamental controlarlas.

Por otra parte, están las obsesiones reactivas, estas, son disparadas por estímulos externos identificables, son percibidas como relativamente realistas y racionales como para hacer algo respecto al estímulo disparador, e incluyen pensamientos sobre contaminación, suciedad, errores, accidentes, asimetría, desorden y pérdida de cosas consideradas importantes. Ante este tipo de obsesiones, las personas exageran su responsabilidad en la producción y prevención de consecuencias negativas (Lee & Kwon, 2003).

Por consiguiente, las obsesiones se dividen en sub tipos de sintomatología, los cuales se distinguen por: contaminación, agresivas, sexuales, religiosas, por acumulación o coleccionismo, necesidad de simetría o exactitud, somáticas y de responsabilidad patológica (Cía, 2007).

Obsesiones de contaminación

Esta es la presentación fenomenológica más frecuente del TOC, asociado al temor por la contaminación, incrementando compulsiones de comprobación y evitación. Con base en el lavado de manos recurrente siendo esta la acción más observada dentro de los pacientes primero evitando los objetos contaminados si es que tienen la oportunidad y de no ser así, inmediatamente busquen la forma de evitar un posible contagio de bacterias o enfermedades mortales según lo piensan los que padecen el trastorno (Lee & Kwon, 2003).

El contaminante más identificado por las personas con TOC es la suciedad de los gérmenes y esta es muy amplia ya que cualquier sustancia, superficie o secreción podría incluir alguna bacteria a excepción de los sanitizantes aunque los pacientes suelen estar obsesionados con señales u objetos externos, algunos suelen estar más preocupados por las ideas irracionales que esto les provoca por disgusto, vergüenza, así como; la perturbación de la culpa; ya que son conscientes de su exageración por la contaminación. A diferencia de los fóbicos los pacientes con temor obsesivo por la contaminación temen que otras personas significativas en su vida enfermen por su culpa, incluso ellos mismos (Jenike, Baer & Minichiello, 2001).

Obsesiones agresivas

Estas obsesiones que tiene los pacientes con TOC suelen estar ligadas con el temor a lastimar o dañar a otros, imaginar daños a terceros e incluso ser dañados o dañarse a sí mismos, valga la redundancia. Se caracterizan por la presencia de imágenes que perturban la mente de la persona con TOC con actos violentos o pensamientos en donde ellos someten, empujan, insultan, agreden con fuerza o con objetos punzocortantes o bien, al contrario siendo ellos las víctimas, en este caso por personas importantes en su vida. Y esto hace que los pacientes obsesivos compulsivos les preocupe excesivamente llevar a cabo un acto agresivo con las personas cercanas, es decir; lastimarlas o incluso matarlas. En su mente esta idea es tan real que en su mente piensan que deben ser castigados por el mero hecho de pensarlo (Jenike, et al. 2001).

Obsesiones sexuales

Los pacientes refieren tener pensamientos o imágenes asociadas con mantener relaciones sexuales con animales o niños, relaciones incestuosas, tener conductas aberrantes, o miedo por convertirse en homosexuales. De acuerdo con los expertos clínicos, refieren que estos pensamientos son inconscientes y producen un empeoramiento o deterioro clínico, al tiempo que incrementan aún más la preocupación y la ansiedad del sujeto ya que estas ideas irracionales no las neutralizan realizando el acto sexual y caen en cuenta que es un supuesto de su mente, causándoles incomodidad por estar sucios al pensar en estos actos (Abramowitz, 2007).

Obsesiones religiosas

Estas obsesiones están íntimamente relacionadas con la cultura que los pacientes han tenido de acuerdo con una educación estricta o códigos morales muy rígidos desde la infancia. Por lo que este tipo de personas tienen mayor posibilidad de incidencia con este tipo de obsesiones; como de adquirir el trastorno (Akhtar, 1975 & Greerberg, 1984). La mayoría de las ocasiones tienen cogniciones en las que realizan actos inadecuados de acuerdo con su religión o guía espiritual (Cía, 2007).

Obsesiones por acumulación o coleccionismo

En las obsesiones por coleccionismo o acumulación uno de cada cinco de los que padecen TOC sufre de coleccionismo patológico. Como la mayoría de las obsesiones pareciera un pensamiento común, sin embargo, esta en particular se da por coleccionismo o acumulación de objetos inútiles, pueden llegar a tal extremo que puede llenar habitaciones completas cubriéndolas de algún objeto en particular. Los objetos que suelen compilar son una gran variedad de cosas inservibles aparentemente como; cartones, papeles, bolsas de compras, trastes, revistas o periódicos viejos apilados, entre otras cosas que valorizan por algún suceso o asociación de los mismos que hacen que se sientan seguros por tenerlos, piensan que al acumularlos pueden prevenir desastres naturales o sociales (Lee & Kwon, 2003).

Obsesiones de necesidad de simetría o exactitud

Estas obsesiones parten de colocar los objetos de manera simétrica por color, textura, tamaño o de tener sucesos ordenados, es decir; hacer y deshacer ciertas acciones motoras de manera exacta como, caminar hacia adelante y luego hacia atrás de la misma manera para entrar o salir de un lugar (Jenike, et al. 2001).

Obsesiones somáticas y de responsabilidad patológica

En este tipo de obsesiones lo típico es una preocupación incesante de pensamientos de que algo malo puede ocurrir de manera inmediata, debido a la falta de verificación de manera completa o repetida (Jenike, et al. 2001).

Estas personas son perfeccionistas y habitualmente han tenido padres meticulosos o hipercríticos. Usualmente su temor se centra en asegurarse que nada terrible vaya a suceder, otras veces se sienten invadidos por dudas permanentes acerca de temas de menor cuantía como por ejemplo, si han cerrado las puertas, ventanas o las llaves del gas. Y para seguir con otras actividades habituales limitan el número de verificaciones. Esta focalización inadecuada de la atención en posibles consecuencias negativas hace que el proceso de toma de decisiones constituya el fundamento de la duda patológica (Lee & Kwon, 2003).

En la figura 2 se pueden observar los distintos tipos de sintomatología de las obsesiones.

Figura 2.

Tipos fenomenológicos de la obsesión. (Elaboración propia).

Tipo fenomenológico	Descripción
Obsesiones de contaminación	Contagio o transmisión de suciedad
Obsesiones agresivas	Lastimar o dañar a otros o a sí mismo.
Obsesiones sexuales	Acciones con contenido sexual
Obsesiones religiosas	Actos inapropiados según la religión o guía espiritual
Obsesiones por acumulación o coleccionismo	Aglomeración de objetos inusuales
Obsesiones de necesidad de simetría o exactitud	Verificación de su perfección
Obsesiones somáticas y de responsabilidad patológica	Preocupación incesante de verificación

Hay que aludir que así como existen tipos de sintomatología de las obsesiones también diferentes formas de aparición de una obsesión en un paciente TOC ya que se ve invadida por los pensamientos repetitivos en su vida cotidiana y esta situación le lleva a reducir cada vez más el número de actividades, las relaciones interpersonales, los amigos y los compañeros de trabajo, a evitar lugares y objetos.

Es importante mencionar que dentro de los tipos fenomenológicos no se puede predecir cuándo aparecerán las obsesiones, por lo que en muchas ocasiones no puede predecir cuándo aparecerán las obsesiones, por lo que su estado de ansiedad es elevado, lo cual, a su vez, favorece el que aparezcan de forma inesperada estos pensamientos intrusivos. El motivo de ello es su aparición como: obsesión inesperada, obsesión provocada y obsesión por asociación, como se muestra en la Figura 3 (Gavino & Godoy, 2010).

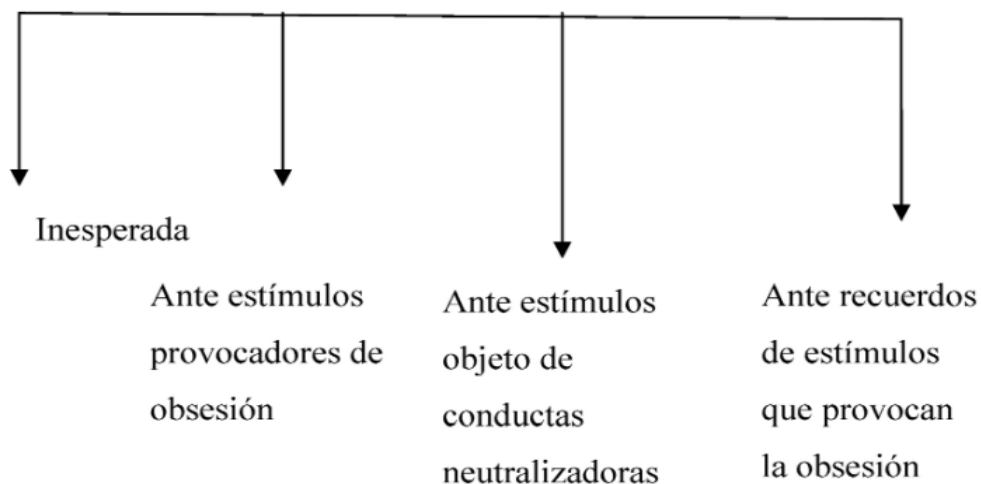


Figura 3. *Formas de aparición de las obsesiones (Gavino & Godoy, 2010).*

Obsesión inesperada

Dentro de la obsesión inesperada no hay ningún elemento ambiental es decir; que no está presente físicamente lo que provoca la idea irracional, esta cognición surge a partir de un recuerdo al momento, sin alguna asociación aparente.

En otras palabras, la persona con TOC puede estar realizando alguna actividad o sencillamente pensando en cualquier cosa ajena a la obsesión estando sola o acompañada y, de repente, sin esperarlo, surge en su mente la obsesión. Por ejemplo, una persona puede estar paseando con una amiga mientras hablan sobre las próximas vacaciones de ésta. De repente, sin saber por qué, se introduce en su mente la palabra muerte. La ansiedad se dispara, ya que esa palabra significa que va a ocurrir algo terrible a una persona de su entorno. En ese momento, se ve forzada a mencionar ejecutar una compulsión (Gavino & Godoy, 2010).

Provocadores de obsesión

Se encuentran la obsesión ante estímulos provocadores de obsesión, la cual surge con base en ciertos estímulos, objetos o conductas; el pensamiento irracional surge cuando la persona se encuentra ante estímulos que suelen servir para evitar una compulsión, para mayor comprensión de la misma por ejemplo cuando alguien no quiere tocar las rayas de separación de las banquetas, cuando va caminando.

Cada vez que tiene una obsesión, recorre una distancia determinada sin pisar dichas rayas, de esa manera evita que ocurra algo malo a personas cercanas. En ese momento no tiene la obsesión, pero al ver las rayas en la banqueta se acuerda de lo que hace y la obsesión se presenta por lo que su idea irracional se hace presa de su mente y debe ejecutar dicha conducta para apaciguar esa cognición repetitiva (Gavino & Godoy, 2010).

Obsesión por asociación

El pensamiento aparece ante el recuerdo de estímulos que provocan sistemáticamente la obsesión. Por ejemplo, la persona está viendo una película en el cine con un amigo. Sus pensamientos divagan y recuerda la imagen de su sobrina de tres meses de vida. En ese instante le surge la obsesión “puedo hacerle daño”

Entonces a manera de conclusión las obsesiones se entienden como un conjunto de ideas o imágenes que dominan al individuo y lo conflictúan, ocupando gran tiempo y teniendo pensamientos intrusivos, que permanecen ocultos y aparecen con una acción involuntaria, es decir una compulsión (Gavino & Godoy, 2010).

1.3.2 Compulsiones

Las compulsiones son el segundo elemento diagnóstico del Trastorno Obsesivo Compulsivo, que mantiene una relación funcional con las obsesiones, estas son conductas repetitivas, estereotipadas e intencionales, las cuales neutralizan la ansiedad que produce la obsesión, reduciendo el malestar que esta provoca; en otras palabras cuando existe una idea irracional se produce la necesidad de efectuar una acción inmediata para evadir la imagen o

pensamiento repetitivo, estas se convierten en rituales por la asociación que se tiene (Abramowitz, 2007).

Así pues, las compulsiones se conciben como estrategias que un individuo pone en marcha de forma intencionada para afrontar la obsesión controlándola de algún modo y evitar sentirse invadido por ella y por el malestar que le provoca. Por tanto, son estrategias de afrontamiento clínicamente relevantes en el TOC, incluyen todos los comportamientos intencionados y estratégicos, es decir; con un objetivo, ya sean manifiestos o encubiertos, que se llevan a cabo para intentar suprimir la obsesión y en algunas ocasiones para prevenir el malestar (Lee & Kwon, 2003).

Las compulsiones tienen condiciones específicas para describir una conducta repetitiva como compulsión, se tiene que tomar en cuenta la experimentación de la sensación de urgencia para ejecutar la acción a pesar de tener inclinaciones racionales, en otras palabras, la necesidad de realizar la acción, además la atribución de experimentar la presión de cogniciones repetitivas; para de esta manera neutralizar la ansiedad.

Existen tres tipos de afrontamiento de una compulsión; la neutralización, la evitación de estímulos y los comportamientos de búsqueda de re-aseguración que consiste en realizar una acción, con el objetivo de anular o contrarrestar el posible efecto del pensamiento obsesivo. La persona con obsesiones cree que el peligro a contaminarse o a hacer daño lo puede contrarrestar si ejecuta un determinado acto, si superpone una imagen al pensamiento obsesivo, o sencillamente si tiene otro pensamiento que, según siente, logra anular el poder del pensamiento obsesivo. También, de esta manera, consigue eliminar o reducir considerablemente la ansiedad (Rosa-Alcázar & Ruiz-García, 2014 & Cía, 2007).

Neutralización

Las compulsiones de neutralización se refieren a poner en orden las cosas es por eso su nombre, ya que es una estrategia de afrontamiento exclusivamente a nivel interno, esto sucede cuando una compulsión se manifiesta, primero tiene un efecto de ansiedad temporal con base en una obsesión o pensamiento intrusivo que atormenta a la persona con TOC, al ejecutar la acción iniciada voluntariamente, tiene la intención de reducir el malestar cuyo objetivo tiene evitar o atenuar el pensamiento obsesivo (Rosa-Alcázar & Ruiz-García, 2014).

Evitación de estímulos

En el comportamiento compulsivo de evitación de estímulos, la persona suele eludir situaciones e impulsos que lo obligarían a ejecutar una compulsión asociada con una obsesión y de esta manera, crean una estrategia de afrontamiento habitual del trastorno en cuestión a la contaminación, limpieza y orden. Por consiguiente este proceso de generalización que adoptan limita las actividades del individuo afectando su calidad de vida y relaciones interpersonales, hasta el punto que es casi imposible que acuda a consulta por la evitación de la perspectiva del sujeto.

Comportamientos de búsqueda de re-aseguración

Finalmente en las compulsiones relacionadas con comportamientos de búsqueda de re-aseguración la persona que padece TOC transfiere parte de la responsabilidad de la obsesión a las personas cercanas en ese momento, asegurando y afirmando su idea irracional minimizando o extinguiendo su ansiedad provocada por el mismo.

Por otro lado, es importante mencionar que las compulsiones al igual que las obsesiones se dividen, estas en cognitivas o motoras. Una compulsión cognitiva consiste en una urgencia irresistible de llevar a cabo un acto mental con el propósito de aliviar la obsesión, obliga al sujeto a realizar determinada actividad mental por ejemplo; la calculomanía que se refiere a contar, repetir mentalmente lo que otra persona está diciendo, repetir una y otra vez un pensamiento o dibujar imágenes mentales.

Por otro lado una compulsión motora es aquella que impulsa al sujeto a realizar un acto con determinada secuencia con participación muscular; estas a su vez se subdividen de acuerdo a su sintomatología en compulsiones agresivas, fisiológicas y movimientos corporales, ceremonias o rituales, de verificación y lavado (Cía, 2007, Yaryura, 1997).

Compulsiones agresivas

Las compulsiones agresivas son impulsos que conducen a la persona que padece el trastorno a actuar ya sea verbalmente, referido a impulsos del habla que resulta en el uso incontrolable e involuntario de malas palabras o frases que tienden a ser consideradas ofensivas o socialmente inaceptables.

Por otro lado también se consideran las acciones físicas como en la automutilación en los que van desde tirones de cabello con la pérdida del mismo, arrancarse las cejas, hasta cortes o amputaciones de las extremidades o de los órganos genitales. Estas compulsiones no deben confundirse con síntomas de agresión los cuales, más que un impulso son un estado de humor en estos sujetos (Yaryura, 1997).

Compulsiones fisiológicas y del movimiento

Este grupo de compulsiones hacen referencia a actos fisiológicos normales en las que el sujeto los hace repetitivos como defecar, orinar, comer, beber, fumar, tragar, y realizar actos sexuales. Las de movimiento de igual manera son actos estereotipados en los que se incluye los tics, el tocar, escupir, estornudar, saltar, aclarar la garganta, frotar y la realización de ejercicios (Rosa & Olivares, 2010 & Yaryura, 1997).

Compulsiones ceremoniosas

Las compulsiones ceremoniosas están relacionadas con actos de purificación con base en alguna religión o bien según aparezca en la guía espiritual que lleve el sujeto que padece el TOC de acuerdo con las prácticas de ceremonias religiosas en las que se encuentran pensamientos mágicos o de creencias supersticiosas como rezar, persinarse, tener un amuletos, o poner la fe en algún santo o imagen religiosa (Rosa & Olivares, 2010).

En la figura 4 se observan los distintos tipos de sintomatología de las compulsiones.

Compulsiones de verificación

Este tipo de compulsiones suelen ser muy frecuentes en las personas que padecen TOC y suelen revisar una y otra vez que no se haya dañado o se vaya a dañar a otras personas o a sí mismo, o que nada terrible haya o vaya a suceder. Las más comunes, consisten en comprobar que las llaves del gas estén cerradas, la luz apagada, las puertas cerradas. Esto con la finalidad de prevenir alguna consecuencia desastrosa (Cía, 2007).

Compulsiones de lavado

Estas compulsiones consisten en el lavado excesivo o ritualizado de manos, dientes o de todo el cuerpo, también con la limpieza de hogar o de la ropa; tomando ciertas medidas de prevención de enfermedades o contaminantes que pudieran hacerles daño. También son

generadas por el temor de supersticiones o pensamientos mágicos y no es extraño en este tipo de personas que en la compulsión de lavado, despliegue un ceremonial estereotipado en una secuencia ordenada, llevando a cabo un ritual que le es idiosincrático (Rosa & Olivares, 2010).

Figura 4.
Tipos de sintomatología de las compulsiones

<i>Tipo fenomenológico de las compulsiones</i>	<i>Descripción</i>
Compulsiones agresivas	Impulsos violentos hacia sí mismo o a otras personas.
Compulsiones fisiológicas y del movimiento	Actos repetitivos y estereotipados.
Compulsiones ceremoniosas	Actos de purificación con base en alguna religión.
Compulsiones de verificación	Actos de revisar reiteradamente.
Compulsiones de lavado	Actos de limpieza excesiva o ritualizada.

A pesar de las múltiples descripciones sintomáticas dentro de las obsesiones y compulsiones la forma subyacente es homogénea por lo que se pueden reconocer las siguientes características:

- Distintos subgrupos fenomenológicos domina la ansiedad y el miedo.
- Neutralización de la obsesión a partir de la compulsión que con lleva al reforzamiento y mantenimiento del TOC.
- Decremento de la calidad de vida por la pérdida de tiempo al realizar alguna compulsión o tener pensamientos recurrentes.
- Disfunción o incapacidad de adaptación.

Se puede observar la obsesión y la compulsión dependen significativamente de forma interrelacionada, por lo que degrada de forma paulatina a la persona y estas condiciones afectan directamente, habilidades sociales y crecimiento personal.

Es así que la sintomatología obsesiva compulsiva es muy importante para este estudio, ya que es la base del instrumento y lo que se evalúa dentro del mismo, es decir, aquellas características, pensamientos y conductas que las personas presentan.

CAPÍTULO II

MODELOS TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Un modelo es una forma de explicar un fenómeno de manera sistemática (Piña, Ybarra, Alcalá & Samaniego, 2010). Los investigadores han desarrollado modelos conceptuales para explicar el origen y el mantenimiento del TOC, para esta tarea generalmente han utilizado evidencias empíricas basadas en experimentos diseñados en laboratorio, o bien, observaciones en escenarios naturales.

Como pasa con todos los problemas psicológicos, el Trastorno Obsesivo Compulsivo se encuentra en un debate en el que se persiste por saber la naturaleza del mismo; por un lado el área biológica que sustenta que viene en la genética y por otro lado el psicológico donde se encuentran diferentes procesos cognitivo-conductuales que involucran el entorno social y el aprendizaje; es por eso, que existen diferentes teorías que sustentan un conjunto de razonamientos del mismo en donde los profesionistas; psicólogos, psiquiatras, biólogos y genetistas han realizado diferentes investigaciones para encontrar una explicación de aparición del trastorno, sin embargo, es probable que nos encontremos frente a uno de los padecimientos más complejos (Ulloa, Arroyo & Nicolín, 2001).

2.1 Explicaciones biológicas

Recientemente se ha observado un aumento de interés por los enfoques biológicos del TOC, existen diversas revisiones y publicaciones sobre hallazgos de estudios genéticos, neuroanatómicos, neurofisiológicos y neuropsicológicos. A continuación se analiza cada uno de los estudios biológicos que intentan evaluar la aparición del trastorno.

2.1.1 Modelos genéticos y etiológicos

Dentro de las teorías biológicas, existe un gran avance en materia de genética y genómica que ha aportado nuevas evidencias para sustentar las hipótesis del origen del TOC. Actualmente existe una gran evidencia de que el trastorno tiene bases genéticas con riesgo de agregación familiar y heredabilidad, con base en estudios de gemelos que delimitan las influencias ambientales y genéticas, reportando concordancia para el TOC desde el 53% a 87% en monocigotos y 22% a 47% para dicigotos, cuando el fenotipo es ampliado para incluir los SOC, los índices de concordancia aumentan para ambos grupos respectivamente (Hemmings, Kinnear & Lochner, 2003). Esta transmisión incompleta en los gemelos monocigóticos, indica que factores ambientales, influyen en el desarrollo del TOC (Chabane, Delmore & Krebs, 2004).

Por otro lado, se han documentado dos teorías biológicas no-genéticas para el TOC: las lesiones cerebrales focales y las secuelas autoinmunes generadas por infecciones por el estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EBHGA). Las lesiones cerebrales focales asociadas con síntomas del TOC involucran a los ganglios basales que, en conjunto con estructuras talámicas y corticales, se han considerado el sustrato anatómico de los SOC.43-46 (Chabane, et al. 2004).

Por otro lado una contribución para comprender la etiología el TOC proviene de estudios realizados en niños que padecían corea de Sydenham, trastorno que se caracteriza por movimientos involuntarios que aparecen, en algunas ocasiones, posteriormente a infecciones EBHGA y que se semejan o pueden ser considerados como tics (Garijo, Ruipérez & Barros-Loscertales, 2010).

Se ha reportado presencia de TOC en niños que padecen corea de Sydenham, la cual aparece entre los tres y catorce años en coincidencia con la edad frecuente de aparición del TOC de inicio temprano y los trastornos de tics (Garijo, et al. 2010). Se ha postulado, a su vez, que una respuesta inmune anormal al EBHGA juega un papel importante en la etiología del desarrollo del TOC o de los trastornos por tics en algunos niños que no habían padecido corea de Sydenham, por lo que se les denominó PANDAS Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal por sus siglas en inglés (Ulloa, Arroyo & Nicolín, 2001) como se puede observar en la Figura 5.

