



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**USO DE LAS TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUAL:  
RETROALIMENTACIÓN BIOLÓGICA; EN EL MANEJO Y  
CONTROL DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. UN  
ESTUDIO DE CASO.**

**R E P O R T E   L A B O R A L**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**MARIA GLORIA MARTÍNEZ RAMÍREZ**

**DIRECTORA DEL REPORTE:**

**MTRA. IRMA ZALDIVAR MARTÍNEZ**

**COMITÉ DE TESIS:**

**MTRA. EMMA VIVIAN ROTH GROSS  
MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO  
MTRA. GABRIELA MARIANA RUÍZ TORRES  
MTRO. FRANCISCO JAVIER ESPINOSA JIMÉNEZ.**



Ciudad Universitaria, Cd. Mx.    Marzo, 2017.



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres, Margarita y Ismael, por el brindarme a través de sus voces y acciones las raíces que forjan el camino de todas las historias de éxito y amor. ¡¡Les Amo!!

A mi hijo, pues siempre quise ser el mejor ejemplo para tus acciones, sin darme cuenta que justo con tus acciones me dabas la guía para mis decisiones. Gracias hijo

Al Dr. Benjamín Domínguez Trejo, ya que su mentoría fue un pilar fundamental en mi vida como profesionalista, enseñándome los caminos más dulces de la psicofisiológica, de la terapia y de la vida.

A la Mtra. Irma Zaldívar Martínez, pues sus enormes enseñanzas han forjado además de profesionalismo, una dedicación exacta para lograr las metas deseadas.

Al Centro de Servicios Psicológicos, Guillermo Dávila, pues el pertenecer a este prestigiado espacio de atención y conocimiento es un honor.

A mis pacientes, con agradecimiento especial, pues ellos son los verdaderos protagonistas de mi historia y triunfos, los artistas que me han permitido mirar sus obras.

# INDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCION.....	5
CAPITULO 1. EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)	
1.1. Definición.....	7
1.2. Historia y Prevalencia.....	10
1.3. Etiología.....	13
1.4. Pronóstico.....	14
1.5. Diagnóstico.....	16
1.6. Comorbilidad.....	18
CAPITULO 2. LOS ESTADOS AFECTIVOS	
2.1. Las emociones.....	21
2.2. La depresión.....	23
2.3. La ansiedad.....	26
CAPITULO 3. TRATAMIENTOS Y LA TEORIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TOC	
3.1. Perspectiva cognitivo-conductual.....	31
3.2. Desensibilización sistemática.....	34
3.3. Inoculación del estrés.....	36

3.4. Reestructuración cognitiva.....	40	
3.5. La retroalimentación biológica (biofeedback).....	45	
3.6. Tratamiento farmacológico.....	49	
CAPITULO 4. MÉTODO		
4.1. Escenario .....	53	
4.2. Protocolo de atención.....	54	
4.3. Plan de tratamiento.....	57	
4.4. Entrenamiento en biofeedback.....	58	
4.5. Tratamiento.....	60	
4.6. Seguimiento.....	63	
CAPITULO 5. RESULTADOS.....		64
CAPITULO 6. CONCLUSIONES.....		73
CAPITULO 7. DISCUSIÓN.....		76
REFERENCIAS.....		78
ANEXOS.....		86

## RESUMEN

Los padecimientos relacionados con la salud mental son un importante factor de atención en el mundo y en México; la falta de atención a ellos, su desconocimiento y sus estigmas pueden generar una pobre calidad de vida en el individuo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su boletín número 82 (Robert, Shekhar, Saxena, Itzhay y Benedetto, 2004), estima que el trastorno obsesivo compulsivo tiene una brecha de no atención del 57,3%. Es decir, más del 50% de los casos con esta condición de salud no son atendidos en el mundo. La discusión realizada en la Encuesta Nacional de Psiquiatría en México (Medina, E; Borges, G; Muñoz, C; Blanco, J; Fleiz, C; Villatoro, J; Rojas, E; Zambrano, J; Casanova, L; y Aguilar; 2003) indica que existe la necesidad de incrementar los esfuerzos orientados a hacer más accesibles los servicios de Salud Mental a la población. El presente reporte laboral tiene como objetivo mostrar el proceso terapéutico de atención psicológica sistematizada, realizada en un usuario con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), realizando un esfuerzo por ampliar la brecha de atención terapéutica de este tipo de padecimiento.

En el siguiente reporte se presenta un estudio de caso, atendido en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. Los resultados indican que la intervención psicológica de orientación cognitivo conductual, con estrategias de retroalimentación biológica en paciente con trastorno obsesivo compulsivo, es efectiva. Se mencionarán, discutirán y evaluarán las estrategias utilizadas en la atención de un paciente con dicho trastorno.

# INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (2013) define a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias necesidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicha definición abre las puertas al trabajo de la disciplina psicológica, y al de tratamientos eficaces.

El trastorno obsesivo compulsivo, es un padecimiento con síntomas característicos que van desde pensamientos recurrentes denominados intrusivos, hasta comportamientos repetitivos rígidos (DSM V, 2014). La sintomatología, sin duda afecta de manera importante las conductas productivas y fructíferas de una persona que contribuye a la comunidad. Puchol (2003), menciona que este padecimiento genera incomodidad y malestar e interfiere significativa y negativamente en la vida de la persona en múltiples niveles. Recientemente el Instituto Nacional de Psiquiatría (2014), en la clínica de trastornos obsesivos compulsivos, coloca a esta condición de salud mental en el número siete en relación a la prevalencia de todas las condiciones de salud mental del año 2013.

El presente Reporte Laboral pretende dar un panorama amplio de lo que es el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), su atención con la técnica de retroalimentación biológica y el impacto de esta en los síntomas específicos del padecimiento. Analizando los resultados y presentando una discusión con base al caso y a la terapéutica del caso.

En el primer capítulo, se reflexiona sobre la definición del trastorno, su historia, etiología, las pautas para establecer un diagnóstico y la psicopatología del mismo.

En el segundo capítulo, se abordan algunos de los estados afectivos relacionados con el TOC, como son depresión y ansiedad. Incluyendo una descripción de las emociones.

En el tercer capítulo, se describen los tratamientos terapéuticos enfocados a la rehabilitación del TOC, desde el enfoque cognitivo-conductual. Así como la técnica de retroalimentación biológica; además de hacer hincapié en el tratamiento farmacológico.

En el capítulo cuatro, se describe la metodología con la que se llevó a cabo el presente estudio de caso, su análisis, la planeación de tratamiento, los instrumentos, la evaluación y diagnóstico, así como la evaluación del tratamiento.

Finalmente en el capítulo cinco, se muestran las conclusiones y la discusión del estudio.

# Capítulo 1. El trastorno obsesivo compulsivo

“La mayoría de la gente es tan feliz, como sus mentes les deja ser.”

Abraham Lincoln

El trastorno obsesivo compulsivo es parte del grupo de los trastornos de ansiedad y presenta múltiples caras, pero el estilo y el modo de los pensamientos y conductas que presentan los individuos en este desorden son destacadas e inconfundiblemente consistentes (Hymamn y Pedrick, 2003).

## 1.1. Definición.

“El trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por la irrupción involuntaria en la mente del que lo padece; de ideas, temores, impulsos o imágenes de contenido desagradable, carente de sentido, exagerado o absurdo en mayor o menor grado. Estas formaciones se imponen en el primer plano de la actividad mental, interfiriéndola. El sujeto intenta, en principio, resistirse y luchar frente a ellas, algo que, en el mejor de los casos, sólo conseguirá parcialmente. Dichas obsesiones se acompañan de conductas, compulsiones, que pueden o no ser observables, dirigidas a disminuir el malestar o conjurar el peligro temido” (Albert, 2001).

En el trastorno obsesivo compulsivo aparecen pensamientos intrusivos y recurrentes, conductas o actos mentales repetitivos que el sujeto realiza con la finalidad de reducir un malestar o prevenir algún acontecimiento negativo, lo que le provoca deterioro funcional en la vida del individuo (Perpiña, 2002).

Las obsesiones y compulsiones que caracterizan al TOC, interfieren en gran medida con la vida y atrapan al individuo en ciclo de pensamiento y comportamiento angustiante, provocador de ansiedad. Las compulsiones más comunes implican la repetición de un comportamiento específico, como lavar y

limpiar, contar, poner objetos en orden. Una compulsión con frecuencia va de la mano con una obsesión, por ejemplo un hombre obsesionado con la preocupación de dejar abierta la llave del agua, se ve involucrado en regresar repetidamente a observar la llave (Halgin y Krauss, 2009).

Existen 4 dimensiones importantes para los síntomas del TOC (Halgin y Krauss, 2009):

1. Obsesiones asociadas con compulsiones de verificación.
2. La necesidad de tener simetría y poner las cosas en orden.
3. Obsesiones por la limpieza asociadas con compulsiones de lavar.
4. Comportamientos relacionados con el acaparamiento.

La Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM V (2014), define al TOC través de cuatro parámetros:

1. La presencia de obsesiones, compulsiones o ambas. Las obsesiones: se caracterizan por 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 individuos causan ansiedad o malestar importante, mismas que el individuo intenta ignorar, suprimir (estos pensamientos, impulsos o imágenes), o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen como 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. 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.

2. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (en realizar) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

3. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

4. 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, etc.).

Los individuos con TOC pueden clasificarse de distintas formas. Una de ellas puede ser con respecto a la comorbilidad, particularmente la presencia de un trastorno por tics, donde pueden ser divididos en dos grupos:

- Aquellos con un trastorno por tics y/o historia familiar de un trastorno por tics.
- Aquellos que no presentan alguno de estos componentes.

Niños con TOC y tics tienden a presentar mayor presencia de rituales conductuales sin el contexto de evitación al daño, así como menor frecuencia de obsesiones de lavado/contaminación que aquellos niños con TOC sin tics. Se han reportado hallazgos similares en adultos con TOC y tics que muestran características específicas como: un perfil sintomático de obsesiones de simetría, agresivas o sexuales con compulsiones de verificación y de orden, índice de género con mayor proporción hombre/mujer (Vargas, Palacios, Gonzales y Peña, 2008).

Los individuos con TOC, también pueden ser clasificados de acuerdo con la presencia de agregación familiar, ya que en particular el TOC de inicio temprano es altamente familiar, lo que sugiere un subtipo específico con características peculiares como la comorbilidad, historia familiar psiquiátrica y la distribución del género, los hallazgos han sido consistentes en varios estudios determinando predominancia de los hombres sobre las mujeres. Los sujetos con TOC de inicio en la infancia, manifiestan un deterioro importante en varias áreas funcionales y aun mayor deterioro cuando llegan a la edad adulta sin tratamiento, a diferencia de quienes inician el padecimiento en edad más tardía (Vargas, et. al. 2008).

Otra clasificación por subtipos, se ha basado en las correlaciones clínicas entre categorías específicas de obsesiones y compulsiones. Varios autores han propuesto subtipos específicos tras establecer correlaciones de síntomas obsesivos compulsivos utilizando un análisis factorial. De éstos el primero fue Leckman, citado en Vargas, et.al. (2008), quien describió cuatro subtipos o factores importantes:

1. Obsesiones sexuales, agresivas, religiosas y somáticas con revisión.
2. Simetría con orden.
3. Contaminación con limpieza o lavado.
4. Atesoramiento

## **1.2 Historia y prevalencia**

Aunque las conductas obsesivas han sido descritas desde la antigüedad, la primera descripción conocida se refiere a las compulsiones de limpieza de un monje budista y se remontan a más de veinte siglos, aunque no se consideraron parte de los trastornos mentales hasta el siglo XIX (Albert 2001).

Durante la Edad Media, el vocablo obsesión -derivado de la palabra latina *obsidere*: bloquear, asediar- se utilizaba, junto a compulsión, idea imperativa, impulsión, etc., para denominar, en el lenguaje cotidiano, conductas relacionadas con la voluntad. El término escrúpulo, se utilizó desde el siglo XVI para referirse a los pensamientos repetitivos de contenido religioso y lo encontramos en la autobiografía de Ignacio de Loyola cuando describe su trastorno obsesivo, de probable etiología orgánica (Albert, 2001).

En Alemania, Krafft-Ebing, en 1867, creó el término *Zwangs-vorstellung* para aludir a los pensamientos o representaciones irresistibles, incontrolables por el que las padece. La raíz de la que procede -*zwang*- equivale tanto a acto como a ideas, y define lo forzado más que lo obsesivo. Esta ambigüedad se plasmó en el hecho de que se tradujera como obsesión en Gran Bretaña, y como compulsión en Estados Unidos (Albert 2001).

Poco después, en 1877, Westphal equiparó las representaciones o presentaciones, a ideas y distinguió entre ideas obsesivas puras o rumiaciones, e ideas iniciadoras de la acción o compulsiones. Para Berrios, en Albert (2001), este es el momento histórico en el que las compulsiones se hicieron parásitas de las ideas. Westphal, cuya teoría de que los estados obsesivos eran el resultado de una alteración intelectual tendría gran influencia en la Alemania del siglo XIX.

En Francia, durante la primera mitad del siglo, las conductas obsesivas fueron catalogadas dentro de las “locuras parciales”, denominadas de varias maneras, *maniesans délire, monomanie, folie lucide*; mientras que, en la segunda mitad del siglo XIX, Morel planteó la posibilidad de que las emociones jugaran un papel en su génesis, llamándolas: *délire emotif*. Sin embargo, el término obsesión no se introdujo en el lenguaje médico de la época hasta que Luys, en 1883, utilizó las *obsessions pathologiques* para denominar las experiencias subjetivas, repetitivas y anormales, producidas sin estímulo o causa externa; siendo también el primero en señalar que las obsesiones constituían un fenómeno interno del sujeto (Albert 2001).

Mientras tanto, en el Reino Unido, la evolución del término siguió una línea similar. Antes del nacimiento de la medicina clínica, la palabra obsesión se refería al acto de ser asediado por el diablo. Tuke en 1894 (citado en Albert 2001), utilizaba imperativas ideas y Mickle (1896) *mental basetments* para referirse a acoso mental. Pero, aunque Tuke prefiriera el término imperative ideas, al traducir la cita de Legrain para su diccionario, anglicó la referencia francesa: *obsession and impulse*, extendiéndose rápidamente el término obsesión en la literatura médica de la época, con tal aceptación que, en la revisión de estos trastornos, publicada por Shaw en 1904, utiliza la palabra *obsession* como si estuviera incorporada a la psicopatología inglesa desde mucho antes (Albert, 2001).

En este siglo el trastorno obsesivo compulsivo, ha recibido nombres tales como: neurosis obsesiva y neurosis de compulsión. En 1964, estimaban que el trastorno obsesivo compulsivo, afectaba solamente al 0.05% de la población. En 1977, se estimaba que era el 0.32%. En la actualidad los principales estudios estiman una tasa de prevalencia vital de un 2.5%. Gran parte de la razón de esto es por la discreción de la persona que padece el trastorno (Hymamn y Pedrick, 2003). Los epidemiólogos han documentado que el trastorno obsesivo compulsivo tiene una tasa de prevalencia de toda la vida de 2%, una cifra derivada de varios lugares alrededor del mundo. Sin embargo, algunos investigadores advierten se tenga cuidado con esta cifra ya que cuando se usan instrumentos conservadores de exploración disminuye a menos de 1% ( Halgin y Krauss, 2009).

Un factor que complica el estimar la prevalencia, es que en los estudios de zona de influencia epidemiológica, la mayoría de las personas que cumplieron con los criterios para diagnosticar TOC, cuando fueron examinadas un año después de su diagnóstico ya no coincidían con los síntomas anteriores (Halgin y Krauss, 2009).

En la población mundial, el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) afecta entre el 2% y 3%, mientras que en México de acuerdo con la Encuesta Epidemiológica Psiquiátrica de 2003, se reporta un prevalencia total de un 2.6% con una edad media de inicio de 19 años, específicamente en la Ciudad de México la prevalen-

cia es de 1.4% y la edad promedio de inicio entre hombres y mujeres fue de 22 años. La comorbilidad que presenta este trastorno, es mayor con el abuso de sustancias en el caso de los hombres y en el caso de las mujeres existe mayor comorbilidad con las fobias específicas y el episodio depresivo (Cárdenas, Muñoz y Oviedo, 2012).