Modelo de patogénesis PANDAS

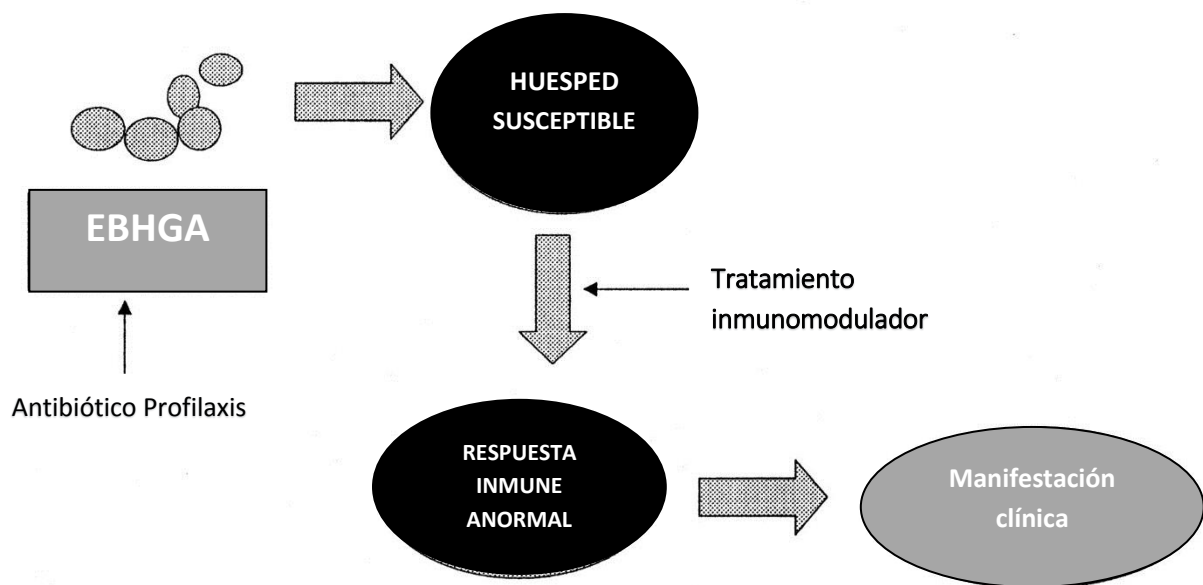


Figura 5. *Modelo Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal PANDAS* (Ulloa, Arroyo & Nicolín, 2001).

El síndrome PANDAS considera la presencia de cinco criterios clínicos: 1. Presencia de TOC y/o tics de acuerdo al DSM-IV; 2. inicio pre-puberal; 3. anomalías neurológicas como hiperactividad motora; 4. relación temporal con infección por EBHGA y 5. Curso episódico de la severidad de los SOC o tics. El inicio súbito y dramático de los síntomas con

una resolución rápida con inmunoterapia se ha documentado en muchos casos de PANDAS, a diferencia de una resolución gradual en aquellos casos de TOC pediátrico típico (Ulloa, Arroyo & Nicolín, 2001).

2.1.2 Modelo neuronal del TOC

A Rapoport (1989) se la considera la primera autora que postula una teoría neurobiológica del TOC; para ella, las funciones de los ganglios de la base en el cerebro son un hecho clave para explicar el cuadro obsesivo-compulsivo (Figura 6). De un lado, son vistas como estructuras que contienen un repertorio de patrones fijos de acción característicos de la especie que poseen significación adaptativa en comportamientos auto protectivos y, de otro lado, se organizan en un sistema de integración de estímulos sensoriales (Garijo, et al 2010).

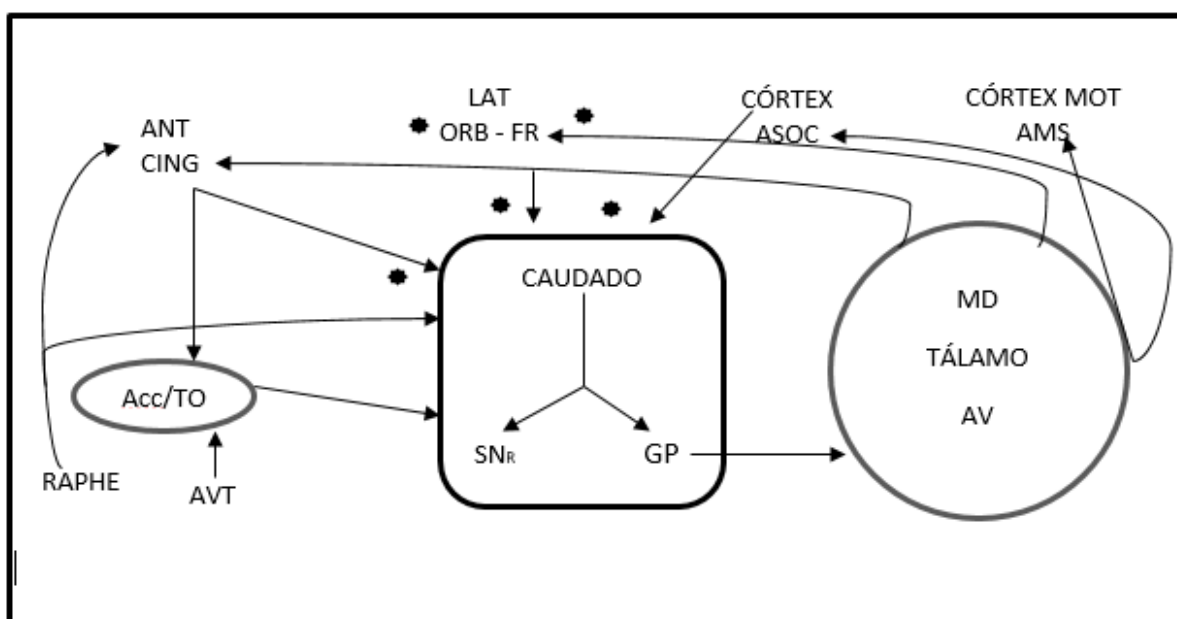


Figura 6. Modelo de circuitos que vinculan el córtex y los ganglios basales (Rapoport, 1989.)

La investigadora sostenía que en condiciones normales, determinados patrones desencadenaría estímulos específicos, por ejemplo; lavarse las manos ante la presencia de la suciedad o contaminación, y, cumplido su objetivo, señales sensoriales apropiadas haría que

el sujeto tuviera que comprobar que las manos están limpias inhibiendo esta conducta. De esta forma, las áreas corticales controlarían, a través de la estimulación sensorial adecuada que envían al estriado, el inicio, mantenimiento y, en última instancia, la inhibición de un determinado patrón de comportamiento (Rapoport, 1989).

Errores en este sistema provocarían que, por una parte, estos patrones se desencadenen ante cualquier tipo de estímulo que el sujeto perciba como peligroso, aunque no lo fuera y, por otra, sería más complicado interrumpirlos una vez que ya se han desencadenado. De esta manera, el individuo se convertiría en un ‘escéptico’ que no concede crédito a sus datos sensoriales ni confía en poder refutar la obsesión a través de la lógica (Rapoport, 1989).

En la misma línea, Baxter (1992) sugieren que una intrincada red de conexiones entre los ganglios basales y el área orbital frontal regula estos patrones fijos de comportamiento. La hiperactividad de los ganglios basales originaría la aparición de las secuencias repetitivas que se pueden observar en los rituales compulsivos.

Por otra parte, la hiperactividad del córtex frontal, sobre todo la parte orbital, podría exacerbar funciones asociadas a áreas cerebrales, provocando algunos de los síntomas típicos del TOC, como la rigidez cognitiva, aumento de la preocupación y de los sentimientos de culpa que acompañan a las obsesiones. Es bien visible la dificultad que muestran estos sujetos para flexibilizar comportamientos y cambiarlos lo que, junto con la falta de control de las interferencias de estímulos poco relevantes, acabaría por conducir a la aparición repetitiva de un mismo comportamiento, sobre el que, el sujeto ya no tendría control (Baxter, Bergman, Szuba, Guze, Mazziotta, Alazraki, Selin, Ferng & Munford, 1992)

2.1.3 Fisiopatología

La serotonina interviene con otros neurotransmisores, como; la dopamina y la noradrenalina, y estos a su vez, están relacionados con la angustia, ansiedad, el miedo y la agresividad; por lo que existe evidencia de que la serotonina (5-HT) es uno de los neurotransmisores involucrados en el desarrollo del TOC; donde se ha observado una disminución en las concentraciones del ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en líquido

cefalorraquídeo y esto se ha correlacionado con una pobre respuesta clínica a los ISRS (Kennedy & Mcdonough, 2002 & González, Palacios & Vargas, 2008).

Otro neurotransmisor involucrado es la dopamina, por la relación que sostiene con la serotonina como se mencionó anteriormente, por lo que han realizado estudios mediante tomografía por emisión de positrones donde el metabolismo de los ganglios basales se encuentra aumentado en personas con TOC; de ahí que los antagonistas del receptor dopaminérgico, los han utilizado en pacientes que no han respondido de forma adecuada al tratamiento con ISRS (Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina). Debe enfatizarse que tanto la fluoxetina como la clorimipramina, ISRS clásicos, ejercen también acciones sobre la dopamina (Kennedy & Mcdonough, 2002). En la figura 7 se muestran los modelos teóricos biológicos.

Figura 7.
Supuestos de los modelos teóricos biológicos (Elaboración propia).

<i>Teoría biológica</i>	<i>Autor</i>	<i>Supuesto</i>	<i>Año</i>
Modelos genéticos y etiológicos	Hemmings, Kinnear, Lochner	Bases genéticas con riesgo de agregación familiar y heredabilidad.	2003
	Chabane, Delmore, Krebs	Factores ambientales, influyen en el desarrollo del TOC.	2004
	Ulloa, Arroyo & Nicolin	(PANDAS)	2001
Modelo neuronal del TOC	Rapoport	Teoría neurobiológica del TOC.	1989
	Baxter	La hiperactividad de los ganglios basales.	1992
Fisiopatología	Kennedy & Mcdonough/González, Palacios, Vargas	La serotonina interviene con otros neurotransmisores, dopamina y noradrenalina.	2002 2008
	Kennedy & Mcdonough	Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina (ISRS).	2002

2.2 Explicaciones psicológicas

En el siglo XX comenzaron a desarrollar modelos psicológicos que pretendían explicar el origen y el mantenimiento del TOC, los primeros fueron psicoanalíticos definidos por Freud y Janet los cuales fueron criticados ampliamente en lo que refieren a su escaso anclaje empírico y a las posibilidades de comprobación científica de sus postulados. Posteriormente apareció el movimiento conductual, así como, los cognitivo conductuales, los cuales han hecho una gran aportación para el tratamiento y mantenimiento del trastorno, aportando explicaciones fundamentales y rigurosas desde el punto de vista metodológico (Belloch, Cabedo, Carrió, 2011).

2.2.1 Modelo psicoanalítico

La explicación psicoanalítica del TOC más conocida, es la de Freud, donde existe una fijación en un estadio particular del desarrollo psicosexual que determinara la naturaleza del trastorno, apareciendo posteriormente en la vida de la persona que lo padece.

El estadio anal y el fálico desempeñan para este enfoque un papel central en la aparición del TOC. La supuesta relación entre rasgos de crueldad y erotismo anal de las neurosis compulsivas convenció a Freud de la existencia de un estadio anal- sádico del desarrollo. La fijación a este estadio determina el desarrollo de la personalidad obsesiva (Freud, 1967, en Jakes & Aldekoa, 2001).

Por ello, el TOC desde el punto de vista de la vida pulsional, se da por ambivalencia, fijación a la etapa anal y regresión; desde la perspectiva tópica, por una relación sadomasoquista interiorizada en forma de tensión entre el Yo y un Superyo cruel. (Laplanche & Pontalis, 1974).

Freud afirmaba las especulaciones de Melanie Klein quien considero que en el segundo estadio de la fase anal se iniciaba la neurosis obsesiva, pero no se manifestaba, si no, hasta el periodo de latencia; es decir, a los 5 años. Como se muestra en la figura 8.

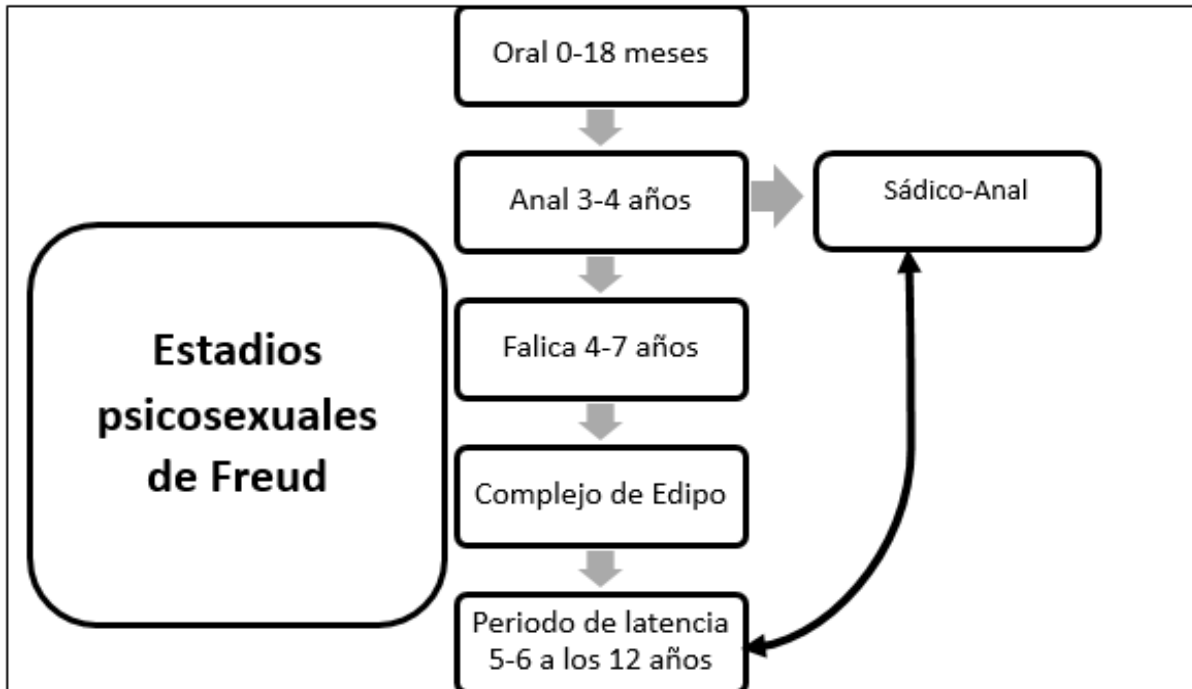


Figura 8. *Modelo de los estadios de Freud, 1967 (Elaboración propia).*

Posteriormente Ana Freud propuso que la neurosis obsesiva se podría producir como consecuencia de una maduración precoz del Yo y del Superyo en relación con el Ello, o cuando hay una duración normal de estas estructuras seguidas en una regresión por el Ello (Jakes, 2001).

Seguidamente, los psicoanalistas lacanianos continuarían con las teorías de Freud y abordarían la analidad y agresividad junto con la función del padre en sujeto obsesivo, concluyendo que cuando más fuerte fuese el conflicto entre el hijo y los padres, más afectaría al desarrollo del niño y más probabilidades tendría de padecer el trastorno (Alcázar, Ruiz & Olivares-Olivares, 2010).

En general, las teorías psicoanalíticas postulan que las respuestas obsesivas compulsivas se desarrollarían a partir de las consolidaciones y regresiones al estado anal como formas de defensa contra la agresividad inconsciente. El tratamiento psicoanalítico consiste en lograr que la persona pueda llegar a tomar consciencia de su agresividad reprimida a través de la asociación libre de ideas, la interpretación de los sueños entre otras (Jakes, 2001).

2.2.2 Modelo conductual del aprendizaje

El aprendizaje dentro de la teoría conductual se define como un cambio relativamente permanente en el comportamiento, que refleja una adquisición de conocimientos o habilidades a través de la experiencia. Es decir, se excluye cualquier cambio obtenido por simple maduración. Estos cambios en el comportamiento deben ser razonablemente objetivos y, por lo tanto, deben poder ser medidos (Papalia & Wendkos, 1987).

La explicación conductual del aprendizaje relativa al TOC se basa en la teoría del aprendizaje de dos factores de Mowrer (1939, 1960 en Jakes & Aldekoa, 2001) la cual fue formulada principalmente para explicar síntomas de miedo y evitación. Pero también se ha aplicado para comprender el trastorno; esta consta de dos fases la primera es el aprendizaje; el condicionamiento clásico y el segundo, el condicionamiento operante (Dollard & McConaghy, 1975 & Solares, 2007).

En la primera fase un estímulo neutro se convierte en un estímulo condicionado al asociarlo a un estímulo no condicionado que de inmediatamente provoque en el sujeto ansiedad. El estímulo neutro adquiere entonces las mismas propiedades que el estímulo no condicionado y en consecuencia evocara la ansiedad convirtiéndose así en un estímulo condicionado. La segunda fase consiste en el refuerzo negativo, proceso según el cual se aprenden nuevas respuestas para disminuir la ansiedad en presencia del estímulo condicionado. Estas respuestas aprendidas se denominan evitación o escape. Con ellas la persona que padece TOC consigue anular o reducir la ansiedad por lo que son refuerzo negativo (Yaryura, 1997).

Entonces la respuesta de la persona que padece TOC es de huida o evitación y adquiere conductas centradas a la neutralización de la conducta; es decir, la ejecución de rituales o compulsiones que conducen a la desaparición de la obsesión que le causa ansiedad

Explicada de otra manera, en la primera fase como esta explicito anteriormente existe un estímulo condicionado; por ejemplo, en una casa funeraria, puede generar la obsesión en torno a la muerte y esta da pie a la ansiedad. Durante la segunda fase, se lleva a cabo una idea compulsiva, ya sea en forma de repetición de alguna frase o de una acción que tenga significado para la persona que padece el TOC que da paso a la acción ritualizada que reduce

la ansiedad y, mediante esta acción, se convierte en refuerzo negativo (Jakes & Aldekoa, 2001).

De Silva (1965) complementa el modelo más tarde el modelo añadiendo que la persona que padece aprende a huir de la ansiedad o minorizarla diciendo: “el modelo es esencialmente uno de reducción aprendida de la ansiedad”. En el TOC la conducta de evitación puede ser pasiva; por ejemplo, no tener contacto con objetos considerados por la persona como contaminados o activa; comprobar si existe contaminación (Aldekoa, 2001 & Gray, 1982). Un ejemplo de conducta de evitación o huida sería; limpiar una y otra vez para eliminar lo que se cree que está contaminado.

En defensa y apoyo al modelo conductual del aprendizaje Rachman (1980) y De Silva (1988) demostraron que las compulsiones están provocadas por eventos ambientales que las personas que padecen el trastorno están expuestas en su mayor tiempo de actividades habituales, por que experimentan un aumento de la ansiedad neutralizándolo a partir de sus compulsiones reduciendo su incomodidad.

Sin embargo Gray (1971) no estaba de acuerdo con los supuestos de Miller-Mowrer el sustentaba que el miedo primero aumenta pero después disminuye de compulsión a compulsión, debido a las pruebas neutralizadoras del miedo de las respuestas de evitación; en consecuencia, con el tiempo las conductas de evitación podrían persistir durante largos periodos en ausencia de miedo (Jakes & Aldekoa, 2001). Por lo que decía que lo que efectúan los pacientes con TOC es la vinculación o sentimiento de seguridad, que refuerza la repetición y persistencia de la conducta de evitación (Figura 9).

Otro de los modelos teóricos propuestos fue el Watts (1971) quien propuso que la experiencia de un suceso estresante sensibilizaría al individuo ante estímulos que tuvieran una tendencia innata a evocar respuestas de miedo y Teasdale (1974) respaldó esta teoría afirmando que no solo los miedos innatos son capaces de producir sensibilización si no que los sucesos podrían precipitar respuestas de ansiedad aprendidas durante la infancia (Aldekoa, 2001).

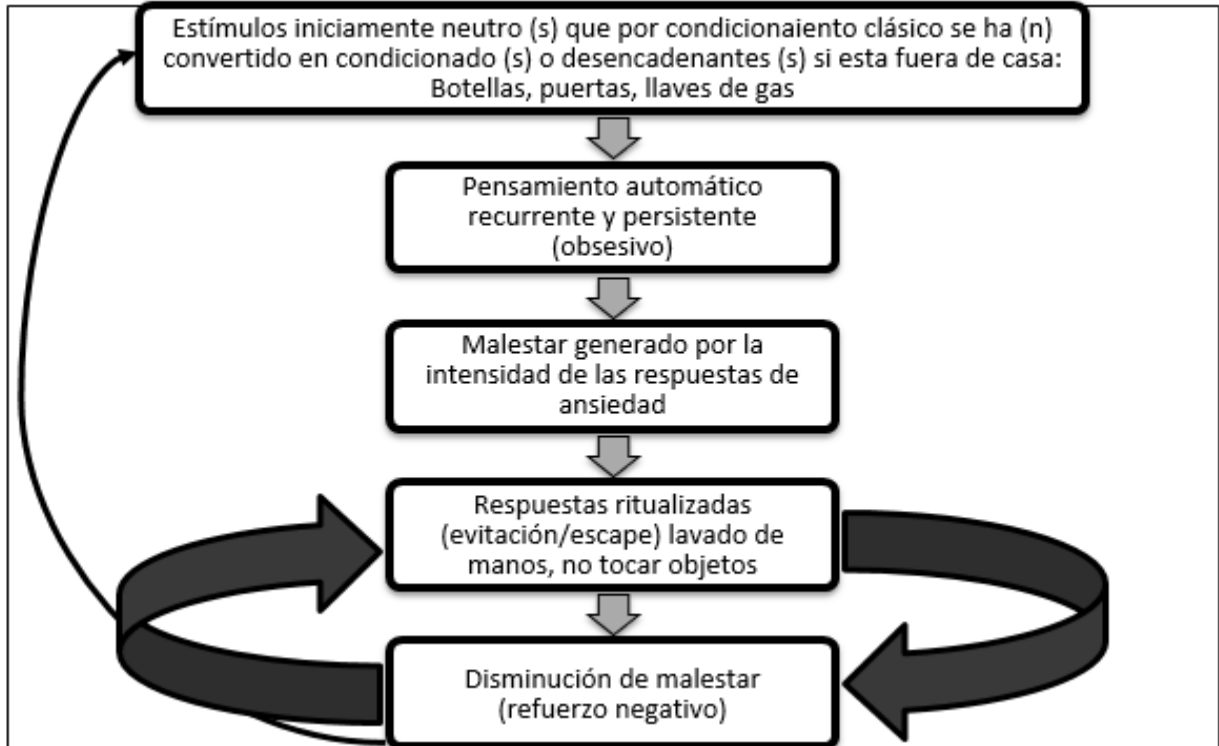


Figura 9. Síntesis del proceso de aprendizaje del TOC según la Teoría Bifactorial (Jakes & Jasone Aldekoa, 2001).

2.2.3 Modelo cognitivo

El primer modelo cognitivo que se plantea es el de Carr (1974) postula la existencia de estrategias de valoración e interpretación errónea de los pensamientos, basadas en creencias y supuestos sobre el mundo, que a su vez dan lugar a estrategias erróneas de afrontamiento (Jenike, Lee-Baer & Minichiello, 2001).

Según este modelo, la valoración del riesgo (valoración primaria) va seguida de una segunda valoración sobre la capacidad para afrontar la situación (valoración secundaria). Es decir, la valoración primaria son aquellas cogniciones o pensamientos intrusivos que mantiene la persona con TOC, mientras que la secundaria son la evitación o compulsión (Jenike, et al. 2001).

Posteriormente, McFall y Wollersheim (1979), reformularon el modelo de Carr, planteando que las valoraciones irreales acerca de las amenazas, son producto de patrones de pensamiento irracional, y provocan ansiedad (Bellack, Hersen & Salkovskis, 1998) que se

producen a partir de cuatro supuestos dentro de la valoración primaria; competencia, certeza, castigo y necesidad de evitar cualquier crítica, lo que da lugar a la subestimación de su capacidad de afrontamiento que a su vez causa incertidumbre permanente a perder el control, lo que provoca rituales y rumiaciones obsesivas para contrarrestar el malestar.

También plantean que los pacientes con TOC presentan dificultades en sus valoraciones secundarias, es decir, en las valoraciones que realiza el paciente acerca de los recursos que dispone para hacer frente a la amenaza percibida.

Por otro lado, Reed (1985), explica el trastorno como un déficit en el procesamiento de la información, sosteniendo que las personas que padecen TOC tienen dificultades en la organización e integración de la experiencia con base en: a) dificultad para discriminar en una situación, entre lo relevante y lo irrelevante, b) dificultad para categorizar la información que procesan, c) déficit en el almacenamiento de la información en la memoria a largo plazo, d) dificultad en generar predicciones sobre el miedo, y e) dificultad para tomar decisiones.

El investigador también concluye el fracaso en la categorización y en la integración espontánea de la información que conduce a una sobre-estructuración de la información recibida; es decir, los pacientes intentan compensar su déficit al imponer límites artificiales rígidamente definidos. De esta manera, Reed (1985) explica que las repeticiones en el TOC se deben a deterioros en el proceso inhibitorio, y los rituales son ejemplos de ello (Belloch, Sandín & Ramos, 1995).

Posteriormente Barlow en 1988 plantea principalmente dos tipos de vulnerabilidad en referencia a los trastornos de ansiedad: biológica y psicológica y hace referencia a los pacientes con TOC, afirmando que tienen mayor probabilidad que otras personas, de reaccionar al estrés con fuertes respuestas emocionales negativas (Jenike, et al. 2001).

Es decir, los pacientes que han aprendido que algunos pensamientos son peligrosos e inaceptables, para sí mismos e intentan evitar o suprimir cuando aparecen hacen que la recurrencia de los mismos aumente la ansiedad, lo cual genera emociones negativas y una sensación de falta de control. De esta manera, se arma un círculo vicioso, donde la atención se centra en los pensamientos intrusivos que terminan convirtiéndose en estímulos discriminativos generadores de ansiedad (Salkovskis, Richards & Forrester, 2000).

El contenido de las obsesiones está determinado por las experiencias de aprendizaje de la persona que padece de TOC. Las compulsiones son intentos de controlar los pensamientos intrusivos. Finalmente, Barlow afirma que este proceso se acompaña por un deterioro en el estado de ánimo (Belloch, Sandín & Ramos, 1995).

Más tarde en 1988 Foa, Kozak y McCarthy afirman que los trastornos de ansiedad se dan deterioros específicos en los prototipos de memoria afectiva; diferencian los miedos neuróticos de los miedos normales, al mencionar que en los primeros hay, una estimación errónea de la amenaza, un valor negativo para los eventos amenazantes, elementos excesivos de respuesta, y resistencia al cambio (Alcázar, Ruiz & Olivares-Olivares, 2010).

En referencia al TOC plantean que en la mayoría de las personas con este padecimiento, existe miedo a causarse daño a sí mismo u otros, y miedo a la culpa o amenaza. A su vez, afirman que en el TOC se dan déficit cognitivos, que se manifiestan en tres áreas: (a) razonamiento epistemológico, es decir que en ausencia de evidencia clara de seguridad, asumen que la situación es peligrosa, (b) sobreestimación dada, y (c) deterioro en la integración y organización de la información, que se acentúa frente a material relacionado con el miedo (Belloch, et al. 2002).

Por otro lado el modelo de Salkovskis, el cual ha sido el mejor articulado y validado empíricamente hasta el momento, por lo que es el modelo que se ocupara para la presente investigación. Plantea que lo que diferencia a los sujetos con TOC de las personas sin el trastorno, no es la presencia de intrusiones obsesivas sino la valoración o interpretación que el sujeto les da (Alcázar, et al.2010).

En sus primeros estudios sobre el TOC, diferencia entre “pensamientos automáticos negativos” y obsesiones intrusivas. Considera que las obsesiones o intrusiones se dan normalmente en la población general, sin un grado significativo de malestar y para explicar toma el concepto de “pensamientos automáticos negativos” de Beck, quien los define como pensamientos que son generados por estímulos (acontecimientos externos o pensamientos) A partir de este supuesto afirma que la persona con TOC no cuestiona su validez o grado de realidad de su obsesión por lo que propone establecer diferencias entre los pensamientos automáticos negativos y las obsesiones, según:

- a) El grado de intrusión percibido.
- b) El grado de accesibilidad a la conciencia.
- c) El grado en que son consistentes con el sistema de creencias.

De esta manera, las obsesiones resultan irracionales e inaceptables, mientras que los pensamientos automáticos son reales y plausibles (Jenike, et al. 2001). Considerando al pensamiento, imagen o impulso obsesivo como un estímulo que puede provocar un determinado pensamiento automático negativo.

En la Figura 10 se muestra detalladamente el modelo de Salkovskis.

Asimismo, la perturbación afectiva que experimentan los pacientes surge a partir de los pensamientos automáticos acerca de la intrusión, y no de la obsesión misma (Oppen & Emmelkamp, 2000).

Por otro lado las compulsiones Salkovskis las define como intentos de reducir la posibilidad de ser responsable del daño que pueda derivarse para uno mismo o para otros, a partir de los pensamientos automáticos que surgen de cierta intrusión dependiendo de la experiencia previa, y la medida en que han logrado reducir el malestar en el pasado (Salkovskis, Richards y Forrester, 2000).

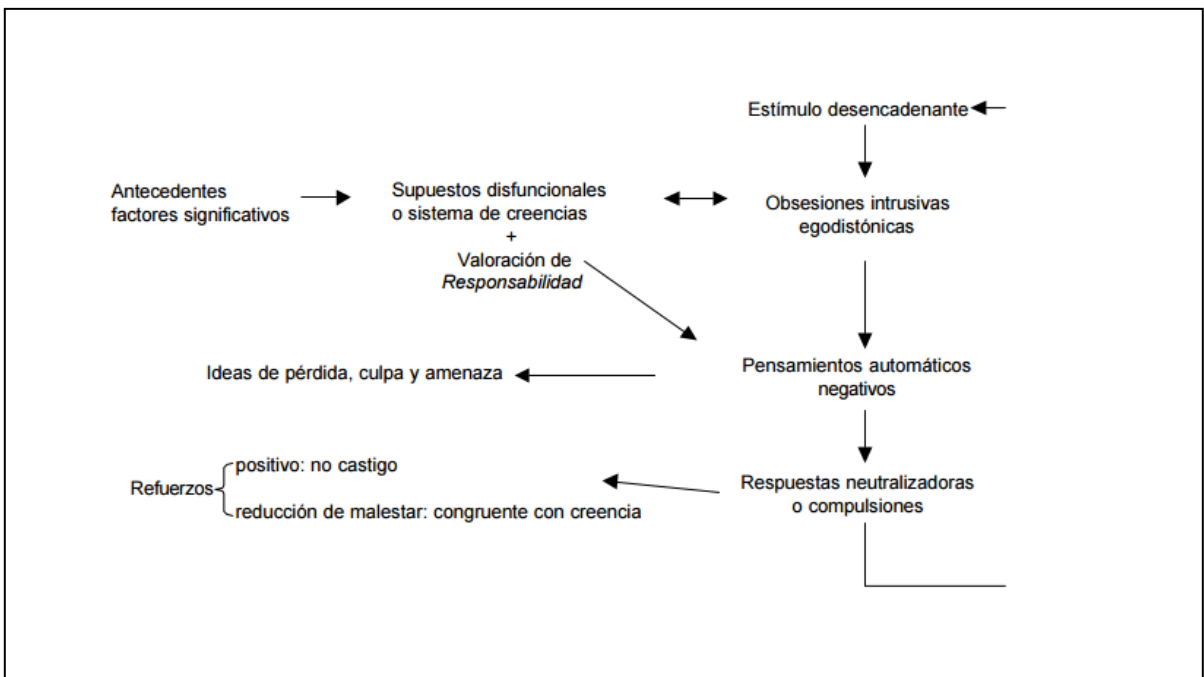


Figura 10. Modelo de Salkovskis, adaptada por Belloch, Sandín y Ramos, 1995.

Sin embargo en la actualidad también existen modelos neuropsicológicos que explican la aparición del trastorno evaluando estas dos partes importantes que engloban al TOC.

2.3 Modelos Neuropsicológicos

En los modelos neuropsicológicos actuales están basados en las disfunciones cognitivas, es decir; las funciones ejecutivas y la memoria esto hacen referencia a un problema intermedio entre las alteraciones neurobiológicas en el sistema frontoestriado y la fenomenología clínica del TOC.

Por una parte las alteraciones de las áreas orbitofrontales afectan a las funciones ejecutivas, responsables de la planificación de las acciones, resolución de problemas y adaptación de la persona con TOC (Benson & Stuss, 1984), por lo que si estas áreas resultan lesionadas, provocan inflexibilidad y disminución de la respuesta de inhibición. Estos procesos de flexibilidad cognitiva e inhibición de respuesta, se hallan disminuidos en los sujetos con el trastorno y podrían indicar una alteración de la corteza prefrontal, especialmente de las áreas orbitofrontales (Garijo, Ruipérez & Barros-Loscertales, 2010).

Las alteraciones cognitivas son análogas a algunos síntomas clínicos del trastorno, como los pensamientos intrusivos y la dificultad para distraerse para inhibir compulsiones u otras respuestas repetitivas o estereotipadas (González, Palacios & Vargas, 2008).

Recientemente, Henry (2006) en un estudio encontró que, los TOC no solo reflejan una disfunción ejecutiva, sino, más bien un defecto cognitivo generalizado. Por lo que se refiere a la investigación de subgrupos de TOC, por otro lado Lawrence et al (2006), examinaron la especificidad de las dimensiones sintomáticas del TOC y su relación con funciones neuropsicológicas, utilizando un análisis de regresión múltiple. Los resultados fueron que tanto los pacientes obsesivos como los controles tuvieron un rendimiento similar en la tarea de toma de decisiones, mientras que los pacientes acumuladores exhibieron déficit en el Iowa.

Como se muestra en la figura 11 en resumen los modelos teóricos neuropsicológicos.

Figura 11.*Supuestos de los modelos neuropsicológicos (Elaboración propia).*

<i>Autor</i>	<i>Supuesto</i>	<i>Año</i>
Benson & Stuss	Áreas orbitofrontales.	1984
Henry	Defecto cognitivo generalizado.	2006
Lawrence et al	Especificidad de las dimensiones sintomáticas del TOC.	2006

Al analizar las explicaciones teóricas sobre el origen y mantenimiento del TOC se observaron tres grandes orientaciones; la biológica, la psicológica y la neuropsicológica.

En los modelos biológicos destacan los modelos genéticos y etiológicos, donde se concluye principalmente datos de concordancia gemelar y la agregación familiar y se indica la importancia de ciertos factores genéticos dentro del TOC, pero es necesario, tener más investigación para asegurar esta implicación con certeza ya que tendríamos que rechazar la teoría de los factores sociales que implican en el desarrollo de los menores que padecen el trastorno en esta rúbrica.

Posteriormente los modelos psicológicos, comenzando por el psicoanalítico, donde no se profundizó ya que al día de hoy, no existen pruebas metodológicas para la formulación de una explicación de sus constructos.

Por otro lado los modelos conductuales del aprendizaje pose una clara contribución del mantenimiento de las respuestas compulsivas, complementándose con los modelos cognitivos demostrando la aparición de las obsesiones, así como, su mantenimiento de las mismas con el modelo de Salkovskis, el cual ha sido el mejor planteado empíricamente hasta el momento; donde sustenta que el sujeto debe darle una valoración exagerada a la presencia de intrusiones obsesivas para el desarrollo de las compulsiones lo que refuerza el pensamiento repetitivo.

Sin embargo, después de la evaluación de las teorías se puede concluir que ninguna complementa de manera sensata la aparición y mantenimiento del trastorno pues solo cubren

una de las dos rubricas del mismo por lo que es importante generar instrumentos válidos y confiables para realizar investigaciones acerca del origen del TOC.

CAPÍTULO III

INSTRUMENTOS DE MEDICION

El diseño de instrumentos de medición ha sido uno de los campos de aplicación relevantes en el que hacer de la psicología científica; en lo que corresponde a la medición de la conducta del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), existen escalas con validez y confiabilidad, aunque antes no era así, debido a las limitaciones de muchos de los instrumentos (Goodman, Lawrence, Price & Wayne, 2001).

Entre estas limitaciones se encontraba: a) la falta de especificidad para los síntomas obsesivos compulsivos, b) la confusión entre las medidas de las variables rasgo y estado, c) la posibilidad de evaluar solo ciertos tipos de obsesiones y compulsiones y d) las limitaciones de los análisis realizados para determinar las propiedades psicométricas de estos instrumentos. Asimismo esto a dificultado a los autores la comparación homogénea de resultados obtenidos en estudios sobre la sintomatología del TOC (Goodman, Lawrence, Price & Wayne, 2001).

Por lo que es suma de importancia contar con instrumentos válidos y confiables para investigar acerca del mismo, reconociendo las herramientas útiles para cada caso, y así,

mejorando de esta manera las evaluaciones y documentaciones de los pacientes que lo padecen incrementando de manera simultánea la efectividad de los tratamientos.

3.1 Construcción de escalas

En población mexicana existen pocas escalas estandarizadas para evaluar el trastorno obsesivo compulsivo, por lo que suelen emplearse instrumentos de origen extranjero. Es por eso que los instrumentos deben ser traducidos al idioma, además de ser adaptados a nuestra cultura ya que en algunas ocasiones se piensa que es suficiente con el cambio de idioma para evaluar a la psicopatología. Sin embargo, es de suma importancia realizar una revisión de palabras empleadas dentro de nuestro contexto, para no alterar la validez y confiabilidad del instrumento, o bien realizar un instrumento de acuerdo a nuestra población, por ello aquí se hablara de conceptos involucrados con estos aspectos que nos ayudaran a tener un mejor entendimiento de la utilización de escalas válidas y confiables.

Antes de utilizar o realizar una prueba de medición se deben examinar las propiedades psicométricas del instrumento. Entre ellas la confiabilidad y la validez son muy importantes ya que son con base en la credibilidad del instrumento y los datos del mismo.

3.2 Confiabilidad

Fiabilidad, predictibilidad, consistencia, exactitud, son algunos de los sinónimos de confiabilidad. Thorndike (1951) afirmaba que la cantidad de error puede ser grande o pequeña, pero está siempre presente en cierto grado. En este sentido es una propiedad de las puntuaciones obtenidas cuando se administra una prueba a un grupo particular de personas. Entonces un instrumento es confiable o no dependiendo del grado de errores que contengan los datos que produzca (Aiken, 2003 & Kerlinger 1988).

En otras palabras la confiabilidad está relacionada con la precisión que tiene un instrumento para medir aquello que se desea; es decir, que es la ausencia relativa de errores de medición en un instrumento (Kerlinger & Lee, 2002).

Por otra parte, Drost (2011) la define como la estabilidad de la medición a través de una variedad de condiciones en las que básicamente deben obtenerse los mismos resultados.

Por tanto, la confiabilidad se define entonces, como el grado en que un instrumento produce resultados consistentes (Hernández-Guzmán, 2010). Por medio de ella se puede determinar la exactitud de los datos obtenidos al aplicar los instrumentos (Bermúdez, 2014).

La confiabilidad de una prueba se expresa con el número decimal positivo que fluctúa entre cero y uno, donde uno indica una confiabilidad perfecta, mientras que cero indica una falta absoluta de confiabilidad (Aiken, 2003). Esto se obtiene a través de fórmulas que arrojan el coeficiente de confiabilidad con las que se considera si existe error de medición.

Se sabe que existen tres maneras de agrupar los métodos de confiabilidad; por estabilidad temporal y por consistencia interna que para fines de esta investigación es el que se utilizará.

El método de consistencia interna consiste en examinar que tan unificados se encuentran los reactivos de una prueba (Gregory, 2012), por lo que será empleado para calcular la confiabilidad de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva en Niños con base en el cálculo del Alpha de Cronbach el cual requiere de una única aplicación del instrumento y se obtiene mediante la consistencia de la respuesta del participante con respecto a los reactivos del instrumento (Flores-Herrera, Bustos & Villegas, 2013).

3.3 Validez

La validez es una forma de saber si un instrumento de medición mide lo que realmente pretende medir, con base en un estudio arduo acerca de la naturaleza y significado de las variables y depende de los hallazgos empíricos (Aiken, 2003 & Kerlinger & Lee, 2002). En este sentido interpreta la relación entre la teoría y los reactivos de un instrumento, así como, la relación empírica entre la hipótesis y el objeto medido (Nadelsticher, 1983 en Flores-Herrera et al., 2013).

Un instrumento tiene diferentes tipos de validez, esto depende de los objetivos específicos para los que es diseñada, la población a la que va dirigida, las condiciones de su

aplicación y los contenidos de constructos. De acuerdo con Aiken (2003) los métodos por los cuales pueden determinarse la validez; es analizar el contenido de la prueba, calcular la correlación entre las calificaciones en la prueba y las calificaciones e investigar las características psicológicas particulares o constructos medidos por la prueba.

Por lo tanto la validez se encargara de medir los rasgos o características del instrumento, sin embargo hay tipos de validez, para determinar la misma en la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva en niños se utilizara la validez de contenido y de constructo para fines de la investigación.

Validez de contenido

Es la representatividad o suficiencia de muestreo del contenido de un instrumento de medición, es decir, de sus áreas materias, temas, subtemas, preguntas, reactivos, ítems o tópicos (Flores-Herrera et al, 2013). En otras palabras, determina si los reactivos del instrumento o cuestionario están midiendo el constructo que se pretende analizar en este caso la sintomatología obsesiva compulsiva.

De acuerdo con Drost (2011) existen dos formas de analizar la validez de contenido; a partir de una serie de preguntas sobre el instrumento o bien con base en expertos en la materia de lo que se pretende analizar.

Y para fines de la investigación que se realiza, se utilizará el coeficiente de interjueces donde se pide a uno o más expertos que indiquen, si cada uno de los reactivos de la prueba mide el constructo y después se mide el grado de acuerdo o consistencia del mismo; es decir que se compara el mismo reactivo entre dos o más jueces con base en el grado de acuerdo y determina la validez de contenido (Drost, 2011). Por tanto la validez de contenido refleja un dominio específico de lo que se mide.

Validez de constructo

Este tipo de validez es considerada la más importante, indica que tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico (Bermudez, 2014). Este tipo de validez determina el significado del instrumento, en otras palabras qué está midiendo y cómo lo está haciendo; reflejando el alcance que tiene para satisfacer las expectativas teóricas (Kerlinger & Lee, 2010).

A manera de conclusión se puede considerar a la validez y a la confiabilidad como dos condiciones necesarias e importantes en todo instrumento de medición, ya que con ellas se puede precisar un instrumento como adecuado o no para medir el objeto de investigación.

Por lo que, se debe especificar que para este estudio se utilizó la validez de contenido y la de constructo dado a los objetivos y fines de la misma, ya que es necesario determinar que la escala mida lo que tiene que medir, clasificando los reactivos por factores. La confiabilidad de la escala, se calcula con base en el coeficiente de alpha de Cronbach, ya que se requiere de una aplicación del instrumento y se calcula a partir de la consistencia de los participantes de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva.

3.4 Evaluación del TOC

México existen muy pocos estudios relacionados con la sintomatología del TOC, así como, escalas para medir e identificar la sintomatología y el deterioro que produce en las personas. Estas escalas en su gran mayoría evalúan el trastorno o el deterioro del mismo además de ser extranjeras, lo cual ha hecho primordial el interés de llevar a cabo adaptaciones, dejando a un lado la principal tarea que debe de ser la construcción de instrumentos con forme a la cultura, idioma y contexto de nuestro país.

Por tal motivo se analiza la literatura especializada mostrando los estudios e instrumentos nacionales y extranjeros para resaltar los elementos teóricos que nos permiten encaminar la importancia del desarrollo de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva en Niños.

Dentro de estudios internacionales revisados, uno de los instrumentos utilizado frecuentemente es el Inventario de Obsesiones de Leyton (LOI) Inventario desarrollado por Cooper en 1970, es el primer inventario que aparece para evaluar el trastorno obsesivo-compulsivo, (Ibáñez, 2002). El instrumento está integrado por 69 ítems con formato de respuesta Sí/No, de los cuales 46 hacen referencia a síntomas y 23 a rasgos obsesivos (Buela-Casal, 1996).

Evaluando cuatro escalas: prevalencia de síntomas, prevalencia de rasgo, grado de interferencia y grado de resistencia (Ibáñez, 2002). El análisis de los componentes principales sobre las respuestas de sujetos normales indica tres componentes: limpieza y orden,

sentimientos de inacabado, comprobación y repetición; además, se pueden identificar otros dos componentes que hacen referencia a pensamientos desagradables y hábitos rígidos y metódicos (Ibáñez, 2002).

En Puerto Rico, por otro lado crearon un instrumento para niños y adolescentes ya que el 50% de los casos de TOC comienzan en la niñez de 8 a 16 años de edad. La muestra para este estudio constó de 100 niños/as y adolescentes entre las edades de 8 a 16 años. De éstos, 20 con un diagnóstico de TOC siendo 14 de sexo masculino y 6 del femenino y 80 donde 24 eran masculinos y 46 femeninas los cuales no poseían ningún diagnóstico psiquiátrico, según la información obtenida por los padres y las madres. La edad promedio de los participantes en el grupo TOC fue de 13.85 (DE= 2.41) y en el grupo sin diagnóstico psiquiátrico fue de 12.91 (DE= 2.43) (García-Domínguez, Sayers, Martínez-Taboas, 2009).

La ESOC obtuvo un índice de consistencia interna de .97. Realizaron un análisis exploratorio de factores y encontraron cuatro factores: obsesiones y compulsiones primarias .96, obsesiones y compulsiones secundarias .92, escala relacionada a la limpieza .90, escala de perfección .82; estos cuatro factores explicaron el 59.8% de la varianza total del instrumento. El análisis de varianza (ANOVA) demostraba que existía diferencia significativa entre las puntuaciones de ambos grupos: el grupo TOC tuvo un promedio de puntuaciones mucho más alto que el grupo sin diagnóstico (40.55 vs. 6.01).

Por otra parte, las escalas validadas y adaptadas para población mexicana, que son empleadas en diferentes investigaciones e institutos de salud dirigidos al TOC son: la Escala de Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones para Niños y adolescentes entre 8 y 16 años, (CY-BOCS) Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Scahill, Riddle & McSwiggin-Hardin, 1997; traducida al español (Nicolini, Herrera, Paez, Carmona, Orozco, Lodeiro & de la Fuente, 1997) que ha sido también validado para diferentes poblaciones incluyendo México, por su confiabilidad es la escala Yale-Brown para niños y adolescentes, este evalúa la severidad del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) mediante una entrevista clínica aplicada al paciente y su padre que incluye la calificación sumaria del clínico.

Para determinar la validez y confiabilidad de la versión en español de la escala Yale-Brown para TOC en niños y adolescente en México, se realizó la traducción al español, retraducción al inglés y adaptación de la escala, evaluando 28 pacientes (75% hombres) con

edad promedio de 12,1 ($\pm 2,7$) años que acudieron a dos instituciones públicas de atención psiquiátrica de la ciudad de México; donde se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach y la correlación con el diagnóstico de TOC mediante la entrevista diagnóstica (K-SADS-PL) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime version (Ávilad, Higueraa, Nicolinic, Palacios & Ulloaa, 2004).

Para la evaluación de la confiabilidad interevaluador las entrevistas se video grabaron y calificaron por tres evaluadores independientes. Se obtuvieron los coeficientes de correlación intraclase de las calificaciones dadas por los pacientes, los padres y los sumarios clínicos.