La Clínica de Trastornos Obsesivos Compulsivos, del Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Juan Ramón de la Fuente en su apéndice de servicios (2014), coloca a esta condición de salud mental en el número siete en proporción a la prevaecía de todas las condiciones de salud mental del año 2013, con el 8% de población en relación a las 11 clínicas que tiene dicha institución. El grupo de edad de 39 a 59 años es el de mayor atención con el 32.2%, seguido por el de 26 a 38 años con el 28.7% y continuando con el grupo de edad de 18 a 25 años con el 21.3% en relación a la atención total del Instituto, siendo como ocupación principal el hogar y los estudiantes. Los profesionistas, el nivel de secundaria y preparatoria reportan el 78 % de atención en la atención del Instituto, siendo las mujeres la población con mayor prevalencia con el 63.4%.

### **1.3. Etiología.**

De acuerdo a las investigaciones realizadas, el TOC se está entendiendo cada vez más como de origen genético, consiste en anomalía en los ganglios basales, las áreas subcorticales del cerebro implicadas en el control de los movimientos motores. Pueden estar involucrados los sistemas que implican glutamato, dopamina, serotonina y acetilcolina, afectando el funcionamiento de la corteza pre frontal. Parece que el circuito que conecta las regiones subcorticales y corticales del cerebro involucradas en la inhibición del comportamiento son anormales en este trastorno (Halgin y Krauss, 2009).

Una contribución para comprender la etiología del TOC, proviene de estudios realizados en niños que padecían Corea de Sydenham, trastorno que se

caracteriza por movimientos involuntarios que aparecen en algunas ocasiones, posterior a infecciones y que semejan o pueden ser considerados como tics; se ha reportado presencia de TOC en los niños que la padecen, la cual aparece entre los tres y catorce años (Vargas, et. al. 2008).

Actualmente existe una gran evidencia de que el TOC tiene bases genéticas con riesgo de agregación familiar y heredabilidad. Los estudios en gemelos que delimitan las influencias ambientales y genéticas, reportan concordancia para TOC desde el 53% a 87% en monocigotos y 22% a 47% para dicigotos. La transmisión familiar es alta en relación a menor edad de inicio, así como cuando existe comorbilidad con tics, síndrome de Gilles de la Tourette u otros de los trastornos del espectro obsesivo–compulsivo. Existen diversos estudios basados en sujetos con inicio temprano como un subtipo particular, donde se ha buscado establecer mayores evidencias con estudios de ligamiento o de asociación con genes candidatos del sistema serotoninérgico y dopaminérgico, sin embargo, estas investigaciones requieren ser reproducidas (Vargas, et. al., 2008).

Halgin y Krauss (2009), Teóricos conductuales, desde la Psicología, se han enfocado en la posibilidad de que los síntomas de TOC se establezcan por medio de un sistema de condicionamiento, en el que sus comportamientos se asocian con el alivio momentáneo de la ansiedad. La perspectiva cognitivo-conductual se enfoca en pautas de pensamiento desadaptativas como contribuyentes al desarrollo y mantenimiento de los síntomas..

#### **1.4. Pronóstico.**

En cuanto a la relación entre la evolución y el deterioro o la discapacidad ligada al TOC, se señalan dos clasificaciones:

1) Müller, en 1953 (citado por Albert, 2001). Establece cinco grupos:

- I. Pacientes remitidos, libres de síntomas y socialmente adaptados.
- II. Aquellos que, adaptados socialmente, presentan síntomas en grado leve.
- III. Pacientes mal adaptados socialmente, a pesar de que sus síntomas han mejorado desde el inicio.
- IV. Aquellos cuyos síntomas van agravándose, o son tan severos e incapacitantes como cuando fueron vistos por primera vez.
- V. Pacientes en los que los síntomas obsesivos han sido reemplazados por otros fenómenos.

2) Costa, (1971, citado por Albert, 2001). Señala también cinco formas de evolución:

- I. Cuadros con inicio insidioso, larga evolución y adaptación casi normal.
- II. Curso intermitente con períodos libres de síntomas.
- III. Formas de evolución crónica maligna, que lleva la invalidez.
- IV. Cuadros episódicos que remiten espontáneamente o con tratamiento.
- V. Formas obsesivoides, es decir, aquellos síntomas obsesivos que aparecen en el curso de otras patologías psiquiátricas o neurológicas.

Complementariamente se consideran factores de **buen pronóstico**: la personalidad y la adaptación social previas al inicio del trastorno, presencia de factores precipitantes, corto espacio de tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la primera consulta ausencia de sintomatología en la infancia, curso episódico y síntomas leves o atípicos, con predominio de las obsesiones sobre las compulsiones. Por el contrario, son factores de **mal pronóstico**: ser varón y con inicio precoz, síntomas que incluyan necesidad de simetría y exactitud, presencia de síntomas depresivos y psicóticos, antecedentes familiares de TOC,

personalidad premórbida patológica, gravedad clínica al inicio, soltería y antecedentes de hiperactividad en la infancia (Albert 2001).

## **1.5. Diagnóstico.**

El diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo, se efectúa con base al examen psiquiátrico, a la historia de los síntomas y datos del paciente, del grado que interfieren los síntomas con su vida diaria. Apoyado a la naturaleza, duración y frecuencia de los síntomas que se presenten, el clínico diferenciará si se trata de TOC o de alguna otra enfermedad con síntomas similares (Hymamn y Pedrick, 2003).

Aunque los criterios diagnósticos del TOC, mencionados en la definición, son los mismos en los adultos y en la edad pediátrica, pueden existir algunas particularidades, hoy día el diagnóstico es enteramente clínico, no son indispensables los estudios de laboratorio o gabinete. Los criterios del DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Fourth Edition-Text Review) de la Asociación Psiquiátrica Americana, requieren que la presencia de obsesiones y compulsiones cause deterioro en términos de marcada disfunción, tiempo consumido (más de una hora por día) o interferencia significativa en la vida cotidiana, académica y funcionamiento social. Por su baja conciencia cognitiva, el criterio que establece reconocer los síntomas como exagerados o irracionales no es aplicable en población pediátrica (Vargas, et. al. 2008). El DSM V (2014), en su versión más reciente, diagnostica con cuatro parámetros; 1) presencia de obsesiones, compulsiones o ambas, 2) requieren mucho tiempo (más de una hora) marcando malestar clínicamente significativo, 3) los síntomas no se atribuyen a resultados de alguna sustancia y 4) la alteración no se explica mejor por otra.

Albert (2001), menciona que la edad de inicio es variable. Ya que, en la mayoría de los casos, iniciaron el padecimiento a los 20 años en promedio, hay un grupo de inicio precoz, generalmente varones, en el que predominan las compulsiones. Hay otro grupo de inicio tardío en el que sólo aparecen obsesiones. Aunque Halgin

y Krauss (2009), afirman que el TOC por lo general, aparece por primera vez en la infancia y la adolescencia. Es importante señalar que no todos los niños que desarrollan rituales compulsivos los conservan, muchos los pierden en la adolescencia.

Siguiendo los criterios de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), para el diagnóstico del TOC deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días, al menos durante dos semanas sucesivas, síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos. Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:

- a) Son reconocidos como pensamientos o impulsos 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 enfermo ya no se resista.
- c) La idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido).
- d) Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.

Incluye:

Neurosis obsesivo-compulsiva.

Neurosis obsesiva.

Neurosis anancástica.

Existen varias herramientas que emplean los profesionales de la salud mental para ayudar al diagnóstico, como: la Escala Obsesiva Compulsiva Yale-Brown (YBOCS) que es un cuestionario empleado para ayudar a discriminar los síntomas obsesivos compulsivos y evaluar su gravedad. También se emplea para observar y evaluar la respuesta clínica al tratamiento. Otras herramientas de evaluación incluyen el Listado de Actividad Compulsiva (CAC), el Inventario de Obsesiones de Leyton (LOI), el Inventario Obsesivo Compulsivo de Maudsley (MOCI), el

Inventario de Padua (PI) y la Escala Obsesiva Compulsiva Global NIMH (Hymann y Pedrick, 2003).

## **1.6. Comorbilidad del TOC**

Llamamos comorbilidad, a la concurrencia de procesos etiopatogénicamente diferentes en un mismo individuo o a la superposición de diagnósticos en situaciones patológicas complejas que no pueden tipificarse con uno solo. Esta asociación puede potenciar los efectos nocivos de los trastornos (Centro Medico de Investigaciones de Ansiedad, [IMA], 2012). El IMA (2012), también menciona que la probabilidad de que el TOC se presente sin asociarse con otro trastorno es muy baja.

Yaryura (citado en IMA, 2012), considera comorbilidad cuando el segundo desorden aparece casi simultáneamente con el TOC, con un tiempo menor al año, cuando el desorden se presenta después de un año del TOC, lo denomina trastorno o síndrome relacionado.

Diversos estudios han llamado la atención sobre la comorbilidad con diversos trastornos asociados al TOC, y pareciera que dos tercios de los pacientes con TOC presentan algún otro trastorno psiquiátrico: 39% agorafobia, 19% fobias sociales, 14% ataques de pánico, 32% abuso de alcohol, 22% abuso de drogas. Entre los trastornos del ánimo, depresión mayor (32%), trastorno bipolar (10%) y distimias (26%). También se lo ha hallado en asociación con los trastornos de la conducta alimentaria: con anorexia nerviosa (del 10 al 17%) y con bulimia (33%). En otros estudios se encontró una asociación con los trastornos esquizofrénicos entre el 10 y 12,2% ( Mirabel, Monier, Guelfi, 2004).

Una significativa proporción de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) presentan comorbilidad con trastornos de ansiedad. El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es el tercer diagnóstico de comorbilidad con los TCA más

observado. Pues se ha detectado en la anorexia nerviosa, una incidencia durante la vida de 65% para cualquier trastorno de ansiedad, siendo el TOC el más prevalente. Se observó que 37% de pacientes anoréxicas hospitalizadas poseían una historia de algún trastorno de ansiedad durante la vida y de éstos, la mitad tenían un TOC, sin mostrar diferencia en su ocurrencia a través de los diversos subtipos de TCA. Las hipótesis en desarrollo, indican que ambos cuadros comparten importantes aspectos neuro-psicológicos dentro del espectro obsesivo-compulsivo, que pueden deberse parcialmente a una disregulación del sistema serotoninérgico y que existiría una transmisión genética compartida; no obstante, la naturaleza de esta diátesis permanece desconocida (Behar, Barahona, Iglesias y Casanova, 2008).

También se ha encontrado del TOC una relación con la depresión, ya que en ambos incluye pensamientos negativos repetitivos. No obstante, las reflexiones en la depresión son ideas generalizadas y pesimistas sobre el sujeto mismo, el mundo o el futuro. En las obsesiones a diferencia, estas reflexiones no son muy resistentes, ni inducen evitación o rituales compulsivos (Abramowitz, 2007).

Las tasas de prevalencia depresión – TOC, están entre 12 y 80 por ciento, pero la mayoría de los estudios estiman que aproximadamente un tercio de los individuos con TOC tienen una historia significativa con depresión (Centro IMA, 2012). Algunos teóricos mencionan relación entre ambos trastornos; que el circuito funcional implicado en la fisiopatología del TOC involucra un circuito córtico-estriatal-tálamo-cortical, incluyendo los ganglios basales, corteza orbito frontal y corteza cingulada anterior, en la esquizofrenia, el circuito de la corteza pre frontal dorso lateral contiene sustratos anatómicos similares a los circuitos orbito frontales del TOC. Ambas patologías muestran coincidencia en las estructuras implicadas, entre ellas los ganglios basales, el tálamo, el cíngulo anterior, la corteza orbito frontal y las regiones de la corteza temporal (Castillo y Corlay, 2011). De esto podemos observar la probabilidad de existir mayores casos de TOC no registrados como tal.

Otros trastornos que implican niveles anormales de serotonina, también se consideran relacionados con el TOC, esto incluye una amplia gama de trastornos que implican disociación, somatización, hipocondría y trastornos con impulsos incontrolables, por ejemplo, arrancarse el cabello (Halgin y Krauss, 2009).

Es de vital importancia percibir cada aspecto relacionado al TOC, observar que tipo de obsesión y/o compulsión que presenta el paciente, así como la existencia de comorbilidad con cualquier otro trastorno. Por lo que, además de conocer los criterios de diagnóstico de TOC, se debe tener la puntualidad del criterio o aspectos presentes en otros trastornos. Debido a lo anterior, en el siguiente capítulo, se describen aspectos relacionados con el TOC, como: las emociones, la ansiedad y la depresión.

## **Capítulo 2. Estados afectivos relacionados en el TOC.**

Actualmente, no se duda sobre la influencia que las emociones tienen sobre la salud y la enfermedad. La investigación, tanto psicológica como médica, ha puesto de manifiesto que ciertas emociones pueden estar asociadas a la génesis, mantenimiento y desarrollo de diversas patologías; entre estas emociones destacan, específicamente las negativas como la ansiedad, la tristeza y la ira. Las respuestas emocionales negativas, presentan reacciones fisiológicas que afectan a órganos y tejidos del organismo, así como a los músculos, la sangre y las secreciones glandulares (Tobal y Cano, 2002).

### **2.1. Las Emociones**

Se han identificado a las emociones como reacciones innatas del ser humano, que le ayudan a conservar su integridad y de su especie. El miedo, ayudará al individuo a evitar riesgos que pueden poner en peligro su existencia. El dolor, indica que se debe evitar la causa que lo provoca. El placer se asocia, por ejemplo, con la satisfacción del hambre, de la sed de los impulsos sexuales, todos ellos encaminados a la conservación de la especie (Zepeda, 2003).

Las emociones tienen su sede biológica en un conjunto de estructuras nerviosas denominado sistema límbico, que incluye el hipocampo, la circunvolución del cuerpo calloso, el tálamo anterior y la amígdala. Esta última, específicamente, además de desempeñar otras funciones, es la principal gestora de las emociones y su lesión anula la capacidad emocional. Las conexiones neuronales, estas estructuras ubicadas en el cerebro reptiliano y la parte moderna del cerebro, el neocortex, son muchas y directas. Esto hace que sea algo ficticio hablar de pensamiento, emoción y conducta como entidades separadas. Sin embargo, en la

práctica investigadora se diferencian para hacer más abordable su estudio (Vecina, 2006).

Floyd y Ruch (citado en Zepeda, 2003), define a la emoción “como un estado de sensaciones complejo que comprende una experiencia consciente, respuestas físicas internas y manifiestas y la capacidad de motivar al organismo para la acción”. Esto nos permite vislumbrar dos componentes en la emoción, uno fisiológico y uno psicológico. El componente fisiológico está constituido por cambios internos, tales como la frecuencia cardíaca, cambios en la respiración o en tonicidad muscular, etc. Y el psicológico es reconocible en nosotros cuando se experimenta temor, culpa, vergüenza, etc.

Las investigaciones más recientes han demostrado que los pacientes con TOC, presentan déficit en tareas diseñadas para medir distorsiones y sesgos cognitivos (como la ilusión al control). Los estudios llevados a cabo sobre el procesamiento de la información emocional relevante, indican que los pacientes con TOC podrían tener una mayor sensibilidad hacia los estímulos que están relacionados con sus temores, por ejemplo, información referida a la contaminación (Foa, Ilai, McCarthy, Shoyer y Murdock, 1993; Foa y McNally, 1986; Lavy, van Oppen y Van Den Hout, 1994; Tata, Leibowitz, Prunty, Cameron y Pickering, 1996; citado en Casado, Cobos, Godoy, Farias y Vila, 2011). Lang et. al. (1993, citado en Casado, et. al., 2011), han utilizado la visualización de imágenes afectivas para poner a prueba su teoría bioinformacional. Este modelo defiende que las emociones pueden describirse en un espacio afectivo tridimensional, compuesto por las dimensiones de prevalencia afectiva, activación y control o dominancia.