Los resultados de la puntuación total del CY-BOCS para la muestra fue $16,5 \pm 9,8$ obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.87; la correlación con el diagnóstico de acuerdo al K-SADS-PL fue de 0,60 ($p \leq 0,05$). Por otro lado los coeficientes de correlación intraclase para las calificaciones de acuerdo a los reportes de los pacientes, los padres y las calificaciones asignadas para el clínico fueron de 0,96, 0,94 y 0,92, respectivamente.

Finalmente se concluyó que la versión en español de la escala Yale- Brown es un instrumento válido y confiable, útil para la evaluación de pacientes pediátricos con TOC mexicanos (Ávilad, Higueraa, Nicolinic, Palacios & Ulloaa, 2004).

Otro instrumento de evaluación es la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997) traducida al español (Hernández-Guzmán, Bermúdez-Ornelas, Spence, González, Martínez-Guerrero, Aguilar & Gallegos, 2003), que mide síntomas de ansiedad con cuatro opciones de respuesta tipo Likert además, contiene 6 ítems positivos de relleno para contrarrestar el sesgo negativo de los anteriores, y cuya calificación no se califica, ni se toma en cuenta en los análisis. Evaluando 6 factores: Pánico-Agorafobia (9), Ansiedad por Separación (6), Fobia Social (6), Miedo al Daño Físico (5), Trastorno Obsesivo-Compulsivo (6), Ansiedad Generalizada (6). Se califica mediante la suma de los puntos obtenidos para cada ítem. A mayor puntaje, más ansiedad.

Como podemos observar en México se han realizado adaptaciones de instrumentos internacionales que evalúan el TOC sin embargo Laura Hernández-Guzmán la más reciente escala de TOC-UNAM construida y validada por Hernández-Guzmán, Bermúdez, Gil,

Salazar, Uribe, & Zermeño (2003). La cual evalúa el trastorno y la ansiedad que provoca el trastorno obsesivo compulsivo con base en el DSM-IV, a partir de un termómetro a modo de escala Likert en la cual los menores colorean el termómetro (0) nada, (1)regular y (2) tanto como te imagines, la cual aporta una manera de dirigirse a los niños menores de 7 y 8 años, sin embargo los criterios del DSM han sido actualizados por lo que las escalas de nuestro país también deben hacerlo conjuntamente para estandarizar los síntomas del trastorno con otros especialistas.

En México no hay instrumentos que aporten datos concretos sobre la manifestación de la sintomatología que prevengan la incubación y evolución del trastorno. Por otro lado ninguna de las herramientas anteriormente descritas se adecuan a los avances del DSM-V y es importante, ya que esta problemática se observa en los consultorios clínicos, un ejemplo de ello son las clínicas multidisciplinarias de la UNAM donde existe alta presencia de niños que reportan síntomas relacionados con el trastorno, quienes además presentan deficiencias en el rendimiento académico, debido al tiempo invertido en los pensamientos repetitivos y las conductas empleadas, además de retraimiento con sus pares, es decir que el TOC afecta directamente el desarrollo social, escolar y afectivo del infante.

CAPÍTULO IV

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con base en la revisión hecha anteriormente se considera el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) un constructo caracterizado por dos elementos sintomatológicos: las obsesiones, referidas a las intrusiones mentales que generan ansiedad, y las compulsiones, acciones mentales o conductas destinadas a neutralizar la aparición de las obsesiones (Kessler, Berglund, Demler, Robertson, et al, 2005; Fontenelle & Hasler 2008 & Behobi, Walter, García & Fernández-Álvarez, 2013).

Actualmente en México se ha reportado una prevalencia del 2.3% en población clínica la cual es similar a lo reportado en la bibliografía internacional que abarca un rango entre el 1% al 4% en población abierta (Vargas, 2008). Hasta el momento no existen cifras que hablen específicamente del trastorno en niños y adolescentes en nuestro país, a causa de que una gran parte de la población no acude a solicitar servicios profesionales. Sin embargo en los últimos años, ha adquirido gran relevancia para la psicología clínica no sólo por la alta incidencia sino porque del 30 al 50% de los adultos con TOC reportan que sus síntomas iniciaron durante la niñez (Ulloa, Palacios & Sauer, 2011).

La detección oportuna es primordial, ya que, de acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, 57.3% de los individuos que sufren trastorno obsesivo compulsivo no han recibido tratamiento (Fineberg, Krishnaiah, Moberg & O'Doherty, 2008). Aunado a las personas que no son conscientes de que sus síntomas pertenecen a una enfermedad, se avergüenzan y piensan que no hay tratamiento, están incapacitados por la enfermedad y temen a los efectos colaterales de los medicamentos, así como, a ser señalados como enfermos mentales (Ulloa, Palacios & Sauer, 2011).

Es importante conocer de qué manera se manifiesta la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo, ya que al tener identificado como se presenta, es posible generar herramientas que mejoren la prevención e intervención de las personas que lo padecen. Por ello, se estableció para la presente investigación el modelo explicativo fue el de Paul M. Salkovskis, Richards y Forrester (2000), quienes articulan su modelo teórico en torno al concepto de Responsabilidad Excesiva (RE).

La RE implica que el paciente cree que ejerce un papel en la ocurrencia y prevención de sucesos negativos, esto originado por un estímulo desencadenante, que genera pensamientos negativos automáticos, irrumpiendo el consciente de la persona, a partir de supuestos disfuncionales aunado a la valoración de responsabilidad excesiva; partiendo de antecedentes de factores significativos, que son neutralizados con acciones repetitivas, es decir, con compulsiones (Salkovskis, Richards & Forrester, 2000). Se determinó utilizar este modelo debido a su simplicidad y a los elementos que abarca ya que son considerados en diferentes teorías sobre el origen del trastorno obsesivo compulsivo.

La necesidad de construir la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil, se determinó debido a la alta presencia de niños que reportaban síntomas relacionados con el trastorno dentro de las clínicas multidisciplinarias de la UNAM. Los niños identificados con esta problemática, presentaban deficiencias en el rendimiento académico, debido al tiempo invertido en los pensamientos repetitivos y las conductas empleadas, además de retraimiento con sus pares. Afectando directamente su desarrollo social, escolar y afectivo. Partiendo de este punto se revisaron múltiples instrumentos existentes para población mexicana, y se encontró que ninguno de ellos identifica la sintomatología del trastorno, a nivel fisiológico, social y psicológico.

En México se cuenta con pocas herramientas de evaluación de la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo, la gran mayoría, son extranjeras por lo que han sido validadas para la población mexicana, las cuales identifican y evalúan este trastorno. Algunos de los instrumentos revisados se presentan a continuación.

A nivel internacional se encontraron dos instrumentos que son utilizados en estudios sobre el trastorno obsesivo compulsivo en niños: el Inventario de obsesiones de Leyton, versión para niños (LOI-CV), Leyton Obsessional Inventory-Child Versión (Berg, Rapoport y Flament, 1986), que valora el grado de interferencia del trastorno en la vida del paciente y el grado de control que posee sobre él y (COIS-C) The Child Obsessive-Compulsive Impact Scale (Piacentini, Bergman, Keller & McCracken, 2003), evalúa el afecto de las respuestas obsesivas y compulsivas en el funcionamiento psicosocial de niños y adolescentes con TOC.

Por otra parte, las escalas validadas en población mexicana, que son empleadas en diferentes investigaciones sobre el TOC son:

- Escala de Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones para Niños, (CY-BOCS) Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Scahill, Riddle & McSwiggan-Hardin, 1997; traducida al español Nicolini, Herrera, Paez, Carmona, Orozco, Lodeiro & de la Fuente, 1997) con un Alpha de Cronbach ($\alpha=.85$) de diseñada para cuantificar la severidad de los síntomas. Consta de 12 reactivos cuya respuesta va de 0 (nada) a 4 (extremo). Su aplicación es a los niños.
- Inventario de Trastornos de Ansiedad (ITA- UNAM) (Hernández-Guzmán, Bermúdez, Gil, Salazar, Uribe, & Zermeño, 2003). Tiene un Alpha de Cronbach de ($\alpha=.96$). Está compuesto por 5 escalas que miden: trastorno obsesivo-compulsivo (27), fobia específica (60), fobia social (27), estrés postraumático (22), y ansiedad de separación (19). Se contesta mediante tres opciones nunca (0), a veces (1) y muchas veces (2).
- Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997 traducida al español Hernández-Guzmán, Bermúdez-Ornelas, Spence, González, Martínez-Guerrero, Aguilar & Gallegos). Está compuesta por 38 ítems referidos a síntomas de ansiedad con cuatro opciones de respuesta tipo Likert: nunca (0), a veces (1), muchas veces (2) y siempre (3). Incluye, además, 6 ítems positivos

de relleno para contrarrestar el sesgo negativo de los anteriores, y cuya calificación no se califica, ni se toma en cuenta en los análisis. Evaluando 6 factores: Pánico-Agorafobia (9), Ansiedad por Separación (6), Fobia Social (6), Miedo al Daño Físico (5), Trastorno Obsesivo-Compulsivo (6), Ansiedad Generalizada (6). Se califica mediante la suma de los puntos obtenidos para cada ítem. A mayor puntaje, más ansiedad.

De acuerdo con las escalas anteriormente descritas, evalúan diversos aspectos sobre el trastorno obsesivo compulsivo, sin embargo como podemos observar ninguna de ellas aporta datos concretos sobre la manifestación de la sintomatología de acuerdo con los criterios del DSM-V. Es por ello la importancia de la elaboración de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil ya que con ella se podrá detectar la manifestación del trastorno, lo cual aportara a la población un instrumento válido y confiable para una intervención temprana, evitando que se convierta en una enfermedad psiquiátrica en la adultez.

CAPÍTULO V

MÉTODO

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil?

Objetivo General

Evaluar la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo en niños mexicanos de 7 a 12 años de edad con una escala válida y confiable.

Objetivos Específicos

- Elaborar una escala de sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo.
- Obtener la validez por contenido de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil (ESOCI).
- Aplicar la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil (ESOCI).
- Obtener las propiedades psicométricas de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil (ESOCI).

Definición de la variable sintomatología obsesiva compulsiva

Conceptual: es un conjunto de síntomas que se separan en dos manifestaciones, que a su vez una depende de la otra, las obsesiones y las compulsiones; es decir, pensamientos

obsesivos que tienen origen en intrusiones cognitivas como pensamientos, dudas, imágenes o impulsos que se insertan en la persona, interrumpiendo el consciente y, evaluados como ofensivos, inaceptables o desagradables, e intentos de reducir la posibilidad de ser responsable del daño que pueda derivarse para uno mismo y para otros (Cía, 2010, Salkovskis, 1999 & Salkovskis, Richards & Forrester, 2000).

Operacional: sintomatología obsesiva: ideas, pensamientos o imágenes mentales repetitivas, recurrentes, intrusivas y egodistónicas (pensamientos que se perciben como ajenos) como: frases sin sentido, canciones, enfermedades que causan la muerte, ejemplo: *me preocupa contagiarme de alguna enfermedad*

Sintomatología compulsiva: conductas repetitivas, intencionales y estereotipadas, para neutralizar una obsesión, como: lavarse las manos o revisar el seguro de la puerta y conductas cognitivas como pensar en ciertas palabras en un orden determinado como contar, rezar o en el caso de los niños hacer rituales para verificar si no hay nada debajo de la cama, ejemplo: *antes de comer hago alguna cosa una y otra vez.*

Participantes

Se evaluaron 718 niños provenientes del norte del Estado de México (hombres, 49.2%, mujeres, 50.8%). El rango de edad fue de 7 a 12 años, (ME= 9.5 años, DE= 1.5) el nivel educativo fue educación básica- primaria agrupados de la siguiente manera: 184 niños de 2° grado, 196 de 3° grado, 93 de 4° grado, 150 de 5° grado, 95 de 6° grado; el muestreo fue intencional, el criterio de inclusión fue que estuviera inscritos en la primaria y el criterio de exclusión un diagnóstico de trastorno internalizado o externalizado. En la tabla 1 se muestra la distribución de edad de la muestra.

Tabla 1.

Muestra de aplicación de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva

<i>Sexo</i>	<i>7-8 años</i>	<i>9-10 años</i>	<i>11-12 años</i>	<i>Total</i>
Mujeres	133	141	91	365
Hombres	121	144	88	353
Total	254	285	179	718

Tipo de estudio

Exploratorio, de campo y transversal (Kerlinger & Lee, 2002).

Diseño

No experimental-transeccional, el cual permite observar un fenómeno tal y como se manifiesta, sin manipular deliberadamente las variables (Kerlinger & Lee, 2002).

Procedimiento

Para llevar a cabo la investigación se dividió en 2 fases, de acuerdo con objetivos generales: la primera, es la elaboración de la escala y su validación de contenido de Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil y la segunda, es la aplicación y el análisis de las propiedades psicométricas de la misma, que se explican detalladamente a continuación.

Fase 1

Validez por contenido de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil (ESOCI).

Primero se definieron las categorías de la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo (Cía, 2007; Lee & Kwon, 2003), las cuales se separan en dos tipos de manifestaciones; las obsesiones y compulsiones con base en el modelo explicativo del origen del TOC de Salkovskis, Richards y Forrester (2000), quienes sustentan que todas las personas tienen intrusiones pero las personas con TOC le agregan una valoración o interpretación de responsabilidad excesiva, que son generadas por estímulos externos con base en asociaciones del pasado (Alcázar, Ruiz & Olivares-Olivares, 2010) por lo que se explican detalladamente estos dos elementos de la sintomatología del trastorno a continuación:

Sintomatología obsesiva

Son ideas, pensamientos o imágenes mentales repetitivas, recurrentes, invasivas y egodistónicas (pensamientos que perciben como ajenos, aunque reconocen que se originan en sus propios procesos mentales y no en el exterior) como: frases sin sentido, canciones, enfermedades crónicas degenerativas o que causan la muerte.

Sintomatología compulsiva

Son conductas repetitivas, intencionales y estereotipadas que el paciente no puede dejar de realizar y que aparentemente tienen un propósito. Estas respuestas se presentan como respuesta a una obsesión. Las compulsiones se manifiestan como: lavarse las manos o revisar el seguro de la puerta; sin embargo, estas también pueden ser mentales, como pensar en ciertas palabras en un orden determinado como: contar, rezar o en el caso de los niños hacer rituales para verificar si no hay nada debajo de la cama.

Posteriormente para construir el instrumento se incluyeron reactivos referidos en estudios previos a partir de las dos categorías que toman los teóricos para definir el TOC (Abramowitz, 2007; Cía, 2007; Jenike, Baer & Minichiello, 2001; Lee & Kwon, 2003; Rosa & Olivares, 2010 & Yaryura, 1997) como pensamientos repetitivos intrusivos así como algunas conductas; referidas a la neutralización, verificación, limpieza, repetición de números o palabras y de acomodación.

Después se realizó el banco de reactivos, tomando en cuenta las especificaciones gramaticales de Flores-Herrera et al (2013) quienes sustentan que los reactivos deben redactarse de forma afirmativa, en tiempo presente, de manera directa y simple; manifestando ideas claras y cortas donde solo existe sujeto y predicado, para facilitar a los niños la comprensión del instrumento. Con lo que se obtuvo una lista de 80 afirmaciones (Apéndice A).

Seguidamente se realizó una prueba de objetividad, referida al acuerdo entre jueces expertos en el tema que aborda la escala, en donde a los cuatro evaluadores se les proporciono un cuadernillo que contenía las instrucciones para la validación de contenido, con una lista de 80 afirmaciones que miden las conductas específicas de la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo en niños (Apéndice A) a quienes se les pidió:

- Clasificar los reactivos en categorías.
- Considerar si el reactivo era congruente o si debía ser eliminado.
- Revisar la redacción de cada reactivo.
- Observaciones y sugerencias de reactivos.

Una vez que los jueces entregaron sus observaciones (Apéndice B), se modificaron los reactivos correspondientes y se eliminaron aquellos que resultaron irrelevantes en la evaluación; de esa forma, se obtuvo la validación de contenido, así como, los reactivos de la escala.

A partir de las modificaciones y observaciones realizadas por los jueces expertos, se diseñó la escala de sintomatología obsesiva compulsiva infantil tipo Likert que consta de cuatro opciones de tipo de respuesta (siempre=3, a veces=2, poco=1 y nunca=0), dos categorías y 70 reactivos (Apéndice C).

Fase 2

Propiedades psicométricas de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil (ESOCI).

Una vez diseñada la escala se continuó con la capacitación de 10 psicólogos para la aplicación de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil (Apéndice C). Antes de la aplicación se realizó un piloteo de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil, en el cual participaron 30 niños que cumpliera con los criterios especificados; con la finalidad de verificar que la redacción fuera clara y entendible, principalmente para los niños de 7 a 9 años de edad.

Posteriormente se acudió con las autoridades de escuelas primarias públicas provenientes del Norte del Estado de México para solicitar el permiso de acceso a las instituciones. Una vez obtenida la autorización, se generaron y entregaron a los padres de familia, un consentimiento informado, días previos a la aplicación; donde se comunicaba de la recolección de datos de la escala de la presente investigación, con el día y hora de aplicación, notificando los objetivos de la misma, así como, la confidencialidad de los datos proporcionados que fueron utilizados solamente con fines estadísticos.

Teniendo conocimiento de la investigación, los padres decidían de forma voluntaria la participación de sus hijos. Si aceptaban colaborar respondiendo la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil, firmaban un consentimiento informado.

De esta manera se aplicó el instrumento en los salones de clases, añadiendo que por cada aula había dos psicólogos capacitados, con la finalidad de apoyar a los participantes a

resolver dudas que pudieran surgir durante la aplicación, además de verificar que todos los reactivos fueran contestados.

Después de la aplicación se realizó la obtención de la confiabilidad y validez de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil, con base en:

- Análisis de frecuencia de los reactivos.
- Análisis de discriminación de los reactivos mediante una prueba t de Student para muestras independientes.
- Análisis de Alpha de Cronbach.
- Análisis factorial de componentes principales con rotación varimax.
- Análisis de Alpha de Cronbach de los factores y de la versión final de la escala.

Y finalmente se realizó la versión final de la (ESOCI) Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil (Apéndice D).

Una vez aplicado el método, los resultados de cada una de las fases se presentan dentro del siguiente capítulo.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

En este capítulo se describen los resultados encontrados durante el procedimiento de la investigación, la cual se llevó a cabo en dos momentos el primero fue al realizar la validación de contenido por jueces expertos en el tema y el segundo, el análisis de las propiedades psicométricas obteniendo la validez y confiabilidad de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil (ESOC) que se explican detalladamente a continuación.

En el primer momento se realizó

- a) Validez de contenido por el método de jueces expertos
- b) Análisis de fiabilidad por el grado de acuerdo entre jueces

Validación por el método de jueces expertos

Se llevó a cabo una prueba de objetividad con base en los jueces expertos, donde se les entregó una lista de 80 afirmaciones, concentradas en un cuadro de registro para su evaluación, constituido por cuatro casillas: 1) reactivos; 2) categoría que evalúa; es decir, obsesión o compulsión; 3) redacción y 4) observaciones (Apéndice A). Cabe mencionar que

dentro de la casilla número 2 (categoría que evalúa) previamente se definieron ambas dimensiones de la siguiente manera:

Sintomatología obsesiva

Son ideas, pensamientos o imágenes mentales repetitivas, recurrentes, invasivas y egodistónicas (pensamientos que perciben como ajenos, aunque reconocen que se originan en sus propios procesos mentales y no en el exterior) como: frases sin sentido, canciones, enfermedades crónicas degenerativas o que causan la muerte.

Sintomatología compulsiva

Son conductas repetitivas, intencionales y estereotipadas que el paciente no puede dejar de realizar y que aparentemente tienen un propósito. Estas respuestas se presentan como respuesta a una obsesión. Las compulsiones se manifiestan como: lavarse las manos o revisar el seguro de la puerta; sin embargo, estas también pueden ser mentales, como pensar en ciertas palabras en un orden determinado como: contar, rezar o en el caso de los niños hacer rituales para verificar si no hay nada debajo de la cama.

Análisis de fiabilidad por el grado de acuerdo entre jueces

Los resultados se tomaron a partir de un 75% de acuerdo entre jueces en la clasificación de las categorías y la medición de la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo, a partir de la siguiente fórmula:

$$\text{Confiabilidad} = \frac{\text{Grado de Acuerdo}}{\text{Acuerdo} + \text{Desacuerdo}} (100)$$

Se contaba con 80 afirmaciones de las cuales se eliminaron 10 que no se consideraron pertinentes para la escala, ya que no median el constructo, asimismo se corrigió la redacción de diversas observaciones en más de 15 reactivos como se puede apreciar en Apéndice B; así mismo, se identificó la categoría a la que pertenecen (obsesión o compulsión) con base en el juicio de los expertos.

La confiabilidad de la primera versión de la (ESOCI) Escala de sintomatología Obsesiva Compulsiva con base en el acuerdo de jueces expertos fue de ($\alpha=95$).

En el segundo momento con los datos obtenidos de la aplicación de la escala se realizaron análisis estadísticos para obtener las propiedades psicométricas de la Escala de sintomatología Obsesiva Compulsiva (ESOCI).

- a) Análisis de frecuencia de la distribución de respuesta.
- b) Discriminación de reactivos, prueba t de Student.
- c) Cálculo de la confiabilidad con Alpha de Cronbach.
- d) Análisis factorial exploratorio por el método de componentes principales con rotación ortogonal varimax.
- e) Consistencia Interna a partir del cálculo del Alpha de Cronbach por factor y por la escala total.

Análisis de frecuencia de la distribución de respuesta.

Se calcularon la media y la desviación estándar, con la finalidad de evaluar en qué reactivos los participantes tuvieron menores y mayores puntuaciones, así como identificar cuáles reactivos resultaron ser más homogéneos y heterogéneos en sus respuestas.

Los reactivos “Me preocupa que le suceda algo malo a mi familia por no haber hecho algo en particular” (M=2.42), “Me preocupa contagiarme de alguna enfermedad” (M=2.11) y “Me aseguro de que mi examen este correctamente contestado más de tres veces” (M=2.09); son los que se presentan con mayores puntuaciones en las opciones de respuesta, siempre. Mientras que los reactivos “Lavo mis manos hasta lastimarme” (M=.58), “Agredo a mis compañeros porque no hacen las tareas adecuadamente” (M=.45) y “Toco una cobija porque si no algo malo pasara” (M=.33); presentan con mayor posibilidad en las opciones nunca.

En la tabla 2 se podrán observar las medias de respuesta de los reactivos de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil.

Tabla 2.

Datos descriptivos: medias desviaciones estándar de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil.

<i>Reactivos</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>
1. Me preocupa contagiarme de alguna enfermedad.	718	2.11	1.041
2. Me preocupa que le suceda algo malo a mi familia por no haber hecho algo en particular.	718	2.42	.978
3. Me da miedo no poder controlar mis pensamientos y actos.	718	1.69	1.115
4. Debo decir algo porque si no algo malo pasará	718	1.56	1.235
5. Toco una cobija porque si no lo hago algo malo pasara.	718	.58	1.034
6. Toco a un peluche en especial porque si no algo malo pasará	718	.75	1.075
7. Cuento mis juguetes una y otra vez antes de que algo malo suceda.	718	.95	1.208
8. Cuento mis colores una y otra vez antes de que algo malo suceda.	718	1.42	1.279
9. Pienso que hay fantasmas una y otra vez y verifiqué que no estén cerca.	718	1.17	1.322
10. Antes de comer hago alguna cosa una y otra vez.	718	1.26	1.252
11. Necesito hacer cosas iguales una y otra vez para sentirme tranquilo.	718	1.14	1.198
12. Antes de comer cuento más de una vez.	718	1.17	1.219
13. Siento la necesidad de hacer alguna cosa en especial hasta sentirme tranquilo (a).	718	1.60	1.207
14. Todo el tiempo limpio mis cosas, hasta que siento que están limpias.	718	1.78	1.171
15. Me prohíbo mencionar algún número.	718	.68	1.130
16. Me prohíbo mencionar alguna palabra	718	1.18	1.279
17. Me prohíbo mencionar alguna frase.	718	.99	1.205
18. Necesito tocar algún objeto en particular para sentirme seguro (a).	718	.94	1.202
19. Me molesta mucho el polvo.	718	1.80	1.211
20. Me causa mucha molestia los gérmenes.	718	1.81	1.216
21. Me causa mucha molestia tocar cualquier cosa que este sucia	718	1.61	1.239
22. Evito tocar cosas porque pienso que está sucio.	718	1.39	1.227
23. Lavo mis manos al tocar cualquier cosa.	718	1.81	1.246
24. Me da asco tocar el teléfono celular porque está sucio.	718	.82	1.228
25. Me limpio todo el tiempo.	718	1.66	1.215
26. Siento que lavo exageradamente mis dientes.	718	1.37	1.251
27. Lavo mis manos hasta lastimarme.	718	.33	.638
28. Me baño más de dos veces al día.	718	1.35	1.292
29. Me veo muchas veces en el día en el espejo.	718	1.12	1.193
30. Me cambio más de dos veces al día de ropa porque creo que estoy sucio.	718	1.05	1.229
31. Me aseguro de que mi madre lave más de dos veces los vegetales.	718	1.00	1.226
32. Las tareas escolares en equipo deben realizarse a mi manera.	718	.63	1.065
33. Mi ropa debe estar acomodada por color.	718	1.11	1.270

Tabla 2.

Datos descriptivos: medias desviaciones estándar de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil (Continuación).

34. Mi ropa debe estar acomodada por tamaño.	718	1.141.292
35. Me aseguro una y otra vez que mis tareas estén bien hechas.	718	2.171.028
36. Me aseguro que mi examen este correctamente contestado más de tres veces.	718	2.091.034
37. Me aseguro varias veces que las puertas estén bien cerradas.	718	1.911.192
38. Rezo muchas veces antes de hacer un examen.	718	1.251.252
39. Hago alguna cosa antes de realizar un examen.	718	1.301.237
40. Uso un lápiz en especial cuando hago exámenes para que me vaya bien.	718	1.481.371
41. Confirmo más de dos veces que cosas que hago estén bien hechas.	718	1.941.117
42. Todo el tiempo tengo pensamientos iguales que me afectan.	718	1.031.194
43. Me duele la cabeza por tener pensamientos repetitivos.	718	.94 1.217
44. Pienso muchas veces en que me voy a enfermar.	718	.99 1.164
45. Pienso muchas veces que me contagiare de alguna enfermedad.	718	1.101.197
46. Tengo miedo de enfermarme.	718	1.331.269
47. Peleo con mi mente para no tener pensamientos repetitivos.	718	.99 1.246
48. Pienso en controlar los pensamientos repetitivos que tengo en mi cabeza.	718	1.291.275
49. Sé que pierdo mucho tiempo haciendo cosas repetitivas pero no puedo evitarlo.	718	1.131.180
50. Me molesta cuando las cosas no se hacen como a mí me gustaría.	718	.95 1.148
51. Me siento nervioso (a) cuando tengo pensamientos repetitivos.	718	1.011.199
52. Me siento agitado (a) cuando tengo pensamientos que me molestan una y otra vez.	718	1.131.235
53. Siento calor en todo mi cuerpo cuando planeo una mentira	718	1.021.169
54. Sudo cuando no realizo una actividad adecuadamente.	718	1.151.253
55. Me da miedo equivocarme porque reviso una y otra vez mis acciones	718	1.421.237
56. Me mareo porque tengo ideas en mi mente que me persiguen.	718	1.031.207
57. Me preocupa todo el tiempo realizar las cosas adecuadamente.	718	1.201.203
58. Me cuesta trabajo respirar cuando no realizo alguna tarea.	718	.87 1.153
59. Siento que mi corazón late muy rápido cuando veo que algo está desordenado.	718	.97 1.209
60. Me molesta el desorden.	718	1.661.248
61. Cuando veo que algo no está en su lugar mi mente me pide que lo acomode porque si no me siento intranquilo (a).	718	1.481.266
62. Soy distraído (a) porque tengo muchas ideas iguales en mi mente que no me dejan.	718	1.201.231
63. No me permito fallar por ninguna razón.	718	1.361.229
64. Me cuesta trabajo dormir por pensar en que debo realizar alguna actividad.	718	1.231.241
65. Me cuesta trabajo dormir porque pienso que no llegare a la escuela.	718	1.101.242

Tabla 2.

Datos descriptivos: medias desviaciones estándar de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil (Continuación).

66. Me alejo de mis amigos para pensar en las ideas de mi mente.	718	.79	1.168
67. Me alejo de mis amigos para realizar alguna idea que traigo en mi mente.	718	.89	1.185
68. Arranco hojas de mi cuaderno en cuanto me doy cuenta que me equivoque y vuelvo a empezar.	718	1.35	1.191
69. Me tardo mucho bañándome porque que debo limpiarme una y otra vez.	718	1.24	1.227
70. Agredo a mis compañeros porque no hacen las tareas adecuadamente.	718	.45	.949
TOTALES	718	1.25	1.023

Discriminación de reactivos.

Se analizó si los reactivos discriminaban entre los grupos altos y bajos para determinar que no hubiera sesgos en las respuestas. Para obtener los resultados se calcularon dos grupos, el primero estaba conformado por aquellos reactivos que tenían las respuestas más bajas; es decir hasta el percentil 25 y el segundo grupo compuesto por las puntuaciones altas, sobre el percentil 75. El grupo uno se formó por 182 participantes, mientras que el grupo dos se conformó por 181 participantes

En la Tabla 3 se muestran la distribución de los reactivos en los dos grupos: bajo y alto.

Tabla 3.

Análisis de discriminación de reactivos de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva.

<i>Reactivo</i>	<i>Desviación</i>			
	<i>Grupo</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>estándar</i>
1. Me preocupa contagiarme de alguna enfermedad.	1.00	182	1.82	.987
	2.00	181	2.40	.987
2. Me preocupa que le suceda algo malo a mi familia por no haber hecho algo en particular.	1.00	182	2.23	.980
	2.00	181	2.56	.932
3. Me da miedo no poder controlar mis pensamientos y actos.	1.00	182	1.41	1.142
	2.00	181	2.09	1.053
4. Debo decir algo porque si no algo malo pasará.	1.00	182	.91	1.060
	2.00	181	2.27	1.010

Tabla 3.

Análisis de discriminación de reactivos de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva (Continuación).

6. Toco a un peluche en especial porque si no algo malo pasará.	1.00	182	.18	.510
	2.00	181	1.54	1.267
7. Cuento mis juguetes una y otra vez antes de que algo malo suceda.	1.00	182	.15	.480
	2.00	181	1.98	1.192
8. Cuento mis colores una y otra vez antes de que algo malo suceda.	1.00	182	.58	.987
	2.00	181	2.30	1.027
9. Pienso que hay fantasmas una y otra vez y verifico que no estén cerca.	1.00	182	.42	.868
	2.00	181	2.01	1.291
10. Antes de comer hago alguna cosa una y otra vez.	1.00	182	.38	.717
	2.00	181	2.12	1.167
11. Necesito hacer cosas iguales una y otra vez para sentirme tranquilo.	1.00	182	.29	.620
	2.00	181	1.97	1.145
12. Antes de comer cuento más de una vez.	1.00	182	.44	.830
	2.00	181	1.83	1.218
13. Siento la necesidad de hacer alguna cosa en especial hasta sentirme tranquilo (a).	1.00	182	.81	1.013
	2.00	181	2.22	1.118
14. Todo el tiempo limpio mis cosas, hasta que siento que estén limpias.	1.00	182	1.03	1.115
	2.00	181	2.51	.793
15. Me prohibido mencionar algún número.	1.00	182	.21	.595
	2.00	181	1.33	1.341
16. Me prohíbo mencionar alguna palabra	1.00	182	.75	1.077
	2.00	181	1.65	1.352
17. Me prohíbo mencionar alguna frase.	1.00	182	.47	.896
	2.00	181	1.54	1.306
18. Necesito tocar algún objeto en particular para sentirme seguro (a).	1.00	182	.30	.665
	2.00	181	1.90	1.296
19. Me molesta mucho el polvo.	1.00	182	1.13	1.053
	2.00	181	2.46	.957
20. Me causa mucha molestia los gérmenes.	1.00	182	.79	.999
	2.00	181	2.44	.944
21. Me causa mucha molestia tocar cualquier cosa que este sucia	1.00	182	.83	1.056
	2.00	181	2.32	1.073
22. Evito tocar cosas porque pienso que está sucio.	1.00	182	.59	.916
	2.00	181	2.13	1.147
23. Lavo mis manos al tocar cualquier cosa.	1.00	182	1.06	1.162
	2.00	181	2.55	.939
24. Me da asco tocar el teléfono celular porque está sucio.	1.00	182	.20	.561
	2.00	181	1.64	1.418

Tabla 3.

Análisis de discriminación de reactivos de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva (Continuación).

25. Me limpio todo el tiempo.	1.00	182	.83	1.066
	2.00	181	2.46	.922
27. Lavo mis manos hasta lastimarme.	1.00	182	.15	.452
	2.00	181	.66	.784
28. Me baño más de dos veces al día.	1.00	182	.57	.948
	2.00	181	2.23	1.135
29. Me veo muchas veces en el día en el espejo.	1.00	182	.42	.773
	2.00	181	1.90	1.236
30. Me cambio más de dos veces al día de ropa porque creo que estoy sucio.	1.00	182	.29	.653
	2.00	181	1.80	1.340
31. Me aseguro de que mi madre lave más de dos veces los vegetales.	1.00	182	.34	.699
	2.00	181	1.99	1.265
32. Las tareas escolares en equipo deben realizarse a mi manera.	1.00	182	.19	.558
	2.00	181	1.19	1.346
33. Mi ropa debe estar acomodada por color.	1.00	182	.32	.799
	2.00	181	2.23	1.146
34. Mi ropa debe estar acomodada por tamaños.	1.00	182	.38	.850
	2.00	181	2.13	1.213
35. Me aseguro una y otra vez que mis tareas estén bien hechas.	1.00	182	1.58	1.093
	2.00	181	2.60	.759
36. Me aseguro que mi examen este correctamente contestado más de tres veces.	1.00	182	1.42	1.036
	2.00	181	2.67	.682
37. Me aseguro varias veces que las puertas estén bien cerradas.	1.00	182	1.07	1.132
	2.00	181	2.70	.783
38. Rezo muchas veces antes de hacer un examen.	1.00	182	.46	.791
	2.00	181	2.31	1.067
39. Hago alguna cosa antes de realizar un examen.	1.00	182	.38	.717
	2.00	181	2.29	1.108
40. Uso un lápiz en especial cuando hago exámenes para que me vaya bien.	1.00	182	.45	.978
	2.00	181	2.53	.958
41. Confirmo más de dos veces que las cosas que hago estén bien hechas.	1.00	182	1.14	1.093
	2.00	181	2.64	.707
42. Todo el tiempo tengo pensamientos iguales que me afectan.	1.00	182	.21	.559
	2.00	181	1.95	1.194
43. Me duele la cabeza por tener pensamientos repetitivos.	1.00	182	.16	.423
	2.00	181	1.95	1.244
44. Pienso muchas veces en que me voy a enfermar.	1.00	182	.28	.598
	2.00	181	1.86	1.225
45. Pienso muchas veces que me contagiare de alguna enfermedad.	1.00	182	.30	.658
	2.00	181	1.97	1.199

Tabla 3.

Análisis de discriminación de reactivos de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva (Continuación).

46. Tengo miedo de enfermarme.	1.00	182	.41	.743
	2.00	181	1.97	1.251
47. Peleo con mi mente para no tener pensamientos repetitivos.	1.00	182	.28	.692
	2.00	181	2.08	1.238
48. Pienso en controlar los pensamientos repetitivos que tengo en mi cabeza.	1.00	182	.55	.966
	2.00	181	2.25	1.074
49. Sé que pierdo mucho tiempo haciendo cosas repetitivas pero no puedo evitarlo.	1.00	182	.43	.843
	2.00	181	1.93	1.145
50. Me molesta cuando las cosas no se hacen como a mí me gustaría.	1.00	182	.30	.641
	2.00	181	1.71	1.331
51. Me siento nervioso (a) cuando tengo pensamientos repetitivos.	1.00	182	.21	.526
	2.00	181	2.03	1.169
52. Me siento agitado (a) cuando tengo pensamientos que me molestan una y otra vez.	1.00	182	.20	.501
	2.00	181	2.16	1.116
53. Siento calor en todo mi cuerpo cuando planeo una mentira	1.00	182	.31	.678
	2.00	181	1.62	1.310
54. Sudo cuando no realizo una actividad adecuadamente.	1.00	182	.41	.854
	2.00	181	1.99	1.220
55. Me da miedo equivocarme porque reviso una y otra vez mis acciones	1.00	182	.42	.752
	2.00	181	2.48	.934
56. Me mareo porque tengo ideas en mi mente que me persiguen.	1.00	182	.17	.444
	2.00	181	1.99	1.162
57. Me preocupa todo el tiempo realizar las cosas adecuadamente.	1.00	182	.34	.677
	2.00	181	2.14	1.116
58. Me cuesta trabajo respirar cuando no realizo alguna tarea.	1.00	182	.14	.479
	2.00	181	1.77	1.265
59. Siento que mi corazón late más rápido cuando veo que algo está desordenado.	1.00	182	.12	.416
	2.00	181	1.86	1.274
60. Me molesta el desorden.	1.00	182	.91	1.079
	2.00	181	2.39	1.003
61. Cuando veo que algo no esté en su lugar mi mente me pide que lo acomode porque si no me siento intranquilo (a).	1.00	182	.54	.858
	2.00	181	2.43	1.012
62. Soy distraído (a) porque tengo muchas ideas iguales en mi mente que no me dejan.	1.00	182	.36	.721
	2.00	181	2.03	1.222
63. No me permito fallar por ninguna razón.	1.00	182	.55	.907
	2.00	181	2.30	1.032
64. Me cuesta trabajo dormir por pensar en que debo realizar alguna actividad.	1.00	182	.41	.765
	2.00	181	2.20	1.123
65. Me cuesta trabajo dormir porque pienso que no llegare a la escuela.	1.00	182	.28	.659
	2.00	181	1.99	1.269

Tabla 3.

Análisis de discriminación de reactivos de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva (Continuación).

66. Me alejo de mis amigos para pensar en las ideas de mi mente.	1.00	182	.18	.587
	2.00	181	1.73	1.319
67. Me alejo de mis amigos para realizar alguna idea que traigo en mi mente.	1.00	182	.18	.538
	2.00	181	1.81	1.342
68. Arranco hojas de mi cuaderno en cuanto me doy cuenta que me equivoque y vuelvo a empezar.	1.00	182	1.01	.997
	2.00	181	1.88	1.246
69. Me tardo mucho bañándome porque que debo limpiarme una y otra vez.	1.00	182	.38	.755
	2.00	181	1.98	1.225
70. Agredo a mis compañeros porque no hacen las tareas adecuadamente.	1.00	182	.05	.241
	2.00	181	1.05	1.318

Posteriormente se verificó sí había diferencias en los reactivos. Para cubrir este propósito, se efectuó una prueba “t” de Student para muestras independientes. En donde todos los reactivos, mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias; es decir, los reactivos son capaces de discriminar entre grupos.

En tabla 4, se muestra el valor del estadígrafo “t” para cada reactivo el cual es negativo, debido a que las puntuaciones del grupo 2 fueron mayores a las del grupo 1. La significancia de la “t” de Student es menor a 0.05 por lo que son grupos diferentes por lo tanto tiene la propiedad de discriminar entre un grupos altos y bajos.

Tabla 4.

Prueba t de muestras independientes en discriminación de reactivos.

<i>Reactivos</i>	<i>T</i>	<i>Gl</i>	<i>Sig. (Bilateral)</i>
1. Me preocupa contagiarme de alguna enfermedad.	-5.536	361	.000
2. Me preocupa que le suceda algo malo a mi familia por no haber hecho algo en particular.	-3.369	361	.001
3. Me da miedo no poder controlar mis pensamientos y actos.	-5.914	361	.000
4. Debo decir algo porque si no algo malo pasará	-12.548	361	.000
5. Toco una cobija porque si no lo hago algo malo pasara.	-13.302	361	.000

Tabla 4.*Prueba t de muestras independientes en discriminación de reactivos (continuación).*

6. Toco a un peluche en especial porque si no algo malo pasará	-13.431	361	.000
7. Cuento mis juguetes una y otra vez antes de que algo malo suceda.	-19.138	361	.000
8. Cuento mis colores una y otra vez antes de que algo malo suceda.	-16.231	361	.000
9. Pienso que hay fantasmas una y otra vez y verifico que no estén cerca.	-13.809	361	.000
10. Antes de comer hago alguna cosa una y otra vez.	-17.090	361	.000
11. Necesito hacer cosas iguales una y otra vez para sentirme tranquilo.	-17.356	361	.000
12. Antes de comer cuento más de una vez.	-12.752	361	.000
13. Siento la necesidad de hacer alguna cosa en especial hasta sentirme tranquilo (a).	-12.572	361	.000
14. Todo el tiempo limpio mis cosas, hasta que siento que están limpias.	-14.631	361	.000
15. Me prohíbo mencionar algún número.	-10.268	361	.000
16. Me prohíbo mencionar alguna palabra	-7.011	361	.000
17. Me prohíbo mencionar alguna frase.	-9.049	361	.000
18. Necesito tocar algún objeto en particular para sentirme seguro (a).	-14.849	361	.000
19. Me molesta mucho el polvo.	-12.607	361	.000
20. Me causa mucha molestia los gérmenes.	-16.176	361	.000
21. Me causa mucha molestia tocar cualquier cosa que este sucia	-13.340	361	.000
22. Evito tocar cosas porque pienso que está sucio.	-14.130	361	.000
23. Lavo mis manos al tocar cualquier cosa.	-13.400	361	.000
24. Me da asco tocar el teléfono celular porque está sucio.	-12.714	361	.000
25. Me limpio todo el tiempo.	-15.619	361	.000
26. Siento que lavo exageradamente mis dientes.	-15.914	361	.000
27. Lavo mis manos hasta lastimarme.	-7.581	361	.000
28. Me baño más de dos veces al día.	-15.134	361	.000
29. Me veo muchas veces en el día en el espejo.	-13.659	361	.000
30. Me cambio más de dos veces al día de ropa porque creo que estoy sucio.	-13.654	361	.000
31. Me aseguro de que mi madre lave más de dos veces los vegetales.	-15.426	361	.000

Tabla 4.*Prueba t de muestras independientes en discriminación de reactivos (continuación).*

32. Las tareas escolares en equipo deben realizarse a mi manera.	-9.264	361	.000
33. Mi ropa debe estar acomodada por color.	-18.465	361	.000
34. Mi ropa debe estar acomodada por tamaño.	-15.956	361	.000
35. Me aseguro una y otra vez que mis tareas estén bien hechas.	-10.318	361	.000
36. Me aseguro que mi examen este correctamente contestado más de tres veces.	-13.575	361	.000
37. Me aseguro varias veces que las puertas estén bien cerradas.	-15.893	361	.000
38. Rezo muchas veces antes de hacer un examen.	-18.862	361	.000
39. Hago alguna cosa antes de realizar un examen.	-19.430	361	.000
40. Uso un lápiz en especial cuando hago exámenes para que me vaya bien.	-20.529	361	.000
41. Confirmo más de dos veces que cosas que hago estén bien hechas.	-15.437	361	.000
42. Todo el tiempo tengo pensamientos iguales que me afectan.	-17.755	361	.000
43. Me duele la cabeza por tener pensamientos repetitivos.	-18.383	361	.000
44. Pienso muchas veces en que me voy a enfermar.	-15.587	361	.000
45. Pienso muchas veces que me contagiare de alguna enfermedad.	-16.461	361	.000
46. Tengo miedo de enfermarme.	-14.454	361	.000
47. Peleo con mi mente para no tener pensamientos repetitivos.	-17.138	361	.000
48. Pienso en controlar los pensamientos repetitivos que tengo en mi cabeza.	-15.842	361	.000
49. Sé que pierdo mucho tiempo haciendo cosas repetitivas pero no puedo evitarlo.	-14.214	361	.000
50. Me molesta cuando las cosas no se hacen como a mí me gustaría.	-12.871	361	.000
51. Me siento nervioso (a) cuando tengo pensamientos repetitivos.	-19.197	361	.000
52. Me siento agitado (a) cuando tengo pensamientos que me molestan una y otra vez.	-21.563	361	.000
53. Siento calor en todo mi cuerpo cuando planeo una mentira	-11.938	361	.000
54. Sudo cuando no realizo una actividad adecuadamente.	-14.322	361	.000

Tabla 4.*Prueba t de muestras independientes en discriminación de reactivos (continuación).*

55. Me da miedo equivocarme porque reviso una y otra vez mis acciones	-23.054	361	.000
56. Me mareo porque tengo ideas en mi mente que me persiguen.	-19.777	361	.000
57. Me preocupa todo el tiempo realizar las cosas adecuadamente.	-18.621	361	.000
58. Me cuesta trabajo respirar cuando no realizo alguna tarea.	-16.251	361	.000
59. Siento que mi corazón late muy rápido cuando veo que algo está desordenado.	-17.462	361	.000
60. Me molesta el desorden.	-13.536	361	.000
61. Cuando veo que algo no está en su lugar mi mente me pide que lo acomode porque si no me siento intranquilo (a).	-19.168	361	.000
62. Soy distraído (a) porque tengo muchas ideas iguales en mi mente que no me dejan.	-15.819	361	.000
63. No me permito fallar por ninguna razón.	-17.143	361	.000
64. Me cuesta trabajo dormir por pensar en que debo realizar alguna actividad.	-17.784	361	.000
65. Me cuesta trabajo dormir porque pienso que no llegare a la escuela.	-16.107	361	.000
66. Me alejo de mis amigos para pensar en las ideas de mi mente.	-14.559	361	.000
67. Me alejo de mis amigos para realizar alguna idea que traigo en mi mente.	-15.210	361	.000
68. Arranco hojas de mi cuaderno en cuanto me doy cuenta que me equivoque y vuelvo a empezar.	-7.326	361	.000
69. Me tardo mucho bañándome porque que debo limpiarme una y otra vez.	-14.932	361	.000
70. Agredo a mis compañeros porque no hacen las tareas adecuadamente.	-10.072	361	.000

Cálculo de la confiabilidad con Alpha de Cronbach.

El análisis de fiabilidad de los 70 reactivos mediante el coeficiente Alpha de Cronbach fue de .95, en la tabla 5 se puede observar que la confiabilidad se mantiene sin eliminar reactivos. La correlación de elementos-total permitió identificar puntuaciones bajas del reactivo 1(.188) y 2 (.120) por lo que se eliminaron estos reactivos y aquellos que puntuaran menos a .40 quedando una escala compuesta por 59 elementos.