Por otra parte, también se sabe que la respuesta emocional se modula según la imagen presentada y que en los sujetos con TOC se da una tendencia a sobreestimar la amenaza, aumentando la probabilidad de que estímulos de contenido neutro sean procesados como amenazantes (Butler y Mathews, 1983; Rhéaume, Ladouceur y Freeston, 1996; Steketee y Frost, 1994; citado en Casado, et. al., 2011).

El Ministerio de Sanidad y Consumo (Madrid, 13-14 de marzo de 1998), señala que solamente los problemas de ansiedad y depresión, o ambos a la vez, suponen que más del 80% de los casos que buscan ayuda en las consultas psicológicas y/o psiquiátricas de Madrid (Tobal y Cano, 2002).

## **2.2. Depresión.**

La tristeza es una emoción que se produce en respuesta a sucesos considerados displacenteros y que denota pesadumbre o melancolía (Fernández-Abascal, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2001 citado en Tobal y Cano, 2002). La tristeza suele aparecer asociada a acontecimientos que implican separación, pérdida o fracaso, decepción e indefensión. Cuando la tristeza se agudiza, se hace persistente, se convierte en una reacción excesiva a los acontecimientos y/o se presenta sin causa justificada, lo que daría paso a la depresión (Tobal y Cano, 2002).

La historia del concepto de la enfermedad de los desórdenes del afecto, comenzó en la medicina occidental con la formulación de la melancolía, se le consideró como una perturbación de la mente caracterizada por una gran tristeza sin causa aparente y se le atribuyó a un exceso de bilis negra. Este término sufrió diversos cambios de significado dentro del cuerpo doctrinario de esta teoría de Hipócrata, para emerger posteriormente en los escritos de Celso en latín como la "Atrabilis", específicamente en su obra "De Medicina" (año 30 dc). Hacia el final del siglo XIX, el término depresión había desplazado virtualmente a la melancolía en la mayoría de las nomenclaturas. La historia de los desórdenes afectivos revela un caleidoscopio de opiniones médicas, pero con ciertas constantes unificadoras. "La fórmula de la gran tristeza sin aparente ocasión" y "La mente fija sobre un pensamiento" ha sido repetida a menudo desde el siglo V a. c. hasta el presente en la literatura médica occidental (Finlay, 2006).

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hay 100 millones de nuevos casos de depresión cada año en el mundo. Con una alta prevalencia en el adulto, con 15 % de hombres y 24 % de mujeres. El porcentaje mayor comprendido entre las edades de 18 y 45 años, que como se conoce es la etapa de mayor productividad del individuo (Finlay, 2006).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V), la depresión se define como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés o insatisfacción en todas o en casi todas las actividades. En México, estudios realizados en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003), demostraron que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas, durante las primeras décadas de vida, y que 2.0% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad. En la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente, realizada en la Ciudad de México, se reportó que 10.5% de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad presentaron depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II (Veytia, et., al. 2012).

Es difícil establecer una autonomía en el diagnóstico, por ejemplo, la comorbilidad entre trastorno depresivo y trastorno de ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. También puede concurrir la depresión con el abuso de alcohol o tóxicos, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistemáticas (Alberdi, Taboada, Castro, Vázquez, 2006).

Se considera importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo, a partir de datos observables poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansina, tono de voz bajo, facia triste o bajo estado de ánimo, pérdida de interés y disfrute de la vida, falta de energía para las tareas sencillas, llanto fácil o espontáneo, quejas somáticas y alteraciones en el ritmo del sueño (Alberdi, et., al, 2006).

Profesionales de la salud mental diferencian entre dos modalidades de depresión (Halgin y Krauss, 2009), mencionando:

\* Trastorno depresivo mayor, que comprende un estado de ánimo disfórico con una intensidad que supera las emociones de tristeza ocasionales. Las manifestaciones físicas de este se denominan síntomas somáticos o corporales, comprende episodios agudos, pero limitados, de síntomas depresivos, como sentimientos de rechazo extremo, pérdida de interés, etc., tienen síntomas cognitivos, como los sentimientos de culpa.

\* Trastorno distímico, donde la depresión consiste en una tristeza que no es tan profunda como la de un episodio depresivo mayor, pero es muy angustiante y de larga duración. El que lo padece tiene por lo menos dos años con los síntomas similares en el trastorno depresivo mayor como la alteración del apetito, perturbación del sueño, baja energía, autoestima baja, dificultades para tomar decisiones y sentimientos de desesperación. Sin embargo no los experimentan todos y no son tan graves como en el depresivo mayor.

Los modelos actuales, como los cognitivo conductual, confieren gran importancia a las variables cognitivas que intervienen en el fenómeno depresivo. Los distintos autores hablan de "pensamientos automáticos", "autoesquemas negativos", "distorsiones cognitivas" (Beck, en Tobal y Cano, 2002) o de "estilos atribucionales depresogénicos" (Abramson, en Tobal y Cano 2002), encontrando una clara tendencia a la autoevaluación negativa y atención selectivamente dirigida a los sucesos negativos y a las consecuencias inmediatas. Es interesante constatar que muchos de estos fenómenos cognitivos pueden observarse igualmente en sujetos ansiosos, así como el trastorno obsesivo compulsivo y que las técnicas cognitivas dirigidas a modificar o corregir dichos esquemas o pensamientos desadaptadas son tan eficaces en el abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad como en el de la depresión (Tobal y Cano, 2002).

### **2.3. Ansiedad.**

El trastorno obsesivo compulsivo es un trastorno de ansiedad, por lo que, se considera importante mencionar qué es la ansiedad. Desde la perspectiva de las emociones, la ansiedad ha sido entendida como una emoción universal, que aparece cuando el individuo percibe una situación como peligrosa o amenazante, facilitando la respuesta del individuo ante distintas situaciones de peligro al prepararle para la acción y facilitar el afrontamiento, lo que le otorga un gran valor adaptativo. Hasta finales de los años 60, se suponía que esta reacción se basaba en un proceso de activación unitario que implicaba al individuo en su conjunto; sin embargo, existen trabajos que pusieron de manifiesto que la reacción de ansiedad implica la actuación de distintos sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) que no concuerdan entre sí de forma correcta o acoplada. De esta forma, la reacción de ansiedad es una combinación de respuestas cognitivo-subjetivas (p. ej., aprensión, inseguridad, temor, etc.), fisiológicas (p. ej., aumento de la tasa cardíaca, tensión muscular, sudoración, etc.) y expresivo-motoras (p. ej., movimientos repetitivos, cambios en la expresión facial, conductas de evitación, etc.) (Tobal y Cano, 2002).

La ansiedad puede ser conceptualizada como un estado negativo con tres componentes, uno fisiológico, la hipervigilancia, otro afectivo, el miedo, y otro cognitivo, la indefensión; y cuya principal característica es la sensación de incontrolabilidad sobre posibles amenazas o daños). Aunque la ansiedad es una reacción psicológica normal que tiene la función de prepararnos para peligros futuros, también representa el síntoma psiquiátrico más común. Todos los trastornos de ansiedad se caracterizan por presentar síntomas de ansiedad, pero son muy distintas las características de cada trastorno (Arenas y Puigcerver, 2009).

La ansiedad fisiológica, se pone en marcha ante un peligro inmediato y tiene un carácter adaptativo; su finalidad última es salvaguardar la integridad del individuo. La ansiedad patológica por el contrario, se desencadena sin que exista una

circunstancia ambiental que la justifique, o existiendo esta circunstancia, su intensidad y frecuencia son desproporcionadas. Muchas veces se trata de una intensa sensación de temor y aprensión respecto a acontecimientos desgraciados que pudieran suceder (Sanz, 2001).

La ansiedad puede ser definida como una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos subjetivo cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del S.N.A. y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser facilitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos o valorados por el individuo como peligrosos o amenazantes. El tipo de estímulos (internos y externos) capaces de evocar la respuesta de ansiedad estará, en gran parte, determinado por las características del sujeto, existiendo notables diferencias individuales en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las diversas situaciones (Tobal y Cano, 2002).

La ansiedad patológica, puede manifestarse en los planos psíquicos y/o somáticos. Precisamente la ansiedad experimentada en el plano somático es la que tiene mayor frecuencia en impulsar al paciente en buscar ayuda. Para entenderla sería necesario diferenciar entre miedo (el sujeto conoce el objeto externo y delimitado que le amenaza, y se prepara para la huida o el afrontamiento con una respuesta fisiológica breve) y en la ansiedad (el sujeto desconoce el objeto y la amenaza es interna, existiendo un conflicto y una prolongación de la reacción (Castel, Chamorro, Barbas, 2006).

La ansiedad patológica abarca un amplio espectro clínico desde los miedos y temores excesivos, a la evitación fóbica de determinados estímulos y circunstancias, la ansiedad anticipatoria, el estado de vigilancia generalizado y los ataques de pánico. Los trastornos de ansiedad propiamente dichos comprenden de acuerdo con las clasificaciones internacionales las fobias simples, el trastorno

de ansiedad por la separación, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático (TEP) y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (Sanz, 2001).

La clasificación de la OMS ubica a la ansiedad clínica, entre los «trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos». Los cuadros de ansiedad ante situaciones bien definidas o ante objetos externos no amenazantes se denominan fóbicos; el trastorno de pánico, la ansiedad generalizada, el trastorno ansioso-depresivo y los cuadros obsesivo-compulsivos, están menos relacionados con situaciones particulares. Situaciones de estrés pueden causar trastornos adaptativos o postraumáticos. La ansiedad es menos distinguible en los trastornos disociativos y somatomorfos. Los trastornos de ansiedad suelen ser comórbidos entre sí y con otros trastornos psiquiátricos. En la atención médica primaria, la ansiedad motiva consultas porque sus síntomas físicos remedan cuadros somáticos o si es correlato de una enfermedad médica. A urgencias consultan pacientes que confunden el pánico con infarto miocárdico o que sufren ambos. (Hernández, Orellana , Kimelman, Núñez e Ibáñez, 2005)

El trastorno de angustia, se define como una alteración psiquiátrica caracterizada por ataques de pánico inesperados y repetidos. Los ataques de pánico, son limitados en el tiempo, altamente aversivos y están acompañados de un amplio rango de consecuencias fisiológicas y psicológicas negativas. Los estudios epidemiológicos y clínicos, han corroborado que el trastorno de angustia es doblemente frecuente en las mujeres y que su edad de inicio es diferente en cada sexo; en hombres se presenta entre los 15 y los 24 años, mientras que en las mujeres se inicia algo más tarde, entre los 35 y los 44 años. La agorafobia es una de las consecuencias más discapacitante de este trastorno: Consiste en tener miedo a presentar ataques de pánico, lo que lleva a los sujetos a confinarse en el hogar (Arenas y Puigcerver, 2009).

En el caso del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), su principal característica, es tener una preocupación y ansiedad excesivas persistentes (más

de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Las áreas más comunes de preocupación, suelen hacer referencia a circunstancias de la vida diaria; son habituales temas como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales en general, el dinero, el trabajo, los estudios, el manejo de la casa y la salud propia y de otros. De acuerdo al DSM-IV, para diagnosticar el trastorno, éste no ha de ser debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, fármaco) o enfermedad (p.ej., hipertiroidismo) ni ocurrir exclusivamente durante un trastorno afectivo, un trastorno por estrés postraumático, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (Bados, 2005).

Una fobia específica, es un miedo irracional excesivo a un objeto o situación particular, que provoca una respuesta de ansiedad inmediata. Los cognitivo conductuales, afirman que las experiencias de aprendizaje previas y un ciclo de pensamientos negativos desadaptativos causarían estas fobias. En cuanto a la fobia social, la característica primaria es un miedo irracional e intenso de que el comportamiento propio en una situación pública será motivo de burla o crítica (Halgin y Krauss, 2009).

Por último, el trastorno por estrés postraumático sobreviene como consecuencia de la exposición a un evento traumático, psicológico o físico, que provoca un estrés agudo o crónico. Se caracteriza por la reexperimentación del trauma a través de sueños o flashbacks, por la hipervigilancia y por la evitación de pensamientos o estímulos que puedan recordar la situación traumática (Arenas y Puigcerver, 2009).

Las teorías cognitivas sobre los trastornos de ansiedad consideran que los déficits en el procesamiento de la información, constituyen uno de los factores más importantes para el origen y mantenimiento de dicho tipo de trastornos. En este sentido, el interés por el estudio de los aspectos cognitivos de las personas con trastornos de ansiedad tiene ya una larga historia. Sin embargo, el interés por los

aspectos cognitivos de las personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es reciente, siendo muy pocos los estudios realizados sobre el procesamiento de la información emocional de estas personas (Casado, et. al., 2011).

Estudios realizados (Moreno, 2008), mencionan a la terapia cognitivo conductual como la más eficaz en relación al TOC, por lo cual en el siguiente capítulo describiré la terapéutica utilizada en él caso.

## Capítulo 3. Tratamientos

A pesar de que el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) ha sido considerado como el trastorno de ansiedad más resistente al tratamiento (Caballo, 2000), durante los últimos años, se ha producido un número importante de avances que han cambiado su estatus. Se han venido desarrollando una serie de intervenciones cognitivo-conductuales y farmacológicas eficaces para el tratamiento del amplio rango de síntomas que se observan en el TOC (Caballo, 2000).

El tratamiento cognitivo-conductual basado en la exposición y la prevención de respuesta (EPR), los tratamientos cognitivos puros y la psicofarmacología son identificados como tratamientos de elección para el TOC y se encuentran entre los tratamientos que han acumulado un mayor volumen de investigación empírica. En muchas ocasiones suelen aplicarse de forma combinada (Castañeiras, Míguez, García, Fernández y Belloch, 2009).

### 3.1. Perspectiva cognitivo-conductual.

La premisa básica de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), es el reconocimiento de que existe una relación recíproca entre los procesos cognitivos de las personas (lo que piensan), su afectividad (lo que sienten) y su conducta (lo que hacen). Los orígenes de la TCC, se hallan en la teoría del aprendizaje (tanto en las contribuciones del condicionamiento clásico como operante), en la teoría de aprendizaje social cognitivo (con aportaciones del aprendizaje observacional, la influencia del modelado y el papel de las expectativas cognitivas como determinantes del comportamiento) y en la terapia cognitiva; que enfatiza la importancia de los pensamientos, los esquemas cognitivos, las creencias, las actitudes y las atribuciones que influyen en los sentimientos y median la relación entre antecedentes y comportamiento (Llorente y Castillo, 2008).

La TCC es una forma de entender cómo se piensa acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que se hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. La TCC puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras terapias, la TCC se centra en problemas y dificultades del aquí y ahora. En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico actual (Royal College of Psychiatrist, 2009).

La TCC, se basa en la comprensión de los síntomas del TOC. Los componentes vitales de ésta incluyen: educación, técnicas de terapia cognitiva, terapia de exposición y prevención de respuesta. El componente psicoeducacional de la TCC para TOC, implica familiarizar al paciente con el modelo conceptual cognitivo-conductual y presentar una justificación de cómo están diseñadas las técnicas terapéuticas para debilitar las obsesiones y compulsiones (Abramowitz, 2007).

De acuerdo al Royal College of Psychiatrist (2009), la TCC se puede hacer individualmente o en grupo. En el caso de terapia individual, se llevan a cabo los siguientes pasos:

- Se reúne el paciente con un terapeuta entre 5 y 20 sesiones, semanales o quincenales.
- Cada sesión tiene una duración de entre 30 y 60 minutos.
- En las primeras 2-4 sesiones, el terapeuta estudia si este tipo de tratamiento es apropiado para el paciente y si este se siente cómodo con la terapia.
- El terapeuta también hace preguntas sobre el pasado, a veces es posible que tenga que hablar sobre el pasado para entender cómo está afectando ahora.

La exposición y la prevención de la respuesta, son la piedra angular del programa terapéutico. La exposición implica confrontación gradual con las

situaciones y pensamientos que evocan el temor obsesivo, a menudo esto se acompaña de imágenes de las consecuencias temidas en la exposición. Por ejemplo, un individuo que teme a la contaminación y la enfermedad por los botes de basura practicaría tocando botes de basura y luego imaginaria que se enferma por los gérmenes. El procedimiento requiere que el paciente permanezca expuesto hasta que la angustia relacionada disminuya sola, sin intentar reducir el sufrimiento con el retiro de la situación o mediante rituales compulsivos. Por tanto, el componente de prevención de respuesta de la TCC implica abstenerse de cualquier comportamiento (rituales conductuales o mentales, evitación sutil y estrategias de neutralización) que sirvan para reducir la ansiedad obsesiva o terminar la exposición. La exposición y la prevención de respuesta proporcionan al paciente la evidencia de que los temores obsesivos son irracionales y que los rituales no son necesarios para prevenir desastres o disminuir la ansiedad (Abramowitz, 2007).

Estos procedimientos cognitivo-conductuales, que se han erigido como los más destacados por su eficacia son la exposición (E) y la prevención de respuesta (PR). La combinación de ambas técnicas (E/PR) es considerada como el tratamiento de elección para el TOC. La E/PR fue desarrollada en la década de los 60, la eficacia de la E/PR ha sido evaluada de manera amplia. La investigación del tratamiento del TOC indica que la E/PR es significativamente más eficaz que las condiciones de control, y está asociada con una mejoría estadísticamente significativa en el curso del tratamiento (Stanley y Turner, 1995; Steketee, 1993; Steketee y Shapiro, 1993; Marks, 1997, citado en Caballo, 2000). Una revisión de los estudios existentes, sugiere que las variantes de la E/PR que obtienen mejores resultados son: la exposición supervisada por el terapeuta vs. autoexposición, el añadir la PR a la E vs. PR parcial o ausente, y la combinación de la E en vivo y en la imaginación vs exposición en vivo solamente (Caballo, 2000).

La terapia mencionada, de exposición con prevención de respuesta está considerada como el tratamiento estándar de elección para el TOC. La terapia cognitivo conductual intensiva produce mejoras en el 60-80% de los pacientes con

TOC en un período reducido de cuatro semanas, y la mejora de los síntomas oscila entre el 50-80%. Igualmente, la terapia cognitivo-conductual ha mostrado la disminución de la actividad cerebral en ciertas áreas cerebrales, tales como la actividad talámica, la acción del caudado derecho y del área orbito frontal. (Martínez, Piqueras, 2010)

Abramowitz (2007), menciona ventajas de la TCC:

- Efectividad clínica: reducción promedio de 60 a 70 % en los síntomas.
- El tratamiento es bastante breve, de 15 a 20 sesiones.
- Mantenimiento a largo plazo de las ganancias terapéuticas.

A su vez menciona desventajas de la TCC:

- El paciente debe trabajar mucho para alcanzar la mejoría.
- Implica la inducción deliberada de ansiedad durante la exposición
- No está disponible en muchos sitios

### **3. 2. Desensibilización sistemática.**

La desensibilización sistemática (DS) es probablemente el método de terapia conductual más conocido, el que ha suscitado más investigaciones, discusiones y controversias en el plano teórico. El creador de esta técnica fue Wolpe y surgió a raíz de una serie de experimentos sobre la adquisición y tratamiento de las neurosis experimentales en gatos siguiendo el modelo del condicionamiento clásico (Salorio,2000).

La desensibilización sistemática, se basa en el paradigma del condicionamiento clásico y se dirige fundamentalmente a reducir la respuesta de ansiedad y a la vez reducir las respuestas motoras de evitación mediante un proceso de contracondicionamiento al asociarse un estímulo ansiógeno a una respuesta que es incompatible con la ansiedad, con lo cual se produce el condicionamiento de

una respuesta contraria, como puede ser la relajación (Cerezuela y Perales, 2001, citado en Barragán, Parra, Contreras y Pulido, 2003).

Este procedimiento se derivó de un principio básico desarrollado por Wolpe, el cual es denominado “Inhibición recíproca” que plantea que si se genera respuestas antagónicas a la ansiedad en presencia de estímulos que la elicitan, la relación entre ansiedad y estos estímulos se debilita, con esto se refiere a que no es posible dar dos respuestas incompatibles al mismo tiempo, por lo tanto, una respuesta diferente a la ansiedad inhibe esta última (Barragán, et. al. 2003).

La DS intenta ser una nueva versión de estos procedimientos adaptada a la situación clínica. La utilización de este modelo explicativo supone la consideración de las neurosis como un patrón de conducta aprendido. El contracondicionamiento es una forma de entender el mecanismo de la extinción, según el cual las respuestas aprendidas no desaparecen porque se debiliten sus lazos asociativos con los estímulos, sino porque son reemplazadas por respuestas nuevas y la inhibición recíproca sería el proceso fisiológico por el que se produce esta sustitución, aplicándolo a la conducta neurótica de ansiedad, la inhibición recíproca se puede enunciar de la siguiente manera: Si una respuesta antagónica a la ansiedad (en este caso la relajación muscular profunda) es evocada en presencia de los estímulos ansiógenos, de tal forma que se produce la supresión total o parcial de la respuesta de ansiedad, entonces se debilitarán los lazos asociativos entre los estímulos ansiógenos y las respuestas de ansiedad (Salorio, s.f).

Según Wolpe (citado en Barragán, et, al, 2003), hay tres aspectos de importancia, al trabajar la DS:

- 1) La relajación
- 2) La identificación y organización de los estímulos generadores de ansiedad según el grado en que afectan al paciente.
- 3) La exposición gradual real o imaginaria a los estímulos evocadores de ansiedad, mientras el paciente se encuentra relajado (Caballo, 1998, citado

en Barragán, et, al, 2003) si se observan dificultades se puede deber a problemas como relajación incompleta o jerarquías mal construidas.

La presentación de los estímulos ansiógenos es gradual y paulatina, siendo primero en la imaginación y después en la vida real, a través de la elaboración de una jerarquía de situaciones ansiógenas. En la actualidad la DS es una técnica poco utilizada, ya que ha sido sustituida por la exposición en vivo ante la situación temida. En ocasiones esta técnica de exposición en vivo no se puede llevar a cabo con algún tipo de sujetos, por lo que esta técnica es útil y debe ser la que se aplique (Agras y Berkowitz, 1996, citado en Salorio, s.f ).

### **3.3. Inoculación al estrés.**

Este procedimiento fue desarrollado por Meichenbaum y Cameron (1974), su objetivo fue enseñar a las personas como prepararse para enfrentar una amplia variedad de situaciones que pueden producir malestar emocional (Ruiz e Imbernon, 1996).

La técnica consiste en aprender cuatro pasos: aprender a relajarse, construir una jerarquía de situaciones de malestar emocional, seleccionar pensamientos de afrontamiento y afrontar la situación real (Ruiz e Imbernon, 1996).

El estrés es una relación dinámica particular entre la persona y el entorno. Como comentó Lazarus, los individuos no son meras víctimas del estrés, sino que su manera de apreciar los acontecimientos estresantes y sus propios recursos y opciones de afrontamiento determinan la naturaleza del estrés. El afrontamiento se refiere a los esfuerzos conductuales y cognitivos en orden a dominar, reducir o tolerar las exigencias internas y/o externas creadas por las transacciones estresantes (citado en, Meichenbaum, 1987).

El modelo transaccional hace hincapié en el contexto interpersonal cognitivo del estrés. A menudo, los individuos o grupos, estresados sin darse cuenta, crean y engendran reacciones en otras personas que mantienen respuestas de estrés inadecuado. El mismo método ideado para resolver problemas termina a menudo intensificándolos. Cuando los pacientes interpretan, recuerdan y codifican selectivamente los acontecimientos como compatibles con sus inclinaciones o esquemas, se establece un proceso interior auto confirmador. De esta manera los individuos juegan un papel crítico en la definición de estrés (Meichenbaum, 1987).

Los objetivos de la inoculación de estrés de acuerdo a Treviño y González (2012), se centran en tres áreas fundamentales:

- La promoción de una actividad autorreguladora adecuada que implica: Reducir o suprimir la intensidad de autoverbalizaciones, imágenes y emociones perturbadoras e incrementar aquellas que proporcionen el funcionamiento más adaptativo.
- La modificación de conductas desadaptativas e incremento de conductas adaptativas.
- La revisión y modificación de estructuras cognitivas (creencias, forma de vida, etc.) que estén promoviendo valoraciones negativas de sí mismo y del mundo.

La Inoculación de Estrés considera que los factores cognitivos, afectivos, fisiológicos, conductuales y ambientales están interrelacionados y que cualquiera de ellos o su interrelación pueden ser el origen del desarrollo de trastornos emocionales (Treviño y González, s.f.).

La tarea del adiestramiento en inoculación de estrés, consiste en utilizar a los pacientes como colaboradores para recoger datos que les llevarán a reconocer señales de baja intensidad y aprender a interrumpir y cambiar tales pautas de conducta engendradora de estrés (Meichenbaum, 1987).

Sin embargo, la perspectiva transaccional pone de relieve la influencia del individuo y el entorno. En muchos casos, los intentos de reducción y prevención del estrés deben ir más allá de la enseñanza o la formación de las habilidades de afrontamiento paliativas o centradas en los problemas. A menudo se requieren cambios de grupo, de entorno y de organización, y los pacientes tienen que desarrollar y poner en marcha conductas de acción directa para cambiar su entorno (Meichenbaum, 1987).

La inoculación de estrés no es una técnica aislada, sino un término genérico que se refiere a un paradigma de tratamiento consistente en un plan de adiestramiento semiestructurado y clínicamente sensible. Las operaciones concretas efectuadas durante el curso del adiestramiento varían, dependiendo de la población tratada. Combina elementos de enseñanza didáctica, discusión socrática, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y entrenamiento en relajación, ensayos conductuales e imaginados, autorregistro, auto instrucciones y autorreforzamiento, así como intentos de lograr cambios del entorno. Está ideado para generar y desarrollar habilidades de afrontamiento, no sólo para resolver problemas inmediatos concretos, sino también para aplicarlo a dificultades futuras. Proporciona a los individuos y grupos una defensa activa o una serie de habilidades de afrontamiento que les permita abordar futuras situaciones estresantes (Meichenbaum, 1987).

Meichenbaum, (1987), considera que la inoculación de estrés, está diseñado para:

1. Enseñar a los pacientes la naturaleza transaccional del estrés y el afrontamiento.
2. Adiestrar a los pacientes para que auto controlen pensamientos, imágenes, sentimientos y conductas a fin de facilitar interpretaciones adaptativas.
3. Adiestrar a los pacientes en la resolución de problemas

4. Modelar y reproducir las actuaciones reales, la regulación de las emociones y las habilidades de afrontamiento propias del autocontrol.

5. Enseñar a los pacientes la manera de utilizar respuestas desadaptadoras como señales para poner en práctica sus repertorios de afrontamiento.

6. Ofrecer prácticas de ensayo in vitro imaginado y conductual y asignaciones graduadas in vivo, cada vez más exigentes, para fomentar la confianza del paciente y la utilización de sus repertorios de afrontamiento.

7. Ayudar a los pacientes a adquirir conocimientos suficientes, comprensión de sí mismos, y habilidades de afrontamiento que les faciliten mejores maneras de abordar situaciones estresantes.

A la vez Incluye, otras actividades coadyuvantes, como la práctica de la meditación, ejercicio, cambios en la dieta, etc. A través de ella, se le enseña al paciente a afrontar y relajarse ante una amplia variedad de situaciones estresantes. El entrenamiento parte desde la enseñanza de las técnicas de respiración profunda y la relajación progresiva. (Treviño y Gonzales, 2012)

De acuerdo a Treviño y Gonzales (2012), las principales aplicaciones de la inoculación de estrés son:

- Problemas de ansiedad.
- Control de la ira.
- Estrés laboral.
- Afrontamiento del dolor crónico.
- Enfermedades terminales.
- Intervenciones quirúrgicas.
- Hipertensión.

Existen diversas técnicas en la perspectiva cognitivo conductual, por ejemplo: la terapia de resolución de problemas de D´Zurilla y Goldfried; la técnica de

resolución de problemas interpersonales de Spivack, Platt y Shure y el procedimiento de ciencia personal de Mahoney. Mientras que los entrenamientos en habilidades de afrontamiento que podemos distinguir son: entrenamiento en manejo de ansiedad de Suinn y Richardson; entrenamiento en inoculación de estrés y técnicas de autocontrol. Por último, las técnicas de reestructuración cognitiva de mayor utilización son: Terapia cognitiva de Beck, Terapia racional emotiva de Ellis, Reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried, y Entrenamiento auto instruccional de Meichenbaum (Treviño y Gonzalez, 2012).

### **3.4. Reestructuración cognitiva.**

Esta terapia cognitiva, incluye técnicas que se centran directa y primariamente en las cogniciones (verbales y/o en imágenes) de los clientes para modificarlas, tomando en cuenta, las emociones y conducta manifiesta que, se supone, regulan. En esta no se incluyen, técnicas que presuponen mecanismos de cambio cognitivo, pero que no se centran en los componentes cognitivos. Ejemplos de técnicas cognitivas son: reestructuración cognitiva, entrenamiento auto instruccional, resolución de problemas y detención del pensamiento. Sin embargo, hay grandes diferencias en los modelos teóricos que están detrás de estas técnicas. Combinar las técnicas cognitivas y conductuales es común, de modo que no hay tratamientos puros, sino tratamientos que asocian ambos componentes, aunque la importancia de cada uno de ellos es variable según los casos (Bados y García, 2010).

La Reestructuración Cognitiva, fue desarrollada e introducida en la literatura psicológica en el año de 1958, por Albert Ellis. Se trata de una técnica psicológica, que tiene como objetivo identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas (Mckay, Davis, Fanning, 1985).

La reestructuración cognitiva (RC) es una de las técnicas cognitivo-conductuales, más atrayentes dentro del repertorio de procedimientos de que dispone el terapeuta cognitivo-conductual. Y requiere un buen conocimiento del trastorno o trastornos a tratar. Asimismo, se necesita velocidad y creatividad de pensamiento para mantener una interacción fluida y competente con el paciente (Bados y García, 2010).

Una de las características diferenciales de los seres humanos respecto a otras especies, es la capacidad que posee nuestro cerebro para representar el mundo a través de imágenes, generar representaciones mentales del entorno en ausencia de los objetos reales y tangibles. Reaccionamos emocionalmente no frente a los hechos reales del ambiente sino frente a representaciones que formamos de ellos (Minici, Rivadeneira y Dahab, 2005).

Cuando un sujeto verbaliza emociones o pensamientos, no hay que utilizar tales verbalizaciones para explorar un presunto mundo interior sino estudiarlas como conductas en sí mismas, especificando las condiciones que las hacen posibles y las funciones que tienen (Skinner, 1957/1981 citado en Froján y Calero, 2011). Este planteamiento llevó a un cuestionamiento de las bases que sustentan las técnicas cognitivas en general y la técnica de reestructuración en particular, cuya eficacia está fuera de toda duda, pero que se asientan sobre unos principios poco coherentes (tanto conceptual, como metodológicamente), con aquellos más generales en los que se enmarcaron inicialmente (Froján y Calero, 2011).

Dentro de este tipo de terapia (RC), se incluyen la terapia racional-emotivo-conductual de Ellis, la terapia cognitiva de Beck y el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum (Bados, 2008; Carrasco, 1995; Carrasco y Espinar, 2008). Sin embargo, este último procedimiento no incluye lo que es la esencia de la reestructuración cognitiva; por su parte las aproximaciones de Ellis y Beck son en realidad enfoques terapéuticos muy amplios que incluyen muchas técnicas aparte de la reestructuración cognitiva propiamente hablando (Bados y García, 2010).

La RC utiliza un soporte verbal para su aplicación, trabajando sobre la conducta verbal conseguimos los mismos cambios que cuando hacemos “reestructuración de pensamientos y esquemas cognitivos” sobre todo teniendo en cuenta que, finalmente, los cambios en las cogniciones (ya sea a un nivel “superficial”, pensamientos automáticos, o a un nivel más “profundo”, esquemas mentales) hemos de medirlos por cambios en las verbalizaciones. El planteamiento general ha estado dirigido a intentar comprobar la hipótesis de que la reestructuración, específicamente, es un procedimiento verbal que se desarrolla para conseguir el cambio en la forma de pensar de una persona y en esos esquemas o creencias fuertemente arraigadas que supuestamente están en la base de las distorsiones cognitivas (Froján y Calero, 2011).