Tabla 5.*Estadísticos de correlación y de eliminación de elemento del Alpha de Cronbach.*

<i>Alpha de Cronbach .95</i>	<i>Correlación elemento-total corregida</i>	<i>Alpha de Cronbach si se elimina el elemento</i>
<i>Número de reactivos 70</i>		
1. Me preocupa contagiarme de alguna enfermedad.	.188	.955
2. Me preocupa que le suceda algo malo a mi familia por no haber hecho algo en particular.	.120	.955
3. Me da miedo no poder controlar mis pensamientos y actos.	.254	.955
4. Debo decir algo porque si no algo malo pasará	.380	.954
5. Toco una cobija porque si no lo hago algo malo pasara.	.515	.954
6. Toco a un peluche en especial porque si no algo malo pasará	.453	.954
7. Cuento mis juguetes una y otra vez antes de que algo malo suceda.	.571	.954
8. Cuento mis colores una y otra vez antes de que algo malo suceda.	.496	.954
9. Pienso que hay fantasmas una y otra vez y verifico que no estén cerca.	.457	.954
10. Antes de comer hago alguna cosa una y otra vez.	.493	.954
11. Necesito hacer cosas iguales una y otra vez para sentirme tranquilo.	.536	.954
12. Antes de comer cuento más de una vez.	.430	.954
13. Siento la necesidad de hacer alguna cosa en especial hasta sentirme tranquilo (a).	.430	.954
14. Todo el tiempo limpio mis cosas, hasta que siento que están limpias.	.443	.954
15. Me prohíbo mencionar algún número.	.402	.954
16. Me prohíbo mencionar alguna palabra	.266	.955
17. Me prohíbo mencionar alguna frase.	.360	.954
18. Necesito tocar algún objeto en particular para sentirme seguro (a).	.517	.954
19. Me molesta mucho el polvo.	.403	.954
20. Me causa mucha molestia los gérmenes.	.479	.954
21. Me causa mucha molestia tocar cualquier cosa que este sucia	.446	.954
22. Evito tocar cosas porque pienso que está sucio.	.466	.954

Tabla 5.

Estadísticos de correlación y de eliminación de elemento del Alpha de Cronbach (continuación).

23. Lavo mis manos al tocar cualquier cosa.	.444	.954
24. Me da asco tocar el teléfono celular porque está sucio.	.458	.954
26. Siento que lavo exageradamente mis dientes.	.498	.954
27. Lavo mis manos hasta lastimarme.	.315	.955
28. Me baño más de dos veces al día.	.443	.954
29. Me veo muchas veces en el día en el espejo.	.493	.954
30. Me cambio más de dos veces al día de ropa porque creo que estoy sucio.	.453	.954
31. Me aseguro de que mi madre lave más de dos veces los vegetales.	.519	.954
32. Las tareas escolares en equipo deben realizarse a mi manera.	.378	.954
33. Mi ropa debe estar acomodada por color.	.530	.954
34. Mi ropa debe estar acomodada por tamaño.	.497	.954
35. Me aseguro una y otra vez que mis tareas estén bien hechas.	.347	.954
36. Me aseguro que mi examen este correctamente contestado más de tres veces.	.423	.954
37. Me aseguro varias veces que las puertas estén bien cerradas.	.472	.954
38. Rezo muchas veces antes de hacer un examen.	.551	.954
39. Hago alguna cosa antes de realizar un examen.	.550	.954
40. Uso un lápiz en especial cuando hago exámenes para que me vaya bien.	.542	.954
41. Confirmo más de dos veces que cosas que hago estén bien hechas.	.464	.954
42. Todo el tiempo tengo pensamientos iguales que me afectan.	.566	.954
43. Me duele la cabeza por tener pensamientos repetitivos.	.570	.954
44. Pienso muchas veces en que me voy a enfermar.	.545	.954
45. Pienso muchas veces que me contagiare de alguna enfermedad.	.542	.954
46. Tengo miedo de enfermarme.	.454	.954
47. Peleo con mi mente para no tener pensamientos repetitivos.	.548	.954
48. Pienso en controlar los pensamientos repetitivos que tengo en mi cabeza.	.504	.954
49. Sé que pierdo mucho tiempo haciendo cosas repetitivas pero no puedo evitarlo.	.488	.954

Tabla 5.

Estadísticos de correlación y de eliminación de elemento del Alpha de Cronbach (continuación).

50. Me molesta cuando las cosas no se hacen como a mí me gustaría.	.482	.954
51. Me siento nervioso (a) cuando tengo pensamientos repetitivos.	.595	.954
52. Me siento agitado (a) cuando tengo pensamientos que me molestan una y otra vez.	.633	.954
53. Siento calor en todo mi cuerpo cuando planeo una mentira	.410	.954
54. Sudo cuando no realizo una actividad adecuadamente.	.477	.954
55. Me da miedo equivocarme porque reviso una y otra vez mis acciones	.589	.954
56. Me mareo porque tengo ideas en mi mente que me persiguen.	.567	.954
57. Me preocupa todo el tiempo realizar las cosas adecuadamente.	.540	.954
58. Me cuesta trabajo respirar cuando no realizo alguna tarea.	.540	.954
59. Siento que mi corazón late muy rápido cuando veo que algo está desordenado.	.546	.954
60. Me molesta el desorden.	.416	.954
61. Cuando veo que algo no está en su lugar mi mente me pide que lo acomode porque si no me siento intranquilo (a).	.536	.954
62. Soy distraído (a) porque tengo muchas ideas iguales en mi mente que no me dejan.	.500	.954
63. No me permito fallar por ninguna razón.	.500	.954
64. Me cuesta trabajo dormir por pensar en que debo realizar alguna actividad.	.545	.954
65. Me cuesta trabajo dormir porque pienso que no llegare a la escuela.	.517	.954
66. Me alejo de mis amigos para pensar en las ideas de mi mente.	.527	.954
67. Me alejo de mis amigos para realizar alguna idea que traigo en mi mente.	.533	.954
68. Arranco hojas de mi cuaderno en cuanto me doy cuenta que me equivoque y vuelvo a empezar.	.299	.955
69. Me tardo mucho bañándome porque que debo limpiarme una y otra vez.	.473	.954
70. Agredo a mis compañeros porque no hacen las tareas adecuadamente.	.383	.954

Análisis factorial exploratorio por el método de componentes principales con rotación ortogonal varimax.

Para obtener la validez de constructo, se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación ortogonal varimax de los 59 reactivos restantes de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil.

Para determinar el número de factores que componían la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva se consideró la claridad conceptual de cada factor y que incluyera al menos tres reactivos (Morales & Urosa, 2003). En la extracción inicial se contó con 12 factores que explicaban el 51.795% de la varianza, sin embargo se eliminaron 2 factores que contenían solo dos reactivos, posteriormente se eliminaron 6 factores más, debido a que su confiabilidad se consideraba cuestionable de acuerdo con George y Mallery (2003). En la tabla 6 se muestran los factores que componen el instrumento con sus reactivos y cargas factoriales.

Tabla 6.
Estructura factorial de componentes principales con rotación varimax de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil.

	<i>Factores</i>			
	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>
<i>Número de reactivos</i>	<i>12</i>	<i>8</i>	<i>5</i>	<i>4</i>
<i>Varianza explicada</i>	<i>28.13%</i>	<i>4.99%</i>	<i>3.41%</i>	<i>2.99%</i>
Peleo con mi mente para no tener pensamientos repetitivos.	.666			
Me siento nervioso (a) cuando tengo pensamientos repetitivos.	.647			
Pienso en controlar los pensamientos repetitivos que tengo en mi cabeza.	.628			
Sé que pierdo mucho tiempo haciendo cosas repetitivas pero no puedo evitarlo.	.614			
Me siento agitado (a) cuando tengo pensamientos que me molestan una y otra vez.	.575			

Tabla 6.

Estructura factorial de componentes principales con rotación varimax de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil (Continuación).

Me molesta cuando las cosas no se hacen como a mí me gustaría.	.563
Todo el tiempo tengo pensamientos iguales que me afectan.	.501
Me preocupa todo el tiempo realizar las cosas adecuadamente.	.490
Me mareo porque tengo ideas en mi mente que me persiguen.	.486
Me duele la cabeza por tener pensamientos repetitivos.	.486
Me da miedo equivocarme porque reviso una y otra vez mis acciones.	.465
Me cuesta trabajo respirar cuando no realizo alguna tarea.	.402
Toco a un peluche en especial porque si no algo malo pasará.	.700
Toco una cobija porque si no lo hago algo malo pasará.	.695
Cuento mis juguetes una y otra vez antes de que algo malo suceda.	.629
Cuento mis colores una y otra vez antes de que algo malo suceda.	.598
Pienso que hay fantasmas una y otra vez y verificó que no estén cerca.	.562
Necesito tocar algún objeto en particular para sentirme seguro (a).	.503
Antes de comer hago alguna cosa una y otra vez.	.498
Antes de comer cuento más de una vez.	.453
Me cuesta trabajo dormir porque pienso que no llegare a la escuela.	.621
Me cuesta trabajo dormir por pensar en que debo realizar alguna actividad.	.597
Me alejo de mis amigos para pensar en las ideas de mi mente.	.534
Soy distraído (a) porque tengo muchas ideas iguales en mi mente que no me dejan.	.504
Me alejo de mis amigos para realizar alguna idea que traigo en mi mente.	.470
Mi ropa debe estar acomodada por tamaño.	.689
Mi ropa debe estar acomodada por color.	.659
Me aseguro de que mi madre lave más de dos veces los vegetales.	.547
Me da asco tocar el teléfono celular porque está sucio.	.404

De acuerdo con el análisis factorial exploratorio la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil, quedó conformada por 29 reactivos, agrupados en 4 factores, los cuales explican 39.52% de la varianza (Apéndice D).

Al analizar el porcentaje de varianza explicada para cada componente, se tiene que el primer factor explicó una proporción mayor 28.13% que el resto de los factores, mientras

que el segundo factor explicó el 4.99%, el tercer factor 3.41% y finalmente el cuarto factor, 2.99% respectivamente.

Consistencia Interna por factor

Una vez que se identificaron los factores y los reactivos que los conforman, se nombró a cada uno de ellos con base en la literatura revisada previamente y se calculó la confiabilidad de cada reactivo, para ello se aplicó un análisis de Alpha de Cronbach por factor lo cual se muestra en la tabla número 9.

Tabla 9.

Alpha de Cronbach de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil.

<i>Factores</i>	<i>Número de reactivos</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>
I Pensamientos repetitivos	12	.883
II Conductas compulsivas	8	.813
III Neutralización	5	.767
IV Obsesiones somáticas y de responsabilidad patológica	4	.731
Alpha total de la Escala		
29 reactivos		
.924		

Factor 1, se nombró *Pensamientos repetitivos*, debido a que agrupa pensamientos intrusivos, que causan pérdida de tiempo, provocando miedo y nerviosismo, ya que son reiterativos ($\alpha=.883$).

Factor 2 se denominó *Conductas compulsivas*, ya que contiene reactivos referidos a acciones por asociación de pensamientos intrusivos. Aparecen ante el recuerdo de estímulos que provocan sistemáticamente la acción ($\alpha=.813$).

Factor 3 se llamó *Neutralización*, porque está compuesto por reactivos referidos a una estrategia de afrontamiento exclusivamente a nivel interno, esto sucede cuando una

compulsión se manifiesta, primero tiene un efecto de ansiedad temporal con base en una obsesión o pensamiento intrusivo que atormenta a la persona y esta tiene que aislarse ($\alpha=.67$).

Factor 4 se nombró *Obsesiones somáticas y de responsabilidad patológica*, ya que quedo integrado por pensamientos y cogniciones reactivos referidos a transfiere parte de la responsabilidad de la obsesión a las personas cercanas en ese momento, asegurando y afirmando su idea irracional minimizando o extinguiendo su ansiedad provocada por el mismo ($\alpha=.731$).

Una vez que se obtuvieron los resultados, de la segunda parte del estudio, el cual consistió en analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil, se considera un instrumento válido y confiable ($\alpha=.924$).

A continuación en el capítulo VIII se expondrán los hallazgos encontrados, así como, las limitaciones del estudio y las sugerencias para estudios posteriores.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue construir y validar la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil el cual se cumplió al obtener un instrumento con las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad .945 compuesto por 29 reactivos propio para población infantil mexicana de entre 7 y 12 años de edad.

La relevancia de su construcción y validación radica en que es un padecimiento complejo, que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2011), ocupa el décimo lugar entre las enfermedades incapacitantes, siendo el cuarto trastorno psiquiátrico más común. Su construcción responde a la existencia de instrumentos que evalúan el trastorno en los adolescentes o en la edad adulta, sin embargo la identificación de síntomas en edad infantil no ha sido evaluada, el interés de este estudio es contar con un instrumento de identificación temprana de la sintomatología que permita la prevención del trastorno.

De los datos analizados se encontró que este constructo suele iniciarse durante la adolescencia o a principios de la edad adulta, aunque del 30% al 50% de los casos diagnosticados reportan que el inicio de los síntomas del trastorno es durante la infancia en edades entre los 7 y 12 años (Vargas, 2008). Sin embargo en México no existen instrumentos

válidos y confiables que midan la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo en el rango de edad anteriormente especificado de aquí una de la causa principal para determinar la dirección de la investigación.

En nuestro país se cuenta con pocas herramientas de evaluación del trastorno obsesivo compulsivo, la gran mayoría, son extranjeras por lo que han sido validadas para la población mexicana, las cuales evalúan la severidad, el grado de interferencia en la vida del paciente o bien la ansiedad que provoca el trastorno. Algunos de los instrumentos revisados se presentan a continuación.

A nivel internacional hay dos instrumentos que son utilizados frecuentemente en estudios sobre el trastorno obsesivo compulsivo en niños: el Inventario de obsesiones de Leyton, versión para niños (LOI-CV), Leyton Obsessional Inventory-Child Versión (Berg, Rapoport y Flament, 1986), que valora el grado de interferencia del trastorno en la vida del paciente y el grado de control que posee sobre él, el cual fue adaptado para población pediátrica ya que en su primera versión solo era para adultos; por otro lado está el (COIS-C) The Child Obsesive-Compulsive Impact Scale (Piacentini, Bergman, Keller & McCracken, 2003), éste evalúa el efecto de las respuestas obsesivas y compulsivas en el funcionamiento psicosocial de niños y adolescentes con TOC. Estos dos instrumentos se han traducido al español, pero no se han validado y adaptado para población mexicana, lo cual es importante ya que están elaborados para cultura europea.

Por otra parte, las escalas validadas y adaptadas para población mexicana, que son empleadas en diferentes investigaciones e institutos de salud dirigidos al TOC son: la Escala de Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones para Niños y adolescentes entre 8 y 16 años, (CY-BOCS) Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Scahill, Riddle & McSwiggin-Hardin, 1997; traducida al español (Nicolini, Herrera, Paez, Carmona, Orozco, Lodeiro & de la Fuente, 1997) con un Alpha de Cronbach ($\alpha=.85$) diseñada para cuantificar la severidad de las categorías, obsesiones y compulsiones.

Otro instrumento de evaluación es la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997) traducida al español (Hernández-Guzmán, Bermúdez-Ornelas, Spence, González, Martínez-Guerrero, Aguilar & Gallegos, 2003), que mide síntomas de ansiedad con cuatro opciones de respuesta tipo Likert además,

contiene 6 ítems positivos de relleno para contrarrestar el sesgo negativo de los anteriores, y cuya calificación no se califica, ni se toma en cuenta en los análisis. Evaluando 6 factores: Pánico-Agorafobia (9), Ansiedad por Separación (6), Fobia Social (6), Miedo al Daño Físico (5), Trastorno Obsesivo-Compulsivo (6), Ansiedad Generalizada (6). Se califica mediante la suma de los puntos obtenidos para cada ítem. A mayor puntaje, más ansiedad.

Y la más reciente escala de TOC-UNAM construida y validada por Hernández-Guzmán, Bermúdez, Gil, Salazar, Uribe, & Zermeño (2003). La cual evalúa el trastorno y la ansiedad que provoca el trastorno obsesivo compulsivo con base en el DSM-IV, a partir de un termómetro a modo de escala Likert en la cual los menores colorean el termómetro (0) nada, (1) regular y (2) tanto como te imagines, la cual aporta una manera de dirigirse a los niños menores de 7 y 8 años, sin embargo los criterios del DSM han sido actualizados por lo que las escalas de nuestro país también deben hacerlo conjuntamente para estandarizar los síntomas del trastorno con otros especialistas.

Como se observa en México no hay instrumentos que aporten datos concretos sobre la manifestación de la sintomatología que prevengan la incubación y evolución del trastorno. Por otro lado ninguna de las herramientas anteriormente descritas se adecuan a los avances del DSM-V y es importante, ya que esta problemática se observa en los consultorios clínicos, un ejemplo de ello son las clínicas multidisciplinarias de la UNAM donde existe alta presencia de niños que reportan síntomas relacionados con el trastorno, quienes además presentan deficiencias en el rendimiento académico, debido al tiempo invertido en los pensamientos repetitivos y las conductas empleadas, además de retraimiento con sus pares, es decir que el TOC afecta directamente el desarrollo social, escolar y afectivo del infante. Es por ello la importancia de la elaboración de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil (ESOCI).

La investigación se dividió en 2 fases: la primera, fue la elaboración del banco de reactivos y la validación de contenido de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil (ESOCI) y la segunda, fue la aplicación y el análisis de las propiedades psicométricas de la misma, que se discuten detalladamente a continuación.

Para la primera fase se estableció el modelo explicativo del origen del TOC de Salkovskis et al. (2000), quienes sustentan que la sintomatología del trastorno obsesivo

compulsivo es un conjunto de síntomas que se separan en dos manifestaciones, que a su vez una depende de la otra, las obsesiones y las compulsiones; es decir; por un lado las obsesiones se refieren a pensamientos o imágenes mentales que de modo intrusivo, repetitivo e indeseado se hacen presentes, causando ansiedad o malestar significativo y se perciben como propias, involuntarias, inapropiadas y desagradables; por ejemplo: *me preocupa contagiarme de alguna enfermedad*

Por el otro lado, las compulsiones son conductas estratégicas que el individuo realiza de forma intencionada para neutralizar la ansiedad que causa la obsesión de manera manifiesta por ejemplo *antes de comer hago alguna cosa una y otra vez* o de forma encubierta; *evito tocar cosas porque pienso que está sucio*, estas son estereotipadas, para aliviar el malestar que produce el pensamiento repetitivo, incluso en ocasiones para prevenir la aparición del mismo (Cía, 2010; Salkovskis, et al. 2000).

Además Salkovskis et al (2000) argumentan que todas las personas tienen intrusiones pero las personas con TOC le agregan una valoración o interpretación de responsabilidad excesiva, que son generadas por estímulos externos con base en asociaciones del pasado que generan ansiedad y por lo tanto tienen que neutralizar este pensamiento a partir de acciones estereotipadas referidas a compulsiones.

Partiendo de este supuesto se construyó un banco de reactivos de sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo, redactadas de acuerdo con los criterios establecidos por Flores-Herrera et al (2013), compuesto por 80 afirmaciones que fue sometido a validez de contenido por profesionales expertos, los cuales evaluaron si los reactivos median la sintomatología, la redacción de los mismos y la categoría que evalúa; es decir, obsesión o compulsión.

Al realizar la prueba de objetividad, se tomó como criterio para conservar los reactivos, que al menos tres de los cuatro jueces, estuvieran de acuerdo que la afirmación de sintomatología descrita, correspondiera a una de las dos categorías del trastorno obsesivo compulsivo, lo que dio como resultado la construcción del instrumento que se validó (Jiménez-Flores, 2014).

Los resultados de la validación de contenido se tomaron a partir de un 75% de acuerdo entre jueces en la clasificación de las categorías y la medición de la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo, donde se eliminaron 10 afirmaciones que no se consideraron pertinentes para la escala, asimismo se corrigió la redacción en más de 15 reactivos; obteniendo la primera versión de la (ESOCI) Escala de sintomatología Obsesiva Compulsiva con base en el acuerdo de jueces expertos de ($\alpha= 89.68$).

Para la segunda fase se acudió a diversas escuelas primarias públicas, provenientes del Norte del Estado de México, para aplicar el instrumento a niños con edades entre 7 y 12 años para analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil (ESOCI), para ello con los datos obtenidos se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) y el cálculo de la consistencia interna a través del Alpha de Cronbach.

Para determinar el número de factores que componían la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva se consideró que aglutinaran al menos tres reactivos, cuyas cargas factoriales fueran iguales o mayores a .40 y que tuvieran congruencia conceptual de cada factor, es decir que los reactivos midieran lo mismo de acuerdo con las categorías realizadas por los teóricos (Morales & Urosa, 2003).

Como resultado se obtuvo la versión final de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil conformada por 29 reactivos, clasificados en 4 factores denominados:

Obsesiones

↳ Pensamientos repetitivos:

Conjunto de ideas o imágenes que dominan a la persona que padece el trastorno y lo conflictúan, ocupando gran parte de su tiempo, que surgen gradual o abruptamente teniendo características de pensamiento intrusivo que interrumpe de forma involuntaria y súbita el flujo normal del pensamiento consciente provocando ansiedad y malestar (Abramowitz, 2007; Cía, 2007; Iniesta-Sepúlveda; López-Pina et al. 2014; Rosa & Olivares, 2010; Yaryura, 1997). Conformado por los siguientes reactivos: 15. Peleo con mi mente para no tener pensamientos repetitivos, 19. Me siento nervioso (a) cuando tengo pensamientos repetitivos, 16. Pienso en controlar los pensamientos repetitivos que tengo en mi cabeza, 17 Sé que pierdo mucho tiempo haciendo cosas

repetitivas pero no puedo evitarlo, 20. Me siento agitado (a) cuando tengo pensamientos que me molestan una y otra vez, 18. Me molesta cuando las cosas no se hacen como a mí me gustaría, 13. Todo el tiempo tengo pensamientos iguales que me afectan y 23. -Me preocupa todo el tiempo realizar las cosas adecuadamente.

4) *Obsesiones somáticas y de responsabilidad patológica:*

Son preocupaciones incesantes de pensamientos de que algo malo puede ocurrir de manera inmediata, debido a la falta de verificación de manera completa o repetida.

Usualmente su temor se centra en asegurarse que nada terrible vaya a suceder, otras veces se sienten invadidos por dudas permanentes acerca de temas de menor cuantía.

Y para seguir con otras actividades habituales limitan el número de verificaciones.

Esta focalización inadecuada de la atención en posibles consecuencias negativas hace que el proceso de toma de decisiones constituya el fundamento de la duda patológica

(Lee & Kwon, 2003). Conformado por los reactivos: 22. Me mareo porque tengo

ideas en mi mente que me persiguen, 14. Me duele la cabeza por tener pensamientos

repetitivos, 21. Me da miedo equivocarme porque reviso una y otra vez mis acciones,

24. Me cuesta trabajo respirar cuando no realizo alguna tarea, 2. Toco a un peluche en especial porque si no algo malo pasará.

Compulsiones

1) *Conductas compulsivas:*

Son actos o pensamientos que el sujeto recurre y cumple de manera rígida y formal para intentar aliviar sus obsesiones; divididas en cognitivas y motoras, las cuales reducen la ansiedad parcialmente (Abramowitz; 2007; Cía, 2007; Iniesta-Sepúlveda; López-Pina et al. 2014; Rosa & Olivares, 2010; Yaryura, 1997).

Compuesto por los siguientes reactivos: 2. Toco a un peluche en especial porque si no algo malo pasará, 1. Toco una cobija porque si no lo hago algo malo pasará,

3. Cuento mis juguetes una y otra vez antes de que algo malo suceda, 4. Cuento mis colores una y otra vez antes de que algo malo suceda, 5. Pienso que hay fantasmas una y otra vez y verifiqué que no estén cerca, 8. Necesito tocar algún

objeto en particular para sentirme seguro (a), 6. Antes de comer hago alguna cosa una y otra vez y 7. Antes de comer cuento más de una vez.

2) *Neutralización:*

Referente a conductas de afrontamiento de las obsesiones, se trata de intentos de poner las cosas en orden, pero exclusivamente a nivel interno deshaciendo la idea intrusiva, previniendo de esta manera la aparición de la misma (Abramowitz, 2007; Cía, 2007; Iniesta-Sepúlveda, López-Pina et al. 2014; Rosa & Olivares, 2010; Yaryura, 1997). Constituido por los reactivos: 27. Me cuesta trabajo dormir porque pienso que no llegare a la escuela, 26. Me cuesta trabajo dormir por pensar en que debo realizar alguna actividad, 28. Me alejo de mis amigos para pensar en las ideas de mi mente, 25. Soy distraído (a) porque tengo muchas ideas iguales en mi mente que no me dejan y 29. Me alejo de mis amigos para realizar alguna idea que traigo en mi mente.