La RC consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En RC los pensamientos son considerados como hipótesis, entonces el terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989, citado en Bados y García, 2010).

De acuerdo a Bados (2008), la reestructuración cognitiva se basa en ciertos presupuestos teóricos:

- a) Nuestra reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos, de las atribuciones que hacemos y de las expectativas que tenemos. Por otra parte, afecto, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.

- b) Se pueden identificar las cogniciones de las personas a través de métodos como la entrevista, cuestionarios y autorregistros.
- c) Es posible modificar las cogniciones de las personas, lo cual puede ser empleado para lograr cambios terapéuticos.

El modelo cognitivo en que se basa la RC ha sido denominado modelo A-B-C por algunos autores. Ellis (1979), propone el modelo ABC, que hace referencia a lo siguiente:

- “A” se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida real.
- “B” se refiere a las cogniciones apropiadas o inapropiadas del cliente acerca de A. Estas cogniciones pueden ser conscientes o no. Entre estos últimos se incluyen la percepción, atención, memoria (retención, recuperación), razonamiento e interpretación.
- “C” se refiere a las consecuencias emocionales, conductuales y físicas de B. Por ejemplo, sentir miedo, temblar y salir corriendo al interpretar de modo amenazante alguna situación.

En el modelo A-B-C, las cogniciones siempre preceden a la emoción. Sin embargo, la emoción puede existir por unos momentos sin cogniciones previas como cuando sentimos miedo o ira de repente al ver respectivamente como un coche ha estado a punto de atropellarnos o una persona nos ha dado un fuerte golpe. Una suposición básica en el empleo de la RC, es que las cogniciones juegan un papel importante en la explicación del comportamiento y de las alteraciones emocionales. No son los acontecimientos per se los responsables de las reacciones emocionales y conductuales, sino las expectativas e interpretaciones de dichos acontecimientos y las creencias relacionadas con los mismos (Bados, 2008).

De acuerdo a Mckay, Davis, Fanning (1985), es importante identificar los pensamientos inadecuados rápidamente para evitar que invadan y para cortar

círculos viciosos. Para identificar los esquemas cognitivos puede resultar útil conocer los tipos de pensamientos más habituales. En general los pensamientos se pueden clasificar en:

1. Pensamientos adaptativos: Son objetivos, realistas, facilitan la consecución de los propósitos y originan emociones adecuadas a la situación.
2. Pensamientos neutros: No interfieren ni inciden en las emociones ni en el comportamiento ante una situación.
3. Pensamientos no adaptativos: Distorsionan la realidad o la reflejan parcialmente, dificultan la consecución de los objetivos y tienden a originar emociones no adecuadas a la situación

Una vez identificados los pensamientos, se tienen que analizar. Una buena manera de hacerlo es mediante preguntas; el hecho de tenerlas que responder mentalmente obliga a reflexionar (Mckay, Davis, Fanning, 1985). Las preguntas tienen que ir encaminadas en tres ámbitos:

- Analizar hasta qué punto los pensamientos se ajustan a la realidad (Objetividad)
- Analizar las consecuencias de los pensamientos (Consecuencias)
- Analizar qué pasaría si lo que se piensa fuese cierto (Relativizar) de esta manera se verá que hay pensamientos que no son realistas, que dificultan la resolución de la situación y que, aunque fuesen reales, el nivel de gravedad no será tan alto como parecía en un principio.  
(Mckay, Davis, Fanning, 1985)

Las técnicas de reestructuración cognitiva nos muestran que el paciente puede y debe tomar un papel activo en este reaprendizaje (Cano-Vindel, 2002), para lo cual resulta imprescindible, la información necesaria sobre el papel de la cognición, o las relaciones entre procesos cognitivos y emoción, así como entrenarle en la observación, análisis y modificación de sus pensamientos negativos y sesgos cognitivos (Dongil, 2008).

En este sentido, cuando se trata de preocupaciones o rumiaciones depresivas, la persona sintoniza emocionalmente con sus propios pensamientos (por muy catastróficos que sean). Las obsesiones, por el contrario, se viven como excesivas e irracionales. Conociendo lo que ocasiona este trastorno, nos ayudara a llevar a cabo la reestructuración cognitiva, cada paciente tendrá diferentes tipos de ideas sobre un objeto o suceso, por lo que, es importante escucharlo y notar en donde se puede reestructurar su estado cognitivo (Carcedo y Vindel, 2008).

El terapeuta hace un análisis de la conducta emocional perturbada y puede encontrar una explicación del problema en algún modelo cognitivo. Si encuentra este modelo, en el que un proceso cognitivo produce una alteración de la respuesta emocional, entonces la intervención consistirá en modificar dicho proceso cognitivo para conseguir el control o manejo emocional. Esta es la parte más difícil de la reestructuración cognitiva, pues saber qué proceso cognitivo es el responsable y cómo reestructurarlo o modificarlo no es tarea fácil. Como primera aproximación se deben revisar las aportaciones básicas a la reestructuración cognitiva de las técnicas cognitivas más importantes (Beck, Ellis, Meichenbaum, citado en Dongil, 2008)

De lo anterior, para modificar un proceso cognitivo se requiere no sólo entrenar al paciente en autoobservación y autorregistro de pensamientos, en muchas ocasiones, se necesita que la persona afronte problemas que tiende a evitar, para lo cual necesitaremos convencerle, persuadirle para que lo haga, motivándole, y entrenándole para que poco a poco pueda afrontar los primeros pasos, los más sencillos, que le permitirán coger confianza para realizar otros más complejos. En general, las distintas técnicas cognitivas recurren a dos herramientas básicas en el tratamiento: la persuasión y el entrenamiento conductual (Bados y García, 2010).

### **3.5 La retroalimentación biológica (biofeedback)**

Dentro de su amplio desarrollo, la psicología como ciencia de la conducta, ha ampliado en su historia reciente, el ámbito de sus aplicaciones, a una amplia gama de problemas de salud, considerados tradicionalmente exclusivos del profesional

médico, resultado de la división y eterno problema epistemológico mente-cuerpo. Dentro de las oportunidades que ofrece la psicología a través de la Medicina Comportamental o Psicología de la Salud, se encuentra la técnica del biofeedback, la cual retoma su base en el concepto biopsicosocial de la enfermedad (Marín y Vinaccia, 2005).

El entrenamiento con biofeedback se ha utilizado para el tratamiento de diferentes manifestaciones clínicas como la hipertensión y trastornos gastrointestinales, así como para la prevención y alivio de síntomas relacionados con el estrés/ansiedad. Es una técnica que se puede utilizar para aprender a controlar las funciones del cuerpo, tales como la frecuencia cardíaca. Esta retroalimentación ayuda a centrarse en hacer cambios sutiles en su cuerpo, como relajar ciertos músculos, para lograr los resultados que desea, como la reducción del dolor (Da Silva, De Barros y Da Costa, 2013).

También se utiliza para modificar una respuesta fisiológica en función de la información que se obtiene de cómo esta varía, se parte de la idea de que la retroalimentación de los resultados biológicos y el propio sistema es un medio eficaz para conseguir el control del mismo. Por lo tanto, es una técnica de autocontrol de respuestas fisiológicas, que opera a través de la retroalimentación constante que percibe el sujeto sobre la función que se desea someter a control voluntario (Caballo, 2008).

Kamiya (1971, citado en Caballo, 2008) menciona que existen 3 aspectos básicos que definen el biofeedback:

1. La respuesta fisiológica que se desea someter a control debe ser registrada continuamente, notando si existen cambios momento a momento.
2. Los cambios que se producen en la variable de interés, objeto de entrenamiento, estos deben ser informados al sujeto para que tenga conocimiento preciso de los mismos.

3. El sujeto debe estar motivado para aprender a efectuar los cambios que se pretenden.

Durante una sesión de biofeedback, un terapeuta coloca sensores a diferentes partes de su cuerpo, estos monitorean el estado fisiológico del cuerpo, tales como las ondas cerebrales, la temperatura de la piel o la tensión muscular. Esta información se envía al usuario mediante señales, como un pitido o una luz intermitente (Da Silva, De Barros y Da Costa, 2013).

Se puede afirmar que aunque no hay una base teórica común, los procedimientos del Biofeedback gozan de una similitud metodológica, existiendo un sistema teórico básico del procesamiento de la señal fisiológica y unas variables que afectan el aprendizaje del Biofeedback, que se deben tener en cuenta. Existen básicamente tres modelos teóricos que explican los mecanismos que regulan el control de la actividad biológica (Olivares 1999, citado en Marín y Vinaccia, 2005):

- 1) El primero de ellos, enfatiza el condicionamiento,
- 2) El segundo, argumentan la relevancia de la información y,
- 3) El tercero, los que resaltan los procesos mediacionales.

Está basado en la teoría del condicionamiento operante, la cual considera al Biofeedback, como un procedimiento de moldeamiento, en el cual el feedback recibido por el sujeto es una modalidad particular del refuerzo (Olivares 1999, citado en Marín y Vinaccia, 2005), postulan que, se puede aprender a modificar la actividad del sistema nervioso autónomo. Y que dicho aprendizaje puede realizarse mediante el condicionamiento operante.

El modelo de aprendizaje de las habilidades motoras, señala que las respuestas autónomas se aprenden como el resto de las habilidades motoras. Esta forma de entender el biofeedback, ha resultado apropiada en la rehabilitación neuromuscular. En este modelo se enfatiza el ofrecimiento de información detallada sobre la ejecución y las estrategias utilizadas (Olivares, 1999, citado en Marín y Vinaccia, 2005). Los denominados modelos operacionales (somático-

musculares y cognitivos), no cuestionan la posibilidad de control operante de la respuestas autónomas sino este control (alcanzado mediante el Biofeedback), es o no secundario a los cambios de la actividad cognitiva o somático-muscular. Es decir, si los cambios de las respuestas autónomas son directos, o por el contrario están mediados por respuestas del sistema somático-muscular (generación de determinados niveles de relajación muscular o del ritmo respiratorio) o del cognitivo (producción de auto instrucciones o imágenes, expectativas), sin embargo, existen evidencias contradictorias que no posibilita conclusiones claras (Olivares, 1999, citado en Marín y Vinaccia, 2005).

El Biofeedback no se considera como una propuesta teórica nueva, sino que se considera como un procedimiento cuyo objetivo es determinar qué tipo de estrategias son las adecuadas en cada sujeto para producir variaciones en el funcionamiento de determinadas variables fisiológicas: autorregulación, imaginación, distracción, condicionamiento, adquisición de habilidades, moldeamiento o información (Marín y Vinaccia, 2005).

Existen diferentes tipos de Biofeedback (Labrador y Vallejo 2002), a partir de los diferentes estudios conceptualizados en este campo, es posible intervenir varias problemáticas físicas, basados en la medición de diferentes señales electrofisiológicas. Los cuales son:

- Biofeedback electromiografico.
- Biofeedback electroencefalografico.
- Biofeedback de temperatura periférica.
- Biofeedback de la respuesta psicogalvánica.
- Biofeedback de la presión sanguínea.
- Biofeedback de la tasa cardiaca.
- Biofeedback de la erección del pene.
- Biofeedback de los músculos del cérvix.
- Biofeedback rectal.
- Biofeedback del esfínter anal.

- Biofeedback del PH estomacal.
- Biofeedback de respiración forzada.

### **3.6. Tratamiento farmacológico.**

Las medicaciones usadas para el cerebro pueden modificar las funciones del mismo, y por lo tanto el rendimiento intelectual y emocional. Su acción puede afectar otras áreas del cerebro, causando algunas veces efectos secundarios. En los estudios del cerebro humano, se han encontrado hallazgos que demuestran la presencia de síntomas compulsivos, sobre todo de tipo motor, que aparecen como consecuencia de lesiones cerebrales. También se ha observado la aparición de procesos obsesivos-compulsivos como secuela de enfermedades tales como la encefalitis o la enfermedad de Parkinson (Yaryura y Nezirogu, 2001).

Los avances de la psicofarmacología durante las pasadas tres décadas han sido importantes, alrededor de 1970, se descubrió que un medicamento antidepresivo, la clomipramina (Anafranil), tenía el efecto imprevisto de reducir las obsesiones en personas deprimidas. Los investigadores señalaron que la actividad de la serotonina estaba reducida en personas que respondían de manera favorable a la clomipramina. A partir de esto se infirió que era probable que la serotonina desempeñaba una función central como causante de los síntomas del TOC (Halgin y Krauss, 2009).

La obsesión está relacionada con el cerebro intelectual, mientras que la compulsión está más cercana al cerebro primitivo, en la región de los ganglios basales, los psicofármacos son sustancias dirigidas a modificar estas reacciones. Las drogas para el cerebro consisten principalmente en antipsicóticos o tranquilizantes mayores, ansiolíticos o tranquilizantes menores, antidepresivos, anticonvulsivos e inductores del sueño, los medicamentos para el TOC se caracterizan por impedir que la serotonina retorne a la célula. De ese modo la serotonina permanece accesible, fuera de la célula y pueda transportar mensajes

de un sitio a otro, de acuerdo a lo ordenado por el cerebro (Yaryura y Nezirogu, 2001).

El abordaje farmacológico del TOC, se basa en los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), medicamentos que han resultado ser efectivos y seguros. Como grupo, los ISRS son igual de eficaces que la clorimipramina, pero producen menos efectos secundarios y, por lo tanto, mejor tolerancia y mejor apego al tratamiento. La efectividad antiobsesiva parece ser independiente de su actividad antidepresiva (Lóyzaga y Nicolini, 2000).

De acuerdo a Yaryura y Nezirogu (2001), existen los siguientes agentes que son aceptados como sustancias anti obsesivo- compulsivas:

1. Clomipramina.
2. Fluoxetina
3. Fluvoxamina
4. Sertralina
5. Paroxetina
6. Citalopram.
7. Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs). La fenelcina y la trancilcipromina son dos drogas IMAOs, en vez de bloquear la recaptura de la serotonina, inhiben la degradación de la misma para ser excretada, debido a su composición química pueden reaccionar de forma adversa cuando se ingieren con ciertos alimentos, como lo son bebidas alcohólicas, cafeína, cremas ácidas, tomates, hígado, vainilla y cacao.
8. Otros coadyuvantes son el carbonato de litio, L- triptófano, niacina, vitamina B6.

Para los casos refractarios y resistentes o cuando hay síntomas de comorbilidad, se han utilizado, con relativo éxito, combinaciones con diferentes IRS, con benzodiacepinas, o bien, con potenciadores como el litio, o antipsicóticos, como la risperidona y el haloperidol. El uso del carbonato de litio es controvertido, aunque parece ser útil como potenciador a largo plazo entre 15 y 30% de los pacientes. La

combinación de ISRS con antipsicóticos comenzó a utilizarse en los pacientes con síntomas psicóticos, aunque ahora se combinan también en los pacientes resistentes. El manejo farmacológico de los niños con TOC se ha basado en la utilización de ISRS, que han resultado ser seguros, eficaces y bien tolerados en este grupo de edad (Lóyzaga y Nicolini, 2000).

Los efectos secundarios más comunes de los fármacos son: sequedad de boca y constipación, la sedación, visión borrosa, retención urinaria; la náusea y el vómito son menos frecuentes. La principal alteración cardiovascular es la hipotensión ortostática; pueden presentarse síncope, palpitaciones y taquicardia; temblor, mioclonias, ataxia, rigidez, mareo, sedación y cefalea. Se han reportado crisis convulsivas en 0.7% de 3000 pacientes. Además se han documentado casos de manía por la administración de clorimipramina y fluoxetina. La clorimipramina produce una alta incidencia de disfunciones sexuales: disminución de la libido, problemas eyaculatorios, anorgasmia y trastornos menstruales. Otros efectos son el aumento de peso, las alteraciones en la lactancia, agranulocitosis y pancitopenia (Lóyzaga y Nicolini, 2000).

El tratamiento con clomipramina y otros medicamentos inhibidores de la reabsorción de la serotonina, como la fluoxetina (Prozac) o la sertralina (Zoloft), ha demostrado ser el tratamiento biológico más eficaz disponible para el trastorno obsesivo compulsivo (Foa, 2005 citado en Halgin y Krauss, 2009). La clorimipramina ha demostrado su eficacia antiobsesiva desde hace más de 20 años, es superior al placebo y a otros antidepresivos, como la amitriptilina la imipramina, la nortriptilina, la desimipramina, y la mianserina. La clorimipramina disminuye la sintomatología obsesiva y la ansiosa de 35 a 42%, lo que está demostrado por el cambio de los puntajes en la Escala de Severidad Yale Brown para el TOC después de la sexta semana de tratamiento y, progresivamente, hasta la décima (Lóyzaga y Nicolini, 2000).

Se han desarrollado nuevos medicamentos que han demostrado resultados promisorios para personas que no responden a la clomipramina o fluoxetina. Principalmente la fluvoxamina (Luvox), el cual tiene efectos secundarios menos graves que otros medicamentos. Las personas que no responden a estos medicamentos pueden beneficiarse con la risperidona (Risperdal), (Halgin y Krauss, 2009).

Estos medicamentos son parcialmente selectivos para bloquear la recaptura de la serotonina o son bloqueadores selectivos, en general son efectivos en un 50% de los casos. La mejoría aumenta con la combinación de medicación y terapia conductual, en un 70% a un 75% de los casos de acuerdo a las estadísticas (Yaryura y Nezirogu, 2001).

A lo largo del documento se ha descrito como el TOC tiene un gran espectro de atención, la farmacología y la perspectiva cognitivo-conductual como medios de atención, y según lo expuesto se muestran como un eficaz tratamiento. Pero su tratamiento con retroalimentación biológica documentado es poco, ya que la literatura es escasa, por ello y con el fin de compartir la experiencia de un caso, partiremos al método utilizado para contextualizar resultados con dicha técnica, teniendo como propósito el observar el efecto de la terapia cognitivo conductual a través de la retroalimentación biológica sobre el TOC.

# Capítulo 4. Método

## 4.1. Escenario

La Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social inició sus labores a partir de julio de 2001 y tiene como principal función promover el desarrollo de cada uno de los Centros y Programas que la integran. Planea , organiza, supervisa y colabora en sus actividades académicas y administrativas para cumplir con los objetivos de: servicio, docencia, investigación, difusión y extensión universitaria. A dicha Coordinación pertenece el Centro de Servicios Psicológicos (CSP) Dr. Guillermo Dávila, el cual inició sus servicios en 1981 y tiene como uno de sus objetivos apoyar y fortalecer la formación teórica-práctica de los estudiantes de licenciatura y de posgrado, bajo la supervisión de especialistas. Para ello, el centro proporciona servicio psicoterapéutico, con diferentes aproximaciones teóricas, a niños(as), adolescentes y adultos(as); en forma individual, grupal, de pareja y familiar. Se atienden problemas emocionales, trastornos de alimentación, dolor crónico y estrés, con una metodología de atención psicológica establecida (tabla 1). Se encuentra ubicado en el sótano del edificio “D”, de la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional Autónoma de México, ubicada en Av. Universidad 3004, Delegación Coyoacán de la Ciudad de México.

### Metodología de atención psicológica del CSP Dr. Guillermo Dávila

1. Solicitud de servicio
2. Ficha de admisión (firmado)
3. Consentimiento informado (firmado)
4. Documentación (identificación oficial, comprobante domicilio y comprobante de ingresos)
5. Entrevista inicial
6. Ajuste de cuota
7. Historia clínica
8. Evaluaciones o instrumentos (calificados)
9. Referencia (canalización a programa indicado, según el caso)
10. Plan de tratamiento
11. Notas clínicas (por sesión y firmadas)
12. Interconsulta (según el caso)
13. Reporte de Alta o Baja
14. Otros

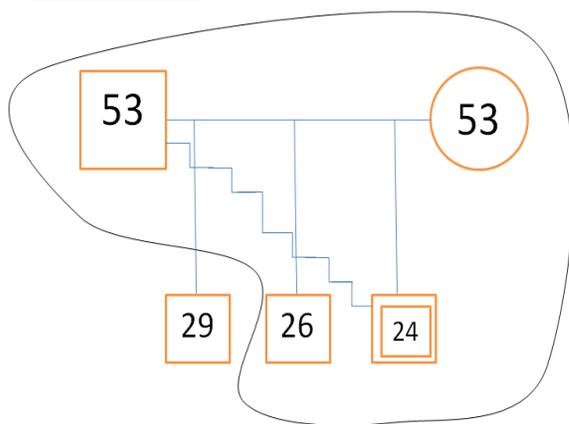
Tabla 1. Metodología de atención del CSP.

## 4.2. Protocolo de atención

### Ficha de identificación

- Sexo: Masculino
- Edad: 24 años
- Estado civil: Soltero
- Nivel de estudios: Ingeniería en Bioquímica
- Ocupación: Estudiante Posgrado

### Identificación del paciente



Esquema 1. Familiograma

### Motivo de consulta

El consultante refiere acudir a atención Psicológica por tener Trastorno Obsesivo Compulsivo, diagnosticado con anterioridad, desde hace aproximadamente dos años y medio. Ha recibido tres tratamientos, sin aparente mejoría. Menciona que el trastorno deteriora sus relaciones académicas y personales e incluso llega a

incapacitarle en sus actividades sociales y académicas. El paciente es referido al programa de retroalimentación biológica (paso 9, tabla 1).

El consultante refiere que la problemática dio inicio desde hace aproximadamente dos años y medio, relacionándolo con dificultades con el padre por diferencias de opiniones. Tuvo durante un año dos tratamientos psicológicos y uno psiquiátrico, estando medicado con Tafil y Paroxetina; a la fecha de la entrevista no toma fármaco alguno. Refirió que el primer tratamiento psicológico se basó en regresiones (sin especificar), y el segundo en los conflictos derivados con su papá (conflictos de autoridad). Aunque durante este tiempo comenzó a sentir preocupación por su situación de salud ya que menciona deterioro en sus relaciones de amistad y sensaciones de incapacidad para realizar sus labores diarias.

El paciente presentó conductas en relación al Trastorno Obsesivo Compulsivo. Usa constantemente gel anti-bacterial, más de 10 veces al día, cada que se lava las manos hace lo posible por utilizar cloro y se baña cada vez que regresa de la calle, esto afecta sus relaciones interpersonales, su desempeño académico y menciona grados importantes de ansiedad.

### **Evaluación.**

- Entrevista inicial
- Inventario Moudsley de Obsesión – Compulsión (MOCI)
- Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)
- Inventario de Depresión de Beck (IDB)
- Índice de Perfil de Estrés (ISPE)
- Instrumento who-qol-breve versión español
- Perfil Psicofisiológico (evaluación psicofisiológica)

## Formulación del caso.

Según la información obtenida, se dieron elementos para formular el siguiente esquema.



Esquema 2. Formulación de Caso

El proceso de evaluación concluyó los parámetros suficientes (DSM V, 2014), para observar síntomas como ansiedad, compulsiones y obsesiones, diagnosticando como un trastorno obsesivo compulsivo.

Se selecciona como tratamiento, la estrategia de conducta clave, en donde se interviene sobre una conducta relacionada con la conducta problema, hasta el punto que, modificando la conducta clave se modifica la conducta problema. Encontrado como conducta objeto, la ansiedad como conducta base, para influenciar a la diagnosticada como primaria (TOC), esto como objetivo real según la metodología utilizada en el Centro de Atención Psicológica Dr. Guillermo Dávila.

Dicha técnica de retroalimentación biológica, se enmarca con técnicas cognitivo conductuales, es decir, junto con las mediciones de temperatura periférica y respuesta galvánica de la piel, se llevan a cabo las técnicas señaladas en el esquema 2, como parte del tratamiento.

El perfil psicofisiológico se toma en tres tiempos y en cinco condiciones, primer tiempo en la entrevista de recepción de paciente, segundo tiempo en la conclusión de sesiones terapéuticas y tercer tiempo de seguimiento; cada tiempo con cinco condiciones específicas (esquema 2).

Así pues, debido a estas condiciones, se plantea el siguiente plan de tratamiento.

### 4.3. Plan de tratamiento

Las directrices del plan de tratamiento van enfocadas al trabajo en la disminución de la ansiedad, utilizando dentro de la técnica de retroalimentación biológica, las técnicas cognitivo-conductuales, para llegar a la meta terapéutica de manejo y control de sintomatología.

SESION	TÉCNICA	OBJETIVO	FASE
1	Entrevista	Valoración Motivo de Consulta	1. Evaluación pretratamiento
2	Evaluación psicofisiológica	Línea base	
3	Entrenamiento en respiración diafragmática	Disminución en activación fisiológica	2. Tratamiento
4	Entrenamiento en auto-observación	Identificar estilos de pensamiento	
5	Inoculación al estrés	Reducir activación fisiológica ante eventos de estrés	
6	Desensibilización sistemática	Reducir activación fisiológica ante eventos de ansiedad	
7	Reestructuración cognitiva	Disminución de pensamientos irracionales y catastróficos	
8	Auto-observación	Identificar nuevos estilos de pensamiento	
9	Evaluación Psicofisiológica	Estimación de avances y alta	3. Evaluación Post tratamiento
10	Evaluación de seguimiento	Verificación de resultados	4. Evaluación seguimiento

Tabla 2. Plan de tratamiento

De acuerdo a los elementos revisados del caso, se observa que muestra una clara reactividad ante situaciones estresantes, considerando el TOC como una forma de reducir la reactividad tensional, lo que le traen consecuencias desde ligeras hasta severas en áreas de su vida. Por lo tanto, el manejo con biofeedback junto con las técnicas expresadas en la tabla 2, fueron la terapéutica empleada para inducir manejo y control de sintomatología.

#### **4.4. Entrenamiento en Biofeedback.**

Tomando en cuenta la ansiedad como síntoma icono en el caso, y con base a las respuestas fisiológicas que ésta implica, se trabajó el entrenamiento en Bioretroalimentación biológica que consiste en el manejo del autocontrol psicológico y fisiológico, al manejo del estrés y la ansiedad, como así la reducción de síntomas obsesivos – compulsivos.

Se realiza sensibilización del paciente en la técnica, explicándole el procedimiento de instrumentación, el cuidado al equipo de retroalimentación biológica y las diferentes etapas de medición psicofisiológica.

En cada sesión, se realiza instrumentación del paciente, se colocan monitores de medición psicofisiológica en dos áreas: 1) sensores de respuesta galvánica y 2) termistor de temperatura periférica. Se registran los datos obtenidos en ambas mediciones, en relación al tema a trabajar y mediante parámetros establecidos, en relación a las respuestas para individuos sanos de estas mediciones (anexo 7), se observan los cambios y parámetros de salud.

El equipo de retroalimentación biológica debe tratarse con cuidado, ya que tiene sensores delicados muy sensibles al movimiento por lo cual solo el terapeuta debe colocarlos y retíralos en su momento, pidiéndole no realizar movimientos bruscos con ellos, ni arrancárselos abruptamente.

Se realizan tres evaluaciones, para obtener mediciones psicofisiológicas particulares del paciente, definiéndolas de la siguiente manera:

- 1) Pre tratamiento, tomando línea base de perfil psicofisiológico
- 2) Al finalizar el tratamiento, (post tratamiento)
- 3) En un seguimiento de 5 meses (seguimiento)

En cada evaluación, además del perfil psicofisiológico, se aplica una batería de instrumentos, ya mencionada con anterioridad:

- Inventario de ansiedad de Beck (IAB)
- Inventario de depresión de Beck (IDB)
- Índice de perfil de estrés (ISPE)
- Instrumento who-qol breve
- inventario MOCI

Para la toma del perfil psicofisiológico, se toman en cuenta cinco condiciones:

- 1) Sentado con los ojos abiertos (SOA), Se pide al paciente que se siente con los ojos abiertos.
- 2) Sentado con los ojos cerrados (SOC), se pide al paciente que se siente con los ojos cerrados.
- 3) En respuesta natural de relajación (RNR), se pide al paciente que se relaje de forma natural, por sí solo.
- 4) Con jerarquización de estímulos aversivos (EA), se evocan estímulos aversivos de forma jerárquica de menor a mayor.
- 5) Con respiración diafragmática (RD), se le solicita respirar diafragmáticamente.

Estas mediciones con las condiciones mencionadas, dan los resultados para hacer evaluación inicial, tener el perfil psicofisiológico y así junto a los otros instrumentos, poder discriminar la eficacia del tratamiento en los tres tiempos (pre y post tratamiento y seguimiento), siendo las que nos indicarán la eficacia o no de dicha técnica en el trastorno obsesivo-compulsivo

#### 4.5. Tratamiento.

las sesiones se realizan semanalmente, mencionando que en cada sesión se realiza el método de retroalimentación biológica junto con la técnica descrita, como parte del tratamiento.

##### SESION 1

**Técnica:** Entrevista y Aplicación de inventario MOCI

**Objetivo:** Valoración de motivo de consulta

**Resultado:** Confirmación diagnóstico

**Observaciones:** Se sensibiliza al paciente en la técnica de retroalimentación biológica y la instrumentación; se nota como principal conducta compulsiva: lavado de manos excesivo (más de 20 veces al día), incluso en ocasiones con cloro. se le solicita acudir a atención psiquiátrica.

##### SESION 2

**Técnica:** Evaluación Psicofisiológica, aplicación de batería de instrumentos.

**Objetivo:** Obtención de línea base

**Resultado:** Datos de mediciones psicofisiológica en los 5 tiempos (Tabla 3, resultados), y de Índice de Síntomas del Perfil de Estrés (ISPE) (tabla 4, Anexo 4), y

**Observaciones:** El paciente refiere haber asistido a consulta psiquiátrica recetado con Fluoxetina 20mg. Una al día. Mencionó cuatro principales evocadores de estrés.

- 1) Ver o pensar en personas con cortadas o lesiones, relacionado con ver sangre.
- 2) Ser tocado por personas o tocar cosas personales (peines, celulares, etc.)

- 3) Entrar a un baño o tocar la perilla al abrir alguna puerta.
- 4) Tener alguna lesión en manos, que se relacione con fluidos (cortadas o gérmenes).

Según los datos al aplicar el ISPE existe sintomatología elevada en la respuesta galvánica, correspondiente a estrés elevado (tabla 10, resultados).

### SESION 3

**Técnica:** Entrenamiento en respiración diafragmática.

**Objetivo:** Disminución de la actividad fisiológica, con técnica de relajación.

**Resultado:** El paciente identifica la situación en donde la ansiedad debido al TOC disminuye.

**Observaciones:** En la medición psicofisiológica se muestra aumento en la temperatura periférica y disminución en la respuesta psicogalvánica en la práctica de la técnica. Menciona aumento de dosis de Fluoxetina a 30mg.

### SESION 4

**Técnica:** Entrenamiento en auto observación.

**Objetivo:** Identificar estilos de pensamiento, a través de connotarlos en su discurso.

**Resultado:** Reconoció la dificultad en estar buscando constantemente estímulos aversivos

**Observaciones:** El paciente realizó el ejercicio de respiración diafragmática en el lapso entre sesiones y comento: “me ayudo a estar tranquilo”, de igual forma identificó minimizar pensamientos aversivos. Las mediciones psicofisiológicas muestran el patrón de la sesión número 3.

### SESION 5

**Técnica:** Inoculación al estrés.

**Objetivo:** Reducir activación fisiológica ante eventos de estrés.

**Resultado:** Enfrento acciones como el lavado de manos sin cloro y el contacto de su cuerpo y objetos.

**Observaciones:** Verbaliza mejoría en relación a sentir estrés, aunque existen aún eventos que le son aversivos, como el transporte público. Aunque acude a parque de diversiones, donde se sintió tranquilo sin pensar en fluidos que le provoquen estrés.