Se eliminaron 8 factores, los primeros dos, contenían dos reactivos solamente, por lo que no cumplían con los criterios para ser considerados como un factor; por lo que respecta a los 6 factores restantes se eliminaron al realizar la estimación con el Alpha de Cronbach ya que mostraban una confiabilidad \geq a .60 y $<$ a .70 lo cual se considera cuestionable (Gliem & Gliem, 2003; Kaplan & Saccuzzo; 1982; Loo, 2001 & Nunnally; 1978 citado en George & Mallery, 2003). Por otro lado Loewenthal (1996) sugiere que un valor de fiabilidad de 0.6 puede ser considerado aceptable para escalas con menos de 10 reactivos, sin embargo tampoco se cumplía con el criterio, por lo que se descartaron para esta escala.

La confiabilidad total de la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil (ESOCI) se considera excelente ($\alpha=.924$). Mientras que los dos primeros factores mostraron una buena confiabilidad \geq .80; por un lado el primer factor *Pensamientos repetitivos* $\alpha=.883$ y por otro lado *Conductas compulsivas* $\alpha=.813$, por lo que respecta al factor *Obsesiones somáticas y de responsabilidad patológica* obtuvo un $\alpha=.767$ y *Neutralización* $\alpha=.731$ que son adecuadas para el instrumento (George y Mallery, 2003).

De acuerdo con lo anterior la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil refleja claramente las conductas más comunes en el TOC de acuerdo con el DSM-V (APA,

2014). En concreto es posible con los factores de la escala poder identificar, las conductas específicas que presenta el niño con este padecimiento.

Es interesante observar las diferencias entre las propuestas teóricas revisadas y los hallazgos encontrados en este estudio. De acuerdo a los resultados obtenidos en el AFE, es posible observar que las dimensiones del modelo establecido, que son referidas de una manera tradicional, clasificadas por obsesiones y compulsiones están presentes en la versión final de la escala, como *Pensamientos repetitivos* y *Conductas compulsivas*.

Sin embargo los otros dos factores, por un lado la *Neutralización* que de acuerdo con el modelo teórico de Salkovskis y Forrester (2000) es una manera de afrontamiento a la obsesión que a su vez son reforzadores de los pensamientos repetitivos, por lo que es un factor determinante para que esta conducta se vuelva cíclica, formando parte de la compulsión y por otro lado las *Obsesiones somáticas y de responsabilidad patológica* que parten de la valoración de responsabilidad excesiva de los supuestos disfuncionales o bien del sistema de creencias significativos es decir el origen de la obsesión.

Este estudio coincide con otros hallazgos encontrados en la literatura, como el estudio realizado por García-Domínguez, Sayers y Taboas (2009) quienes evaluaron una escala para el trastorno obsesivo compulsivo con población de Puerto Rico en niños y adolescentes de 8 a 16 años de edad, encontraron seis factores donde también se presentan obsesiones y compulsiones así como verificación referidas en la ESOCI como obsesiones somáticas y de responsabilidad patológica, pero en esta escala además encontraron conductas primarias, y secundarias, así como conductas de limpieza y perfección.

Por otro lado se puede mencionar el trabajo de Rosa-Alcázar, Ruiz-García, Iniesta-Sepúlveda, López-Pina1 y Parada-Navas quienes al analizar la estructura factorial y las propiedades psicométricas del Obsessive Compulsive Inventory-Child Version (OCI-CV) en población española en niños de 8 a 16 años de edad aseguran que el trastorno obsesivo compulsivo mantiene conductas específicas divididas en: Lavado/Comprobación, Obsesión, Orden, Duda, Neutralización y Acumulación.

En conclusión la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo, es compleja dada a su clasificación y la manifestación del mismo, afectando de manera paulatina la calidad de

vida de la persona que lo padece, a nivel familiar, social y escolar de los niños, lo cual frecuentemente es reportado por pacientes en los consultorios, como se mencionaba en un inicio.

Con esta investigación se obtuvo la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva Infantil que representa una herramienta válida y confiable que permite conocer cómo se manifiesta la sintomatología del TOC en niños. Asimismo, haber obtenido la validez de constructo y propiedades psicométricas, es un aporte importante al sustento teórico existente sobre el trastorno.

Por otro lado, mediante la escala realizada, será posible establecer la forma en la que los niños mexicanos con edades entre 7 y 12 años, manifiestan la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo, de manera que se puedan generar estrategias y programas de intervención específicos que permitan la disminución de los pensamientos intrusivos y conductas que éste conlleva.

Como limitaciones se considera que el cuestionario en su primera versión estaba compuesto por 70 reactivos por lo que resultaba largo y tedioso al contestarlo. Por otro lado algunos niños con edades de 7 y 8 años se les complicaba la realización de este, debido a que el aplicador leía las instrucciones y reactivo por reactivo contestando en conjunto con el grupo y estos presentaban deficiencia en la lectura o señalización de respuesta, por lo que se atrasaban regularmente en el reactivo *Necesito hacer cosas iguales una y otra vez para sentirme tranquilo* y a estos casos en particular los aplicadores les ayudaban de manera individual a contestar.

Ahora quedo un instrumento sencillo con 29 reactivos de fácil comprensión para niños desde 7 años lo cual posibilita en estudios futuros su utilización para investigaciones locales como nacionales. Lo cual permitirá a los profesionales de la salud tener una escala válida y confiable para identificar niños y pre-adolescentes con síntomas obsesivos compulsivos.

Se sugiere para investigaciones posteriores utilizar muestras provenientes de población clínica, con el fin de ver cómo se comporta el instrumento, además de que existe mayor probabilidad del controlar las variables. Por otro lado es recomendable replicar el

estudio con poblaciones más grandes y de distintas zonas, con escenarios distintos, donde se lleve a cabo solamente la aplicación de la escala sin ningún posible distractor.

Otra sugerencia del estudio es realizar un análisis confirmatorio con la lista de afirmaciones de la sintomatología obsesiva compulsiva.

Es importante seguir estudiando el TOC, así como los factores que se desconocían anteriormente y que ahora sabemos que son parte del trastorno con base en pensamientos intrusivos típicos y las conductas neutralizadoras específicas, además de considerar la relación de los estilos disciplinarios de los padres en el trastorno obsesivo compulsivo como un factor determinante, seguramente con ello se pueden lograr hallazgos que expliquen con mayor precisión estos fenómenos psicológicos.

Esta investigación tuvo una contribución importante al campo de la psicopatología y evaluación de la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo, ya que fue posible construir y validar la ESOCI en niños de México con edades de 8 a 12 años, donde se encubran principalmente los síntomas que posteriormente se convertirán en un proceso cíclico, para formar parte de los problemas psiquiátricos más comunes, por ello se considera una herramienta válida y útil para estudiar la prevalencia de estas manifestaciones tempranas del TOC.

También este estudio, toma gran relevancia por la carencia de instrumentos válidos y confiables, por lo que contar con la Escala de Sintomatología Obsesiva Compulsiva garantiza un diagnóstico oportuno en el desarrollo del niño, previniendo dichas manifestaciones que trae consigo el trastorno, por lo cual se sugiere honrar en su estudio. Esto debido a que diversas investigaciones han demostrado que de no atender estas manifestaciones a temprana edad, estos pueden persistir hasta la adolescencia o edad adulta afectando la calidad de vida de las personas.

REFERENCIAS

- Abramowitz, J. S. (2007). *Trastorno obsesivo-compulsivo*. México: Manual moderno.
- Achenbach, T.M., Becker, Betancourt, V., A., Döpfner, M. & Heiervang, E. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 29(12), 25-32.
- Akhtar, S., Wig & Greerberg, V.K. (1975). A phenomenological analysis of symptoms in obsessive compulsive neurosis. *Br J Psychiatry*. 127(32), 342–348. Aldekoa, J. A. & Jakes, J. (2001). Enfoques Teóricos del Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Biblioteca De Psicología*. 1(1), 216-221.
- American Psychiatric Association. (1952). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM I. Washington, U.S.A: Masson.
- American Psychiatric Association. (1968). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM II. Washington, U.S.A: Masson.
- American Psychiatric Association. (1980). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM III. Washington, U.S.A: Masson.

- American Psychiatric Association. (1987). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM III-TR. Washington, U.S.A: Masson.
- American Psychiatric Association. (2000). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM IV-TR. Washington, U.S.A: Masson.
- American Psychiatry Association. (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV). Washington, U.S.A: Masson.
- Balan-torre, A. (2012). *Prevalencia y comorbilidad psiquiátrica del TOC en Tabasco*. 08(1), 12-17. Recuperado de: <http://www.redaliyc.org/articulo.oa?id=48725011002>
- Barlow, H. D. & Brown T. (2001, 01 de Junio). Desorden de ansiedad generalizada. *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. 10(1), 12-14. Recuperado de: http://commonweb.unifr.ch/artsdean/pub/gestens/f/as/files/4660/21992_121827
- Baxter, L. J., Schwartz, J. K., Bergman, K.S., Szuba, M.P., Guze, B.H., Mazziotta, J.C., Alazraki A, Selin CE, Ferng HK, Munford P (1992) Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry* 49: 6881–689.
- Baxter, L. R., Schwartz, J. M., Bergman, K. S., Guze, B.H., Mazziotta, J.C. & Szuba, M.P. (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 68(2): 9. 9.
- Baxter, L.R., Schwartz, J.M., Bergman, K.S., Szuba, M., Guze, B.H., Mazziotta, ... C., Ferng, H.K. (1992). Munford P: Caudate glucose metabolic rate changes whit both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 689(65), 681-689.
- Behobi, B., Walter A., García, F. & Fernández-Álvarez, H. (2013). Psicoterapia cognitiva individual del TOC Salud Mental. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz*. 34(4), 347-354.
- Bellack, A. S., Hersen, M & Salkovskis, P. M. (1998). *Comprehensive Clinical Psychology*. Washington, U.S.A.: Pergamon.
- Belloch, A. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGrawHill.

- Belloch, A., Ramos, C. & Sandín, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Depósito legal.
- Benson, D. F. & Stuss, D. T. (1984, 05 de Abril). Estudios Neuropsicologicos de los Lobulos Frontales. *Psychological Bulletin*. 15(1), 56-63. Recuperado de: <http://redalyc.org/artículo.oaid=34786023723>
- Berg, C.J., Rapoport, J.L. & Flament, M. (1986). The Leyton Obsessional Inventory-Child Version. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 25 (6), 84–91.
- Betancourt, D. (2007). *Control parental y problemas internalizados y externalizados en niños y adolescentes*. (Tesis inédita de Doctorado). México: UNAM.
- Cahabane, N., Delmore, R. & Krebs, A. (2004). Exploratory analysis of obsessive–compulsive symptom dimensions in children and adolescents: A prospective follow–up study. *BMC Psychiatry*. 63(3), 6-10.
- Calleja, N. (2011). *Inventario de escalas psicosociales en México 1984-2005*. Universidad Nacional Autónoma de México, México: Facultad de psicología
- Caponi I. (2009). *A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder*. *Archives of General Psychiatry*. Traducida al español Nicolini, Herrera, Paez, Carmona, Orozco, Lodeiro & de la Fuente. San Diego, U.S.A: Pergamon
- Caponi, S. (2009). *Para una genealogía de la normalidad: la teoría de la generación del Moret*. Recuperado de <http://redalyc.org/artículo.oaid=34786023723>
- Carr, A.T. (1974). *Compulsive neurosis: A review of the literature*, in *Psychol*. Chicago, U.S.A: Bull.
- Cia, A. H. (1995). *Trastorno obsesivo-compulsivo y síndromes relacionados*. Buenos aires: El ateneo.
- Clasificación Internacional de Enfermedades 8 (1968). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud. Madrid. Mediator. (ICD-8, International Classification of Diseases, 8th revision).
- Clasificación Internacional de Enfermedades 9 (2007). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud. Madrid. Mediator. (ICD-9, International Classification of Diseases, 9th revision).

- Clark, D.A. (1954). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York, U.S.A: Guilford.
- Compas & Gotlib. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica*. D.F, México: McGraw-Hill. compulsive disorders. *Psychiatry Clin.* 29(2), 411-444.
- Cortese, E., Díaz, R., Equisito, A, Kuzmicki & R., Pilatti, A. (2004). *Psicología médica salud mental*. Buenos Aires: Nobuko.
- De Silva, P. & Stanley R. (1988). *Trastorno obsesivo-compulsivo: los hechos*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Delmore, R., Krebs, M. & Chabane, F. (2004). Frequency and transmission of glutamate receptors GRIK2 and GRIK3 polymorphisms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Neuroreport.* 15 (1), 699-702.
- Dollard, S. & McConaghy, N. (1975). Prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. En Dollard, S. & McConaghy (eds.), *Psychiat*, (pp. 37-41). Pinnacles, Aust: NZ J.
- Drost, R. (2011). Personality traits in subclinical and non obsessive-compulsive volunteers and their parents. *Behaviour Research and Therapy.* 32(2), 47- 56.
- Durand, V.M. & Barlow, H.D. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicopatología anormal*. D.f., México: Thomson.
- Fineberg, N. A., Krishnaiah, R. B., Moberg, J., & O'Doherty, C. (2008). Clinical screening for obsessive-compulsive and related disorders. *Israel journal of psychiatry and Related Sciences.* 45(3). 151-163.
- Flores-Herrera, L. M., Bustos-Aguayo, J. M., & Villegas-Zabala, P. (2013). Construcción de una escala de actitudes. El caso de habilidades socioemocionales. En Flores-Herrera L. y Bustos-Aguayo M., *Investigaciones psicoambientales en preescolares* (pp.43-50). México: Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Foa, E.B., Kozak, M.J. & McCarthy, P. (1988). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment.* 10(1), 206-214.

- Fontenelle, L.F. & Hasler, G. (2008). *The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: Risk factors and correlates. Progress Neuro-Psychopharmacology Biological Psychiatry*. 15(1), 56-63. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?id=liXeCwAAQBAJ&pg=PA511&lpg=PA511&dq=Fontenelle,+L.F.,+Hasler,+G.+\(2008\).+The+analytical+epidemiology+of+obsessive-compulsive+disorder:+Risk+factors+and+correlates.+Progress+Neuropsychopharmacology+Biological+Psychiatry&source=bl&ots=Mfb6d-osc0&sig=zcN2vDzP_gLiEjEFtjAnbY1akVs&hl=es&sa=X&ved=0ahUKewju6IeNotXPAhXi6oMKHanOCEEQ6AEILjAC#v=onepage&q=Fontenelle%2C%20L.F.%2C%20Hasler%2C%20G.%20\(2008\).%20The%20analytical%20epidemiology%20of%20obsessive-compulsive%20disorder%3A%20Risk%20factors%20and%20correlates.%20Progress%20Neuropsychopharmacology%20Biological%20Psychiatry&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=liXeCwAAQBAJ&pg=PA511&lpg=PA511&dq=Fontenelle,+L.F.,+Hasler,+G.+(2008).+The+analytical+epidemiology+of+obsessive-compulsive+disorder:+Risk+factors+and+correlates.+Progress+Neuropsychopharmacology+Biological+Psychiatry&source=bl&ots=Mfb6d-osc0&sig=zcN2vDzP_gLiEjEFtjAnbY1akVs&hl=es&sa=X&ved=0ahUKewju6IeNotXPAhXi6oMKHanOCEEQ6AEILjAC#v=onepage&q=Fontenelle%2C%20L.F.%2C%20Hasler%2C%20G.%20(2008).%20The%20analytical%20epidemiology%20of%20obsessive-compulsive%20disorder%3A%20Risk%20factors%20and%20correlates.%20Progress%20Neuropsychopharmacology%20Biological%20Psychiatry&f=false).
- Freud, S. (1856- 1939). *Obras completas*. Traducción directa del alemán, por López-Ballesteros L. y de Torres. Madrid: Nueva.
- García-Domínguez, M., Sayers, S. & Martínez-Taboas, A. (2009, 25 de Marzo). Desarrollo de un instrumento para identificar sintomatología obsesiva-compulsiva en niños/as y adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 04(1), 02-08. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=15574>
- Gavino, A. (1988). *Adaptación Española del Inventario de Creencias Relacionadas con las Obsesiones*. Trabajo no publicado.
- Goodman, W., Price, L. & Rasmussen, S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 46(10), 06-10.
- Gray, J.A. (1982). *The neuropsychology of Anxiety*. London: Oxford University Press.
- Gregory, A. (2012, 15 de Noviembre). Hypochondriasis and obsessive compulsive disorder: Overlaps in diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*. 52(11), 457-460. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1744062>

- Hanna, G.L. (2000). Clinical and Camilo-genetic studies of childhood obsessive-compulsive disorder. En W.K. Goodman, J.D. Maser, y M. V. Rudorfer (eds.), *Obsessive-Compulsive disorder contemporary issues in treatment*. (pp.87-103) NJ-Erlbaum: Mahwah.
- Hemmings, S & Stein, D. (2006). The current status of association studies in obsessive
- Hemmings, S., Kinnear C., & Lochner, C. (2003). Obsessive-Compulsive disorder: Investigating genetic and clinical correlates. En S. Hemmings, C. Kinnear & C. Lochner (eds.), *Early-versus late-onset*. (pp. 175-182). Clin, Aust: Psychiatry Res.
- Henry, J. A. (2006). Meta-analytic review of Wisconsin Card Sorting Test and verbal fluency performance in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*. 11(1), 156-76.
- Hernandez-Guzmán, L. & Bermúdez-Ornelas, G. (2010, 16 de Agosto). Versión en español de la escala de ansiedad para niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*. 42(1), 13-24. Recuperado de: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/tx_psicologico_trastornos.pdf
- Hernández-Guzmán, L., Bermúdez,O.G., Gril, B.F.M.E., Salazar, R.M., Uribe, Z. Z. & Zermeño. L.M. (2003) *Inventario de trastorno de ansiedad. Proyecto de investigación DGAPA IN-304102, prevención y tratamiento de la disfunción psicológica infantil*. México: universidad nacional autónoma de México, facultad de psicología.
- Jakes, I. & Aldekoa, J. (2001). *Enfoques teoricos del trastorno obsesivo-compulsivo*. Bilbao, España: Desclee de Brouwner.
- Jakes, I., & Aldekoa, J. A. (2001). *Enfoques teóricos del trastorno obsesivo-compulsivo*. D.F, México: Desclée de Brouwer.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris, Francia: Falcan.
- Jenike, M., Baer, L. & Minichello ,W. (2001). *Trastornos obsesivo-compulsivos: manejo práctico*. Madrid, España: Harcout.
- Jiménez Flores, J. (2014). *Factores de riesgo familiares y agresividad infantil: Un modelo ecológico de desarrollo*. Tesis Doctoral, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

- Johnson, D.L. (2010). *A compendium of psychosocial measures: Assessment of people Whittier serious mental illnesses in The Community*. New York, E.A.U.: Springer.
- Kanner, L. (1972). *Psiquiatría Infantil*. Buenos Aires, Argentina: Springfield.
- Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento. Métodos de Investigación en ciencias sociales*. México: McGraw Hill.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento, Métodos de Investigación en ciencias sociales*. México: McGraw Hill.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O. & Robertson, M.S. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives General Psychiatry*. 62(1), 60-61.
- Lee, H.J & Kwon, S.M. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research Therapy*. 41(2), 11-29.
- Lewis R. A. (1931). *Tests psicologicos y evaluación*. Traducción, Ortiz-Salinas, M. E. México: Pearson Education, 2003.
- Lewis, A. (1935). Problems of Obsessional Illness: (Section of Psychiatry). *Proc R Soc Medic*. 29(4), 325-36.
- McDonough, M., & Kennedy, N., (2002, 14 de Junio) Pharmacological management of obsessive-compulsive disorder: A Review for clinicians. *Harv Rev Psychiatry*. 10(5), 127-137.
- McFall, M.E. & Wollersheim, J.P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive behavioral formulations and approach to treatment. *Cognitive Therapy Research*. 3 (1), 333-348.
- McGuire, P.K. (1994). Functional anatomy of obsessive-compulsive phenomena. En P.K. McGuire, C.J. Bench, C. Frith, I. Marks, R. J. Frackowiak & R. Dolan (eds.), *Br J Psychiatry*, (pp. 459-68).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Ginebra, Suiza: Meditor.
- Pena-Garijo, J., Barros-LoCERTALES, A., Ventura-Campos, N., Ruipérez-Rodríguez, M.A., Edo-Villamón, S. & Ávila, C. (2010, 16 de Julio). Implicación del circuito

corticoestriadotalámico en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo durante una tarea de control inhibitorio con contingencias de recompensa y castigo. *Revista Neurologica*. 17(1), 24-31. Recuperado de: <http://www.revneurolog.com/sec/resumen.php?id=2010767>

Peña-Olvera, F., González-Thompson G., Palacios, C. L. & Vargas A. L. (2008). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: An update. Part one. *Salud Mental* 31(2), p. 8.

Piña, J. A., Ybarra, J. L., Alcalá, I. G. & Samaniego, R. A. (2010). Psicología y Salud (I): la importancia de llamarse modelo y apellidarse teórico-conceptual. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 2(1), 21-29.

Rachman, S. & Hodgson, R. J. (1980). Obsessions and Compulsions. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.4324/9780203359365_chapter_three

Rachman, S. & Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions, *Behaviour research and therapy*. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(78\)90022-0](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(78)90022-0)

Ramussen, S. A. & Eisen J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of Obsessive-Compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 15(3), 743-758.

Rapoport, J. L. (1989). Biología de las obsesiones y las compulsiones. *Investigación y Ciencia*, 152(3), 71. 78.

Rapoport, J. L., (1991, Enero, 25). Recent advances in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*. 5(2), 1-10.

Rosa-Alcázar, A. I., Olivares P. & Iniesta, M. (2010). El tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo (pp.120-151). En A. I. Rosa-Alcázar & J. Olivares (eds.), *Tratamiento Psicológico del Trastorno Obsesivo Compulsivo en Niños y Adolescentes* (pp. 175-215). Madrid, España: Pirámide.

Rosa-Alcázar, A., Ruiz, E. & Olivares, P. J. (2010). El tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. En A. I. Rosa y J. Olivares. *Tratamiento Psicológico del Trastorno Obsesivo Compulsivo en Niños y Adolescentes*. (pp.120-151) Madrid, España: Pirámide.