## SESION 6

**Técnica:** Desensibilización sistemática.

**Objetivo:** Reducir activación fisiológica ante eventos de ansiedad.

**Resultado:** Logró mantenerse en estado de tranquilidad ante eventos que producían ansiedad, como el contacto físico.

**Observaciones:** Mencionó disminución de pensamientos obsesivos relacionados con sudor, sangre o virus; mantiene contacto físico con su madre. En la medición psicofisiológica correspondiente a la temperatura periférica aumenta y en la respuesta galvánica disminuye, lo que se traduce a mejor afrontamiento a los estímulos aversivos.

## SESION 7

**Técnica:** Restructuración cognitiva.

**Objetivo:** Disminución de pensamientos irracionales o catastróficos

**Resultado:** Se observa a través de los datos psicofisiológicos, el impacto de sus pensamientos en su organismo y su repercusión según estilos de pensamiento.

**Observaciones:** Mencionó percepción de recaída ante estado estresante en relación a su estado mental, connotando esta situación no como recaída sino como un evento de pérdida de control. A pesar de ello los dos datos psicofisiológicos continúan siendo favorables.

## SESION 8

**Técnica:** Auto observación.

**Objetivo:** Identificar nuevos estilos de pensamiento

**Resultado:** Toma consciencia de relación entre tipo de pensamientos y sensaciones corporales.

**Observaciones:** No presentó conductas compulsivas ya expresadas, aunque continúan obsesiones, aunque con menor grado de impacto, sin llegar a la ansiedad.

## SESION 9

**Técnica:** Evaluación psicofisiológica, aplicación de batería de instrumentos.

**Objetivo:** Estimación de avances y alta.

**Resultado:** Modificación positiva de los valores psicofisiológicos, adquisición de herramientas de afrontamiento a situaciones de exacerbación del TOC y evaluación post tratamiento.

**Observaciones:** Mantiene la adherencia terapéutica farmacológica, se encuentra con mayores conductas al contacto, sugiere el alta por la mejoría y según los marcadores psicofisiológicos (Tabla 5 y 6). Se realiza alta.

### 4.6. Seguimiento

**Técnica:** Evaluación de seguimiento a 5 meses, toma de perfil fisiológico y aplicación de batería de pruebas psicológicas.

**Objetivo:** Obtener datos para corroboran eficacia y mantenimiento de mejoría al tratamiento.

**Resultado:** Datos de mediciones psicofisiológica en los 5 tiempos (tabla 7), y de Índice de Síntomas del Perfil de Estrés (ISPE) (tabla 8, Anexo 4).

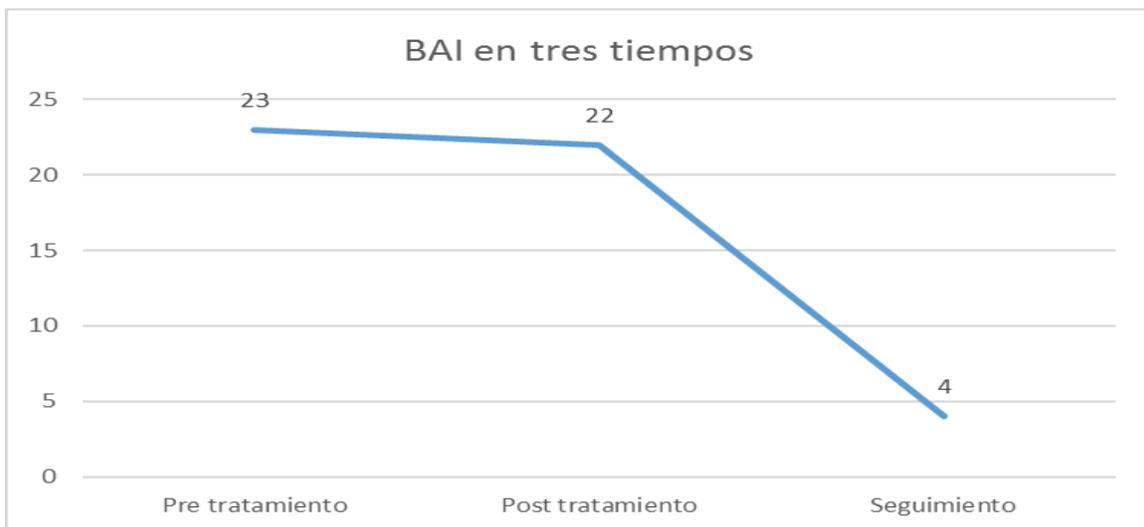
**Observaciones:** No presentó conductas compulsivas ya expresadas, aunque continúan obsesiones, aunque con menor grado de impacto, sin llegar a la ansiedad.

## Capítulo 5. Resultados.

Para llevar a cabo el análisis de resultados se utilizaron los datos obtenidos en la aplicación de los instrumentos psicológicos: Inventario de ansiedad de Beck, Inventario de Depresión de Beck, Inventario de MOCI, WHO QOL, Inventario de Sintomatología por Estrés (ISPE) y en los obtenidos en las evaluaciones psicofisiológicas o perfiles psicofisiológicos, en las etapas de pre tratamiento y post tratamiento, así como los mismos instrumentos para el seguimiento.

### 1.- Inventario de ansiedad de Beck:

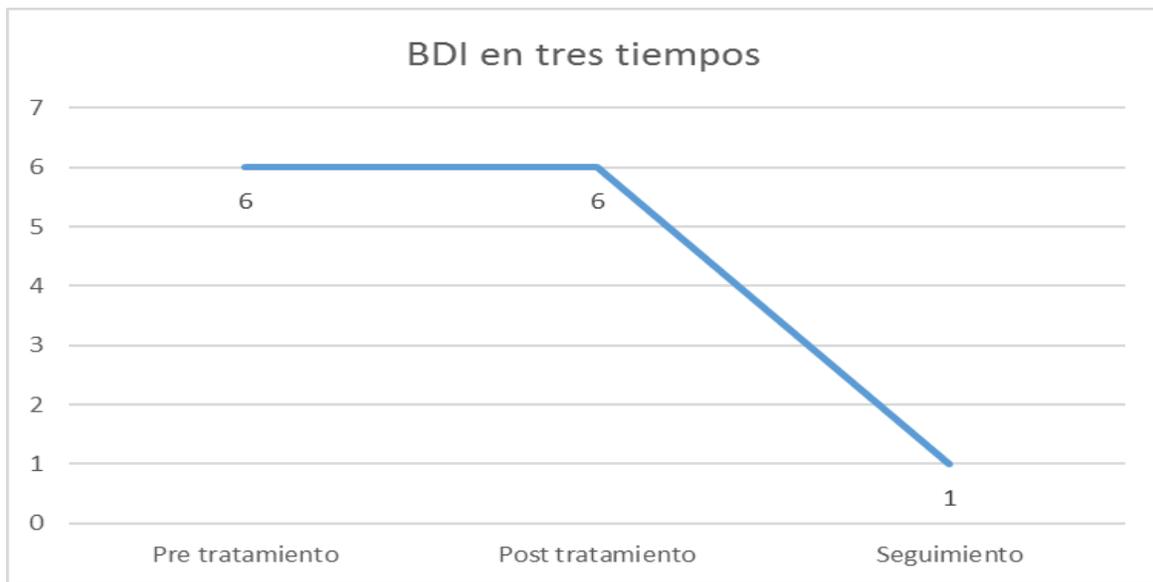
Según la escala de puntaje del Inventario de Beck de ansiedad, se observó que antes del tratamiento el puntaje correspondiente al grado de ansiedad es igual a moderado, en el post tratamiento corresponde a moderado. Aunque al aplicar el mismo instrumento en el seguimiento el resultado da como rango correspondiente a grado de ansiedad mínimo.



Grafica 1. Nivel de ansiedad reportada, pre, post tratamiento y seguimiento

## 2.- Inventario de Depresión de Beck:

En relación a los resultados del Inventario de Beck de Depresión, se muestra los resultados según la Grafica 2. Pre y post tratamiento se mantiene el mismo rango de puntaje correspondiente a una interpretación de depresión mínima, lo cual responde a ausencia de estado depresivo, en el seguimiento el puntaje corresponde de igual manera a una interpretación de ausencia de depresión.

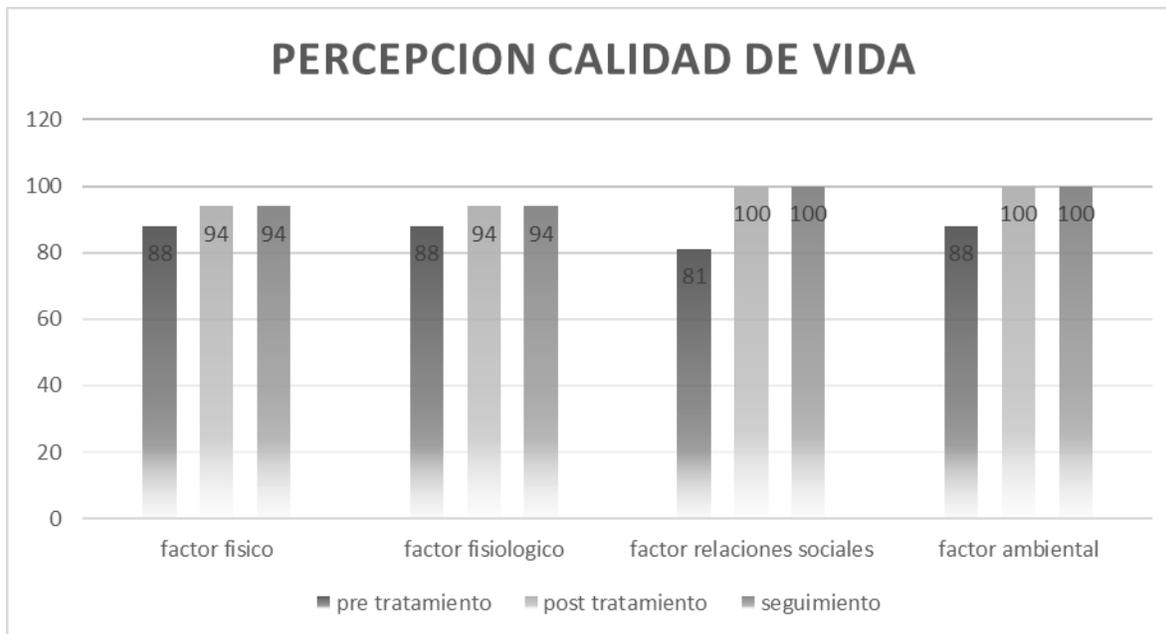


Grafica 2. Nivel de depresión reportada, pre, post tratamiento y seguimiento

## 3.- Inventario WHO-QOL-breve:

En el Inventario que califica la percepción de calidad de vida en cuatro factores se obtuvieron los resultados obtenidos en la Grafica 3. Lo cual corresponde en el factor físico en porcentajes de 88% a 94%. en el factor psicológico de 88% a 94%. en el factor de las relaciones sociales antes del tratamiento presento un porcentaje de 81% y hubo un aumento al 100%, notando este factor como de mayor impacto. Finalmente, en la percepción del factor ambiental en el porcentaje de un pre tratamiento de 88% a un post tratamiento y

seguimiento de un 100%. Notando un porcentaje de aumento en la percepción de la calidad de vida en los cuatro factores tanto posterior al tratamiento como en la evaluación del seguimiento.



Grafica 3. porcentaje de percepción de calidad de vida en tres tiempos.

#### 4.- Perfil Psicofisiológico:

##### PRE TRATAMIENTO

El perfil psicofisiológico resulta la principal herramienta de medición ante el presente caso, pues es la base en relación al tratamiento terapéutico, tomando tres mediciones la inicial como línea base, mostrando como resultados los mencionados en la gráfica 4.

## POST TRATAMIENTO

Se observó que posterior al tratamiento en las cinco condiciones evaluadas a través del perfil psicofisiológico, se mostraron cambios significativos, y notando la diferencia de la línea base y apoyados en las normas psicofisiológicas de Palsson 1998 (Anexo 7), existe un decremento de la respuesta psicogalvanica de la piel y un aumento en la temperatura periférica.

## SEGUIMIENTO

En el seguimiento se muestran como existe un ligero decremento en la temperatura periférica y aumento en la respuesta galvánica de la piel.

Resulta significativa la variable de medición que se mantiene con el mejor grado de mejoría o eficacia al tratamiento fue a través de la respiración diafragmática.

### PERFIL PSICOFISIOLÓGICO EN LOS TRES TIEMPOS PRETRATAMIENTO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO Y EN LAS CINCO CONDICIONES.

CONDICIONES	TEMPERATURA PERIFERICA PRE	RESPUESTA PSICOGALVANICA PRE	TEMPERATURA PERIFERICA POST	RESPUESTA PSICOGALVANICA POST	TEMPERATURA PERIFERICA SEGUIMIENTO	RESPUESTA PSICOGALVANICA SEGUIMIENTO
SOA	87.63	13.17	89.69	9.69	86.69	12.61
SOC	89.27	14.43	90.09	5.42	87.06	9.92
RESPUESTA NATURAL DE RELAJACION	89.28	13.07	90.22	4.27	88.19	7.61
EVOCACION DE ESTRESORES	89.93	14.02	89.84	7.31	89.42	8.00
RESPIRACION DIAFRAGMATICA	90.00	14.76	89.80	5.35	89.99	9.50

TABLA 3. Resultados perfil psicofisiológico en los tres tiempos.

En la Tabla 3 se refleja los comparativos de las mediciones del perfil psicofisiológico, obteniendo como resultados generales un rango significativo de cambio, en ambos tipos de medición psicofisiológica, de la línea base al post

tratamiento, aunque en etapa de seguimiento, este cambio disminuye, aun con ello los resultados finales en etapa de seguimiento mantienen mejoría en relación a la línea base del presente caso.

La Grafica 4 muestra el grado de temperatura y su aumento, resultando la temperatura periférica en la mayoría de las condiciones dentro de tratamiento con buenos resultados, siempre elevada. Denotando su incremento con la utilización de respiración diafragmática, aumentando en mayor grado en esta condición en la etapa de seguimiento.