- Rosa-Alcázar, Ruiz-García, B., A. I., Iniesta-Sepúlveda, M., López-Pina, J. A. & Parada-Navas, J. I. (2014). Obsessive Compulsive Inventory-Child Version (OCI-CV) in a Spanish community sample of children and adolescents. *Psicothema*, 26(2), 174-179 doi: 10.7334/psicothema.2013.2101.
- Salcedo, M., Vázquez, R. & Calvo G., (2001, 25 de Mayo). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Revista colombiana de Psiquiatría*. 10(1), 01-09. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oaid=80619286010>
- Salkovskis, P.M. & Richards A. (2000). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. En R.P. Swinson, M.M. Antony, S.J. Rachman y M.A. Richter, (eds.), *Obsessive-compulsive disorder: theory, research and treatment*. Nueva York, E.U.A: Guilford.
- Salkovskis, P. M. & Westbrook, D. (1999). Behaviour therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(89\)90073-9](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(89)90073-9)
- Scahill, L., Riddle, M., Ort, S. & King, R. (1997). Children's Yale-brown obsessive-compulsive scale: Reliability and validity, J.A. Acad Child Adolesc Psychiatry. 36(15), 844-852.
- Stewart S., Galler, D. & Jenike, M. (2004). Long term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta psychiatrica Scand*. 110(23), 4-13.
- Stewart, S., Geller, D & Jenike, M. (2004). Longterm outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 110(25), 4-13.
- Towbin, K. & Riddle, M. (1991). *Obsessive-compulsive disorder. Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Ulloa, R., de la Peña, F., Higuera F., Palacios, L., & Nicolín, H. (2004). Estudio de la validez y confiabilidad de la versión en español de la escala de Yale-brown el trastorno obsesivo para niños y adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 32(12), 216-221.
- Ulloa, R. E., de la Peña F., Higuera, F., Palacios, L., Nicolín, H., & Ávila, J. M., (2004, 17 de Junio). Estudio de validez y confiabilidad de la versión en español de la escala Yale-Brown

del trastorno obsesivo-compulsivo para niños y adolescentes a Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Grupo Médico Carracci y del Instituto Nacional de Neurología Manuel Velasco Suárez. *Salud Mental*. 12(1), 17-26. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/195270409/YALE-BROWN-TOC-en-ninos-confiabilidad-y-validez>

Vallejo, J. (1997, 14 de Marzo). Problemas actuales en torno a la patología obsesiva. *Psiquiatría.COM*. 12(1), 35-42. Recuperado de: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num1/aart_4.htm Artículo Revista on line

Vallejo, R. J & Berrios, G. E. (1988). *Estados obsesivos*. Barcelona, España: Masson.

Yaryura-tobias, J. A., Neziroglu, F. & Sampedro, F. (1997). *Transtornos obsesivo-compulsivos: patogenesis, diagnóstico y tratamiento*. D.F., México: Brace.

Yaryura-Tobias, J.A. & Neziroglu, F. (1997). *Trastornos Obsesivos Compulsivos*. Madrid: Harcourt Brace.

APÉNDICES

Apéndice A



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



VALIDACIÓN POR EXPERTOS

Fecha: _____

Especialidad: _____

Ocupación: _____

Instrucciones: A continuación se muestra una lista de los reactivos sugeridos para un inventario que examina la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo. Los reactivos están agrupados en dos categorías, mismas que han sido enunciadas y definidas. Empiece leyendo cuidadosamente las definiciones correspondientes a una de las categorías. Después, lea cada uno de los reactivos y clasifíquelos en la categoría correspondiente. En seguida, señale si la redacción es correcta. Si considera alguna modificación, anótela en la columna de observaciones. En caso de sugerencias adicionales indíquelas, puede utilizar el reverso de la hoja.

Definición de categorías

El trastorno obsesivo compulsivo es un suceso para evitar un peligro, es decir, un pensamiento, una imagen o un impulso que la persona trata de evitar. Está configurado por dos componentes importantes: las obsesiones y las compulsiones.

Obsesiones (OBS)	Son ideas, pensamientos o imágenes mentales repetitivas, recurrentes, invasivas y egodistónicas (pensamientos que perciben como ajenos, aunque reconocen que se originan en sus propios procesos mentales y no en el exterior) como: frases sin sentido, canciones, enfermedades crónicas degenerativas o que causan la muerte
Compulsiones (COM)	Son conductas repetitivas, intencionales y estereotipadas que el paciente no puede dejar de realizar y que aparentemente tienen un propósito. Estas respuestas se presentan como respuesta a una obsesión. Las compulsiones se manifiestan como: lavarse las manos o revisar el seguro de la puerta; sin embargo, estas también pueden ser mentales, como pensar en ciertas palabras en un orden determinado como: contar, rezar o en el caso de los niños hacer rituales para verificar si no hay nada debajo de la cama.

Reactivo	Categoría que evalúa		Redacción			Observaciones
	OBS	COM	BUENA	REGUL AR	MALA	
Me preocupa todo el tiempo contagiarme de alguna enfermedad.						
Me molesta mucho el polvo						
Me causa mucha molestia los gérmenes						
Me preocupa que le suceda algo malo a mis amigos por no haber hecho algo en particular por tú hacer algo no haber hecho algo en particular.						
Me molesta cuando las cosas no se hacen como a mí me gustaría.						
Me preocupa todo el tiempo realizar las cosas adecuadamente.						

Reactivo	Categoría que evalúa		Redacción			Observaciones
	OBS	COM	BUENA	REGULAR	MALA	
Me cuesta trabajo dormir porque pienso que no llegare a la escuela						
Me cuesta trabajo respirar cuando no realizo alguna tarea.						
Me preocupa que le suceda algo malo a mi familia por no haber hecho algo en particular por tú hacer algo no haber hecho algo en particular.						
Necesito hacer cosas iguales una y otra vez para sentirme tranquilo						
Me causa mucha molestia tocar cualquier cosa que este sucia						
Evito tocar cosas porque pienso que está sucio.						
Tengo pensamientos muy frecuentes que me causan malestar.						
Lavo mis manos al tocar cualquier cosa.						
Me da asco tocar el teléfono celular porque está sucio.						
Me duele la cabeza por tener pensamientos repetitivos.						

Reactivo	Categoría que evalúa		Redacción			Observaciones
	OBS	COM	BUENA	REGULAR	MALA	
Tengo miedo de no controlar mis pensamientos y acciones.						
Acostumbras decir algo en especial porque si no lo haces, algo malo pasara.						
Necesitas tocar un objeto para evitar que te suceda algo malo a ti o tus seres queridos.						
Toco a un peluche en especial porque si no algo malo pasará						
Tengo miedo de enfermarme.						
Me da miedo equivocarme porque reviso una y otra vez mis acciones						
Siento que lavo exageradamente mis dientes.						
Siento la necesidad de tocar un objeto cierta cantidad de veces para evitar que te suceda algo malo a mis seres queridos.						
Me mareo porque tengo ideas en mi mente que me persiguen						
Siento la necesidad de contar muchas veces hasta cierto número.						

Reactivo	Categoría que evalúa		Redacción			Observaciones
	OBS	COM	BUENA	REGULAR	MALA	
Siento la necesidad de hacer las cosas hasta sentirme tranquilo (como rezar 10 veces antes de dormir).						
Lavo mis manos hasta lastimarme						
Siento calor en todo mi cuerpo cuando planeo una mentira						
Antes de comer necesitas decir o hacer cosas más de una vez.						
Antes de comer hago alguna cosa más de una vez						
Todo el tiempo limpio mis cosas, hasta que siento que están limpias						
Me prohíbo mencionar cierto número						
Me siento nervioso (a) cuando tengo pensamientos repetitivos.						
Sudo cuando no realizo una actividad adecuadamente.						
Me prohíbo mencionar alguna palabra.						
Me prohíbo mencionar alguna frase.						

Reactivo	Categoría que evalúa		Redacción			Observaciones
	OBS	COM	BUENA	REGULAR	MALA	
Me siento agitado (a) cuando tengo pensamientos que me molestan una y otra vez.						
Me molesta el desorden.						
Suelo contar las veces que realizo las cosas (por ejemplo, las veces que has ido al baño, las veces que has estornudado o bostezado).						
Cuentas las veces que haces alguna actividad cotidiana.						
Realizo actos mentales para prevenir que me ocurran cosas malas a mí.						
Realizo actos físicos para prevenir que me ocurran cosas malas a mí.						
Cuento en algunas situaciones (por ejemplo, cuando vas al baño, antes de contestar el teléfono, antes de abrir una puerta, antes de dormir o antes de ir a la escuela).						
Me limpio todo el tiempo.						
Me baño más de dos veces al día.						

Reactivo	Categoría que evalúa		Redacción			Observaciones
	OBS	COM	BUENA	REGULAR	MALA	
Cuento mis colores una y otra vez antes de que algo malo suceda						
Me veo en exceso en el espejo.						
Reviso mi teléfono celular muchas veces sin que haya sonado.						
Me cambio de ropa más de dos veces al día por qué creo que está sucio.						
Me aseguro que mi madre lave más de dos veces los vegetales.						
Los trabajos escolares deben de realizarse a mi manera.						
Rezo muchas veces antes de hacer un examen.						
Me aseguro que mi examen este correctamente contestado más de tres veces.						
Mi ropa debe de estar acomodada estrictamente por color						
Mi ropa debe estar acomodada por tamaño.						
Me cuesta trabajo dormir por pensar en que debo realizar alguna actividad						

Reactivo	Categoría que evalúa		Redacción			Observaciones
	OBS	COM	BUENA	REGULAR	MALA	
Me aseguro que las puertas queden cerradas correctamente varias veces.						
Hago alguna cosa antes de realizar un examen.						
Pienso repetidamente en que enfermarme.						
Me aseguro una y otra vez que mis tareas estén bien hechas.						
Pienso repetidamente en que me contagiare de alguna enfermedad.						
Pienso que hay fantasmas una y otra vez y verifico que no estén cerca						
Trato de luchar con los pensamientos repetidos, para vencerlos.						
Confirmo más de dos veces que cosas que hago estén bien hechas.						
Uso un lápiz en especial cuando hago exámenes para que me vaya bien.						
Temo adquirir una bacteria y no puedo dejar de pensar en ello						
Me esfuerzo por sacar ciertas ideas recurrentes de mi mente.						

Reactivo	Categoría que evalúa		Redacción			Observaciones
	OBS	COM	BUENA	REGULAR	MALA	
Me alejo de mis amigos para pensar en las ideas de mi mente.						
Arranco hojas de mi cuaderno en cuanto me doy cuenta que me equivoque y vuelvo a empezar.						
Me tardo mucho bañándome porque que debo limpiarme una y otra vez.						
Pienso en controlar los pensamientos recurrentes que tengo en la mente						
Me esfuerzo por sacar ciertas ideas de mi mente.						
Sé que pierdo mucho tiempo en realizar actividades repetitivas, pero no puedo evitarlo						
Siento que mi corazón late más rápido cuando veo que algo está desordenado.						
No me permito fallar por ninguna razón.						

Apéndice B

JUECEO DEL INSTRUMENTO POR PROFESIONALES EXPERTOS

<i>Reactivo</i>	<i>Juez Experto 1</i>	<i>Juez Experto 2</i>	<i>Juez Experto 3</i>	<i>Juez Experto 4</i>	<i>Total</i>	<i>Redacción</i>
Me preocupa contagiarme de alguna enfermedad.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Me preocupa que le suceda algo malo a mi familia por no haber hecho algo en particular.	OBS	OBS	OBS	COM	75%	✓
Me esfuerzo por sacar ciertas ideas de mi mente.	OBS	COM	OBS	COM	50%	
Me da miedo no poder controlar mis pensamientos y actos.	OBS	OBS	COM	OBS	75%	✓
Debo decir algo porque si no algo malo pasará.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	X
Siento la necesidad de contar muchas veces hasta cierto número.	COM	OBS	COM	OBS	50%	
Toco una cobija porque si no lo hago algo malo pasara.	OBS	COM	COM	COM	75%	X
Toco a un peluche en especial porque si no algo malo pasará.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Cuento mis juguetes una y otra vez antes de que algo malo suceda.	COM	COM	COM	OBS	75%	X
Cuento mis colores una y otra vez antes de que algo malo suceda.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Pienso que hay fantasmas una y otra vez y verifico que no estén cerca.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Antes de comer hago alguna cosa una y otra vez.	COM	COM	COM	COM	100%	X
Necesito hacer cosas iguales una y otra vez para sentirme tranquilo.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Antes de comer hago alguna cosa más de una vez.	COM	OBS	COM	COM	75%	X

Continuación del Jueceo del instrumento por profesionales expertos.

Siento la necesidad de hacer alguna cosa en especial hasta sentirme tranquilo (a).	COM	COM	OBS	COM	75%	X
Todo el tiempo limpio mis cosas, hasta que siento que están limpias.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Me prohíbo mencionar algún número.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Realizo actos físicos para prevenir que me ocurran cosas malas a mí.	COM	OBS	OBS	COM	50%	
Me prohíbo mencionar alguna palabra.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Me prohíbo mencionar alguna frase.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Necesito tocar algún objeto en particular para sentirme seguro (a).	COM	COM	COM	COM	75%	X
Me molesta mucho el polvo.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Me causa mucha molestia los gérmenes.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Me causa mucha molestia tocar cualquier cosa que este sucia	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Evito tocar cosas porque pienso que está sucio.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Reviso mi teléfono celular muchas veces sin que haya sonado.	OBS	OBS	COM	COM	50%	
Lavo mis manos al tocar cualquier cosa.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Me da asco tocar el teléfono celular porque está sucio.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Me limpio todo el tiempo.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Siento que lavo exageradamente mis dientes.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Lavo mis manos hasta lastimarme.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Trato de luchar con los pensamientos repetidos, para vencerlos.	COM	OBS	OBS	COM	50%	
Me baño más de dos veces al día.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Me veo muchas veces en el día en el espejo.	COM	COM	COM	COM	75%	X

Continuación del Jueceo del instrumento por profesionales expertos.

Me cambio más de dos veces al día de ropa porque creo que estoy sucio.	COM	COM	COM	COM	100%	X
Me aseguro de que mi madre lave más de dos veces los vegetales.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Las tareas escolares en equipo deben realizarse a mi manera.	OBS	OBS	OBS	OBS	75%	X
Mi ropa debe estar acomodada por color.	COM	COM	COM	COM	75%	X
Mi ropa debe estar acomodada por tamaño.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Me aseguro una y otra vez que mis tareas estén bien hechas.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Realizo actos mentales para prevenir que me ocurran cosas malas a mí.	COM	COM	OBS	OBS	50%	
Me aseguro que mi examen este correctamente contestado más de tres veces.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Me aseguro varias veces que las puertas estén bien cerradas.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Rezo muchas veces antes de hacer un examen.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Hago alguna cosa antes de realizar un examen.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Uso un lápiz en especial cuando hago exámenes para que me valla bien.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Confirмо más de dos veces que cosas que hago estén bien hechas.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Cuentas las veces que haces alguna actividad cotidiana.	OBS	OBS	COM	COM	50%	
Todo el tiempo tengo pensamientos iguales que me afectan.	OBS	OBS	OBS	OBS	75%	X
Me duele la cabeza por tener pensamientos repetitivos.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Pienso muchas veces en que me voy a enfermar.	OBS	OBS	OBS	OBS	75%	X
Me esfuerzo por sacar ciertas ideas recurrentes de mi mente.	OBS	COM	COM	OBS	50%	

Continuación del Jueceo del instrumento por profesionales expertos.

Pienso muchas veces que me contagiare de alguna enfermedad.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Tengo miedo de enfermarme.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Peleo con mi mente para no tener pensamientos repetitivos.	OBS	OBS	OBS	OBS	75%	X
Pienso en controlar los pensamientos repetitivos que tengo en mi cabeza.	OBS	OBS	OBS	OBS	75%	X
Sé que pierdo mucho tiempo haciendo cosas repetitivas pero no puedo evitarlo.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Suelo contar las veces que realizo las cosas	COM	OBS	OBS	COM	50%	
Me molesta cuando las cosas no se hacen como a mí me gustaría.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Me siento nervioso (a) cuando tengo pensamientos repetitivos.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Me siento agitado (a) cuando tengo pensamientos que me molestan una y otra vez.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Siento calor en todo mi cuerpo cuando planeo una mentira	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Sudo cuando no realizo una actividad adecuadamente.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Me da miedo equivocarme porque reviso una y otra vez mis acciones	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Me mareo porque tengo ideas en mi mente que me persiguen.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Me preocupa todo el tiempo realizar las cosas adecuadamente.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Me cuesta trabajo respirar cuando no realizo alguna tarea.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Siento que mi corazón late más rápido cuando veo que algo está desordenado.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓

Continuación del Jueceo del instrumento por profesionales expertos.

Me molesta el desorden.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Cuando veo que algo no está en su lugar mi mente me pide que lo acomode porque si no me siento intranquilo (a).	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Soy distraído (a) porque tengo muchas ideas iguales en mi mente que no me dejan.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
No me permito fallar por ninguna razón.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Me cuesta trabajo dormir por pensar en que debo realizar alguna actividad.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Me cuesta trabajo dormir porque pienso que no llegare a la escuela.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Me alejo de mis amigos para pensar en las ideas de mi mente.	OBS	OBS	OBS	OBS	100%	✓
Temo adquirir una bacteria y no puedo dejar de pensar en ello	OBS	OBS	COM	COM	50%	
Me alejo de mis amigos para realizar alguna idea que traigo en mi mente.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Arranco hojas de mi cuaderno en cuanto me doy cuenta que me equivoque y vuelvo a empezar.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Me tardo mucho bañándome porque que debo limpiarme una y otra vez.	COM	COM	COM	COM	100%	✓
Agredo a mis compañeros porque no hacen las tareas adecuadamente.	COM	COM	COM	COM	100%	✓

Apéndice C

Escala de Sintomatología del Trastorno Obsesivo Compulsivo en Niños.

SOY NIÑA _____ SOY NIÑO _____ TENGO _____ AÑOS

A continuación encontraras una serie de oraciones que describen acciones y pensamientos que te pueden ocurrir en un día marca con una x la frecuencia en ti.

Por ejemplo:

	Siempre	veces	Poco	Nunca
Rezo 5 veces antes del examen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
01 Me preocupa contagiarme de alguna enfermedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02 Me preocupa que le suceda algo malo a mi familia por no haber hecho algo en particular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03 Me da miedo no poder controlar mis pensamientos y actos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04 Debo decir algo porque si no algo malo pasará.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05 Toco una cobija porque si no lo hago algo malo pasara.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06 Toco a un peluche en especial porque si no algo malo pasará.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07 Cuento mis juguetes una y otra vez antes de que algo malo suceda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08 Cuento mis colores una y otra vez antes de que algo malo suceda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

09 Pienso que hay fantasmas una y otra vez y verifico que no estén cerca.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Antes de comer hago alguna cosa una y otra vez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Necesito hacer cosas iguales una y otra vez para sentirme tranquilo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Antes de comer cuento más de una vez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Siento la necesidad de hacer alguna cosa en especial hasta sentirme tranquilo (a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Todo el tiempo limpio mis cosas, hasta que siento que están limpias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Me prohíbo mencionar algún número.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Me prohíbo mencionar alguna palabra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Me prohíbo mencionar alguna frase.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Necesito tocar algún objeto en particular para sentirme seguro (a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Me molesta mucho el polvo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Me causa mucha molestia los gérmenes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 Me causa mucha molestia tocar cualquier cosa que este sucia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 Evito tocar cosas porque pienso que está sucio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 Lavo mis manos al tocar cualquier cosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24 Me da asco tocar el teléfono celular porque está sucio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 Me limpio todo el tiempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 Siento que lavo exageradamente mis dientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 Lavo mis manos hasta lastimarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28 Me baño más de dos veces al día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29 Me veo muchas veces en el día en el espejo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30 Me cambio más de dos veces al día de ropa porque creo que estoy sucio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31 Me aseguro de que mi madre lave más de dos veces los vegetales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32 Las tareas escolares en equipo deben realizarse a mi manera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33 Mi ropa debe estar acomodada por color.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34 Mi ropa debe estar acomodada por tamaño.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35 Me aseguro una y otra vez que mis tareas estén bien hechas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36 Me aseguro que mi examen este correctamente contestado más de tres veces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37 Me aseguro varias veces que las puertas estén bien cerradas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38 Rezo muchas veces antes de hacer un examen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39 Hago alguna cosa antes de realizar un examen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40 Uso un lápiz en especial cuando hago exámenes para que me vaya bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41 Confirmo más de dos veces que cosas que hago estén bien hechas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42 Todo el tiempo tengo pensamientos iguales que me afectan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43 Me duele la cabeza por tener pensamientos repetitivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44 Pienso muchas veces en que me voy a enfermar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45 Pienso muchas veces que me contagiare de alguna enfermedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46 Tengo miedo de enfermarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47 Peleo con mi mente para no tener pensamientos repetitivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48 Pienso en controlar los pensamientos repetitivos que tengo en mi cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49 Sé que pierdo mucho tiempo haciendo cosas repetitivas pero no puedo evitarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50 Me molesta cuando las cosas no se hacen como a mí me gustaría.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51 Me siento nervioso (a) cuando tengo pensamientos repetitivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52 Me siento agitado (a) cuando tengo pensamientos que me molestan una y otra vez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53 Siento calor en todo mi cuerpo cuando planeo una mentira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

54 Sudo cuando no realizo una actividad adecuadamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55 Me da miedo equivocarme porque reviso una y otra vez mis acciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56 Me mareo porque tengo ideas en mi mente que me persiguen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57 Me preocupa todo el tiempo realizar las cosas adecuadamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58 Me cuesta trabajo respirar cuando no realizo alguna tarea.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59 Siento que mi corazón late más rápido cuando veo que algo está desordenado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60 Me molesta el desorden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61 Cuando veo que algo no está en su lugar mi mente me pide que lo acomode porque si no me siento intranquilo (a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62 Soy distraído (a) porque tengo muchas ideas iguales en mi mente que no me dejan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63 No me permito fallar por ninguna razón.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64 Me cuesta trabajo dormir por pensar en que debo realizar alguna actividad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65 Me cuesta trabajo dormir porque pienso que no llegare a la escuela.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66 Me alejo de mis amigos para pensar en las ideas de mi mente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67 Me alejo de mis amigos para realizar alguna idea que traigo en mi mente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

68 Arranco hojas de mi cuaderno en cuanto me doy cuenta que me equivoque y vuelvo a empezar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69 Me tardo mucho bañándome porque que debo limpiarme una y otra vez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70 Agredo a mis compañeros porque no hacen las tareas adecuadamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

Apéndice D

Escala de Sintomatología del Trastorno Obsesivo Compulsivo en Niños (ESOCI)



SOY NIÑA



SOY NIÑO

TENGO _____ AÑOS

A continuación se presenta una serie de oraciones que describen acciones y pensamientos que te pueden ocurrir en un día, marca con una X el grado que se ajuste a tu comportamiento.

Por ejemplo:

	Siempre	A veces	Poco	Nunca
Rezo 5 veces antes del examen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1. Toco una cobija porque si no lo hago algo malo pasara.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Toco a un peluche en especial porque si no algo malo pasará.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cuento mis juguetes una y otra vez antes de que algo malo suceda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Cuento mis colores una y otra vez antes de que algo malo suceda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Pienso que hay fantasmas una y otra vez y verifico que no estén cerca.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Antes de comer hago alguna cosa una y otra vez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Antes de comer cuento más de una vez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Necesito tocar algún objeto en particular para sentirme seguro (a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me da asco tocar el teléfono celular porque está sucio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me aseguro de que mi madre lave más de dos veces los vegetales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi ropa debe estar acomodada por color.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Mi ropa debe estar acomodada por tamaño.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Todo el tiempo tengo pensamientos iguales que me afectan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me duele la cabeza por tener pensamientos repetitivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Peleo con mi mente para no tener pensamientos repetitivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Pienso en controlar los pensamientos repetitivos que tengo en mi cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sé que pierdo mucho tiempo haciendo cosas repetitivas pero no puedo evitarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me molesta cuando las cosas no se hacen como a mí me gustaría.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento nervioso (a) cuando tengo pensamientos repetitivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Me siento agitado (a) cuando tengo pensamientos que me molestan una y otra vez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Me da miedo equivocarme porque reviso una y otra vez mis acciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me mareo porque tengo ideas en mi mente que me persiguen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Me preocupa todo el tiempo realizar las cosas adecuadamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me cuesta trabajo respirar cuando no realizo alguna tarea.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Soy distraído (a) porque tengo muchas ideas iguales en mi mente que no me dejan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me cuesta trabajo dormir por pensar en que debo realizar alguna actividad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Me cuesta trabajo dormir porque pienso que no llegare a la escuela.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Me alejo de mis amigos para pensar en las ideas de mi mente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me alejo de mis amigos para realizar alguna idea que traigo en mi mente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

GRACIAS POR TU PARTICIPACION