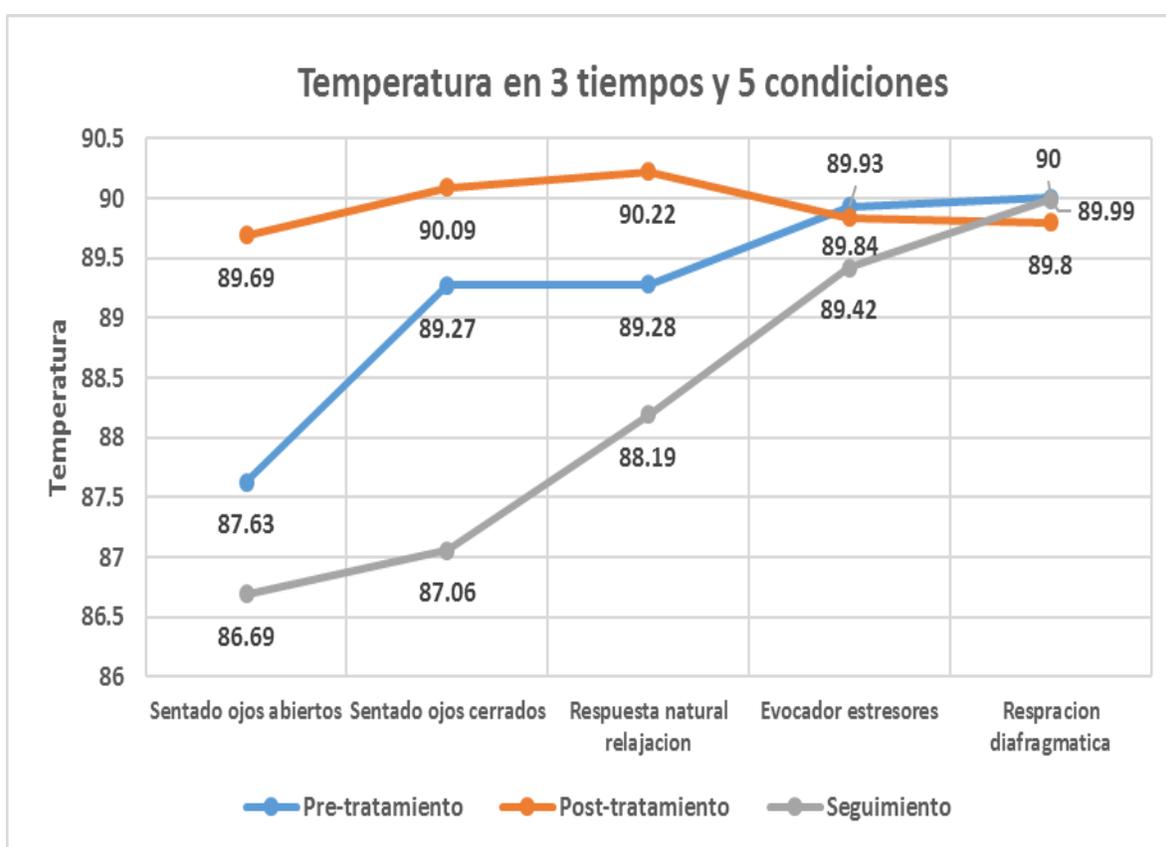
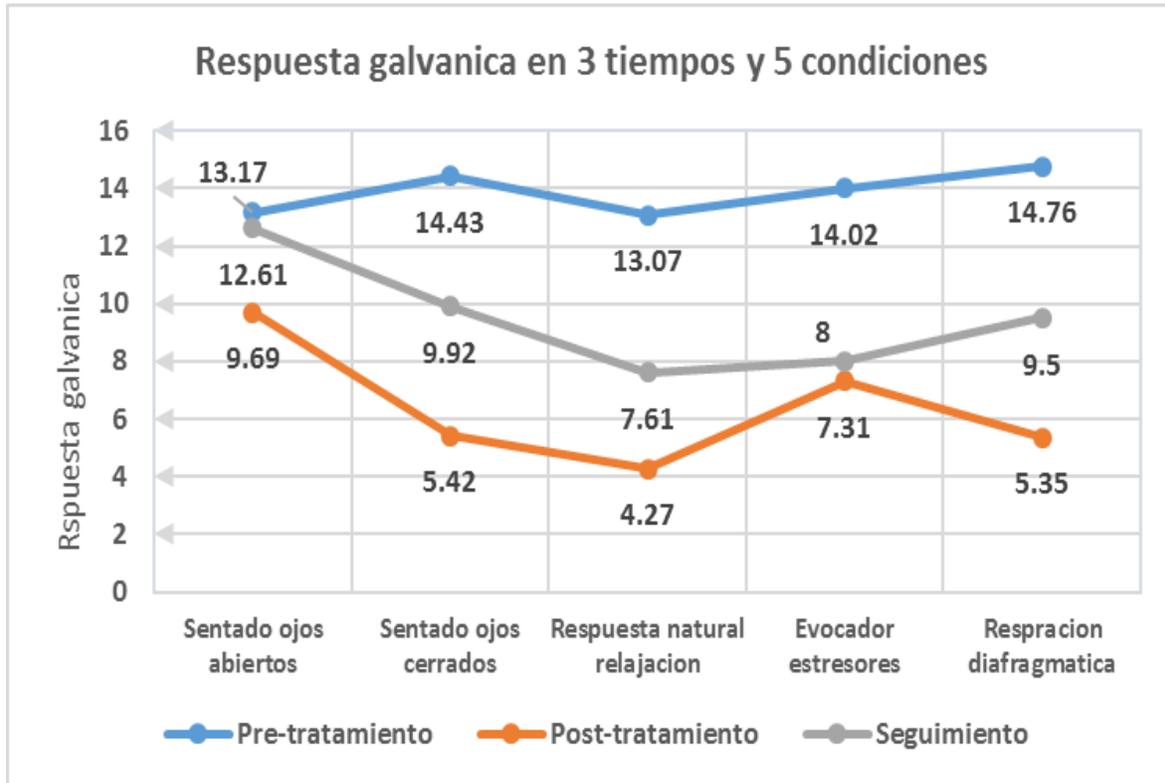


Grafico 4. Resultados de temperatura periférica

En la gráfica 5 podemos observar la disminución en la respuesta psicogalvánica de la piel en la etapa de tratamiento, resultando la etapa más eficaz de los tres tiempos, siendo la condición de mayores resultados en la

respuesta natural de relajación. A pesar de ello, en dicha respuesta existe una notable disminución en la etapa de seguimiento a la línea base (pre tratamiento), en las 5 condiciones, resultando en este tiempo (seguimiento), la más eficaz la respuesta natural de relajación.



Grafica 5. Resultados de respuesta psicogalvanica

Derivado de los datos anteriores, podemos mencionar que el objetivo en relación a la reducción de la ansiedad como conducta secundaria a la primaria, que es el trastorno obsesivo compulsivo resultó satisfactoria, pues según las mediciones en los diversos instrumentos y tiempos, se obtienen disminución en las reacciones de ansiedad ante diferentes estímulos. Causando esto impacto en la conducta primaria (TOC), la cual tiene una baja considerable a nivel de medición psicofisiológica, que es en donde se tienen los parámetros más trascendentes.

Cabe mencionar que los resultados obtenidos de manera psicofisiológica, en relación a los avances y cambios en la problemática tratada, tienen una fina relación con las técnicas cognitivo conductual utilizadas en el tratamiento:

Desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, Aproximaciones sucesivas de eventos temidos, Inoculación de estrés y respiración diafragmática.

5.-Resultados de Inventario de sintomatología por estrés (Anexo)

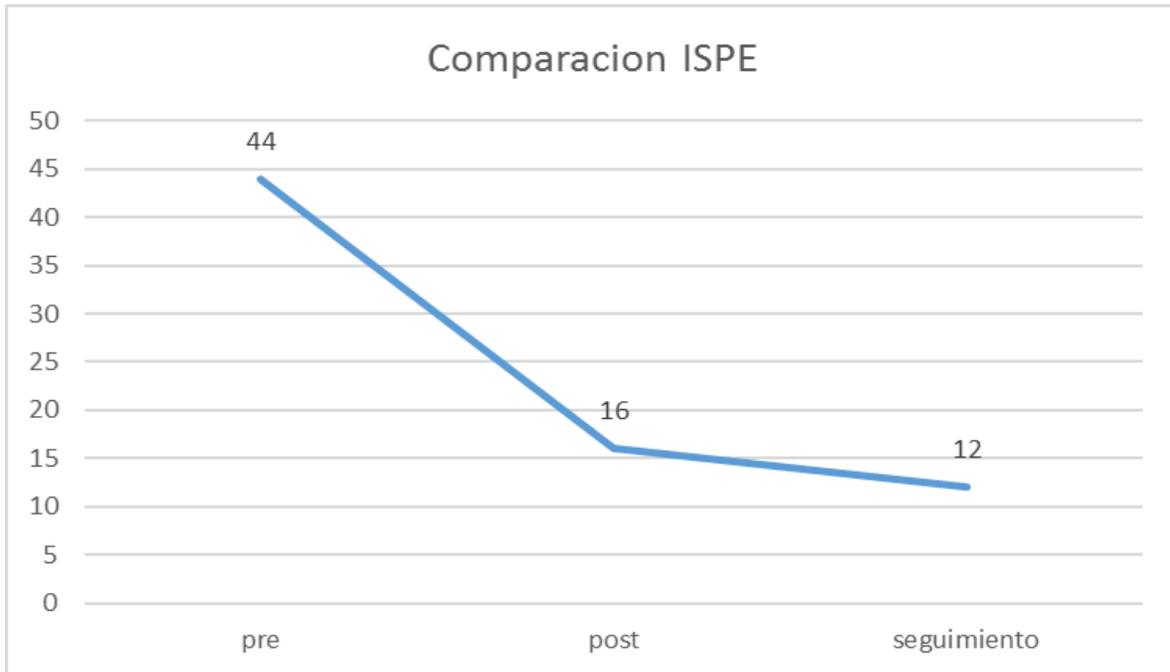


Gráfico 6. Comparación de datos obtenidos en el ISPE

6.- Inventario Maudsley de Obsesión – Compulsión

Condición	Comprobación	Lavado / limpieza	Lentitud / Repetición	Duda / Conciencia
Pre	5	11	4	6
Tratamiento Post	2	5	2	3
Seguimiento	2	5	2	4

Tabla 4. Resultados de inventario de Obsesión Compulsión por área

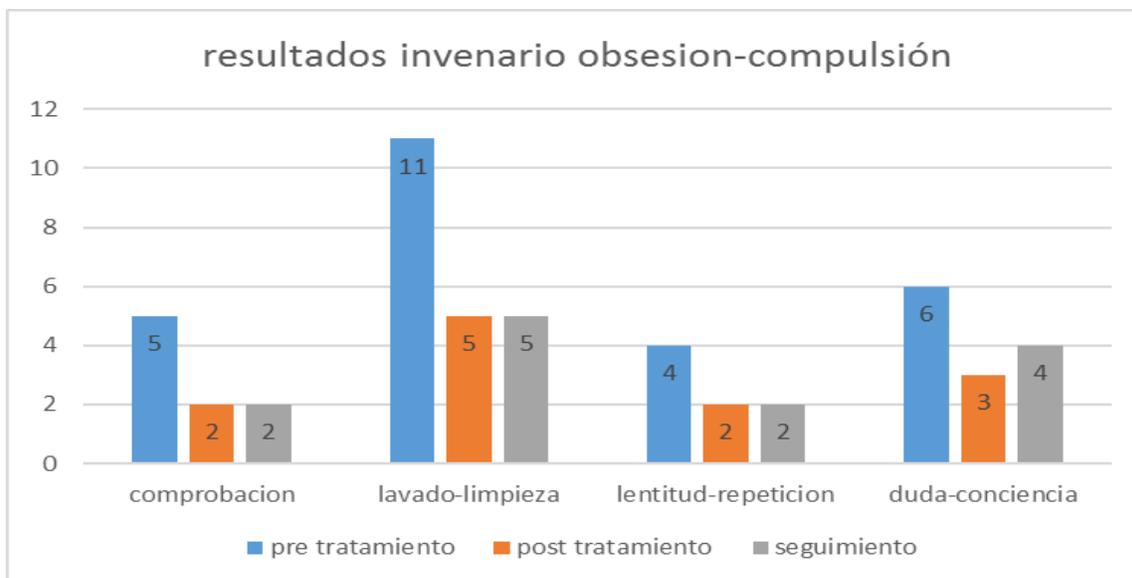


Gráfico 7. Tendencia de resultados del Inventario de Maudsley de Obsesión-Compulsión.

Según Álvarez (1986), el instrumento consta de cuatro esferas y en donde cada una se obtiene un puntaje máximo que indica la tendencia de Obsesión – Compulsión. Tenemos que el puntaje máximo para el área de comprobación es de 5, la de lavado y limpieza 11, la de lentitud y repetición 4 y finalmente la de duda y conocimiento 6. Tenemos que en cada área existió una disminución en la tendencia a la Obsesión – Compulsión.

#### 7.- Cuestionario de Satisfacción de Usuarios:

El cuestionario de Satisfacción de Usuarios (Anexo 3) se aplica en el periodo de seguimiento. Consta de cinco preguntas en relación a su percepción de tipo de atención recibida, a su estado general de salud y de una escala numérica calificando el grado de atención.

Pregunta	Respuesta
¿Cómo se siente en general?	Mucho mejor
¿Le ha ayudado los servicios?	Mucho
¿Volvería?	Si
¿Recomendaría el Centro?	Si
¿Cómo es el servicio de ventanilla en recepción?	Muy bueno

Tabla 5. Respuestas a preguntas de satisfacción de usuarios

En el intervalo de satisfacción del cuestionario manifestado por el usuario en una escala numérica del 0 al 20, calificó como 20, correspondiendo a muy satisfecho.

En el cuestionario de satisfacción de usuario según los resultados, se muestra muy satisfecho con la atención recibida, lo que pudiese indicar mejoría en relación a la problemática presentada.

## Capítulo 6. Conclusiones

En base a los resultados obtenidos podemos concluir que el presente reporte de caso, presentó una tendencia satisfactoria en la mayoría de los instrumentos aplicados en las fases de post tratamiento y seguimiento.

El Inventario de Ansiedad de Beck no muestra datos significativos en relación a los tiempos pre tratamiento y post tratamiento, pues se mantuvo en un grado de ansiedad moderado hasta el final del tratamiento, aunque sorpresivamente en la valoración de seguimiento muestra resultados mínimos de ansiedad; en esta área es difícil establecer una relación con los resultados ya que al salir del ambiente terapéutico no se monitorea el tipo de cambio conductual o de pensamiento que pudo haber realizado cinco meses posteriores a la atención. Se podría mencionar que el Inventario tal vez no detecta finamente los estados depresivos subjetivos, sin omitir, los recursos que el paciente pudo utilizar.

El Inventario de Depresión de Beck mantiene la tendencia de los resultados del inventario de ansiedad, aunque en el registro de depresión baja el número de puntaje en el seguimiento, resulta poco significativo ya que en los tres tiempos de medición a pesar de ser en la última medición un puntaje menor, los rangos corresponden a la ausencia del estado depresivo, lo que no hace inferir que en este caso el trastorno obsesivo compulsivo no tiene relación con la depresión.

El Inventario de Calidad de vida, muestra cambios en porcentajes mínimos, aunque se muestra como tema de análisis que los factores donde existió menor tendencia al cambio de percepción fueron los factores internos como es el físico y el psicológico, teniendo mayores habilidades en el manejo ambiental y de las relaciones sociales, este último notable para la mejoría de vida en relación a su diagnóstico, lo que de igual forma se ve reflejado en el inventario de obsesión, podríamos decir que los cambios en la percepción fueron significativos, lo cual nos lleva a concluir que mejoro su calidad de vida al terminar el tratamiento y en el

seguimiento a cinco meses, pues los datos entre estas dos mediciones se mostraron sin cambios, manteniendo la percepción de calidad de vida.

El instrumento clave en el presente estudio de caso es el modelo de retroalimentación biológica, que como ya se mencionó tuvo datos y cambios importantes. Podemos concluir que los datos de temperatura mantienen una tendencia positiva principalmente en la conclusión del tratamiento, en donde las cinco condiciones mantienen estabilidad, aunque aumento significativo en las condiciones de sentado con ojos abiertos, sentado con ojos cerrados y respuesta natural de relajación. A pesar de esto, en la evaluación de seguimiento a cinco meses resulta una disminución en la temperatura en dichas condiciones siendo menor de forma significativa a las de post tratamiento.

En las condiciones de evocadores de estrés y respiración diafragmática se nota mayor estabilidad, aunque se ve disminución en seguimiento incluso antes del tratamiento. Cabe mencionar una variable de importancia al ser un paciente atendido por la especialidad de Psiquiatría, con tratamiento farmacológico con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, como lo menciona Lóyzaga (2000), que este tipo de fármacos pueden provocar un aumento en la temperatura de los pacientes.

En relación a la medición de la respuesta galvánica de la piel, vemos que en pre tratamiento se manifiesta una respuesta base que posterior al tratamiento disminuye de forma favorable, lo que es un buen indicio de resultado al tratamiento, aunque en el seguimiento aumenta la respuesta, pero no al nivel de la medición previa al tratamiento, concluyendo una mejoría en relación a los resultados obtenidos.

El Inventario de Sintomatología al Estrés tiene una significativa baja pues concluyó en una disminución del estrés de 44 a 16 puntos por lo cual concluye en que cambió en el manejo de situaciones que pueden evocar estrés, pero aún más en la percepción del trastorno obsesivo-compulsivo, que por sí mismo es un generador de estrés pudiendo existir una favorable relación entre la disminución

del estrés, con la disminución de las obsesiones y compulsiones. También notamos mayor disminución en el estrés a cinco meses pues el rango bajó aún más que en la etapa post tratamiento.

Con respecto al Inventario MOCI podemos ver en la mayoría de las áreas una disminución en la condición obsesivo compulsivo de 50%, sobre todo en el área de limpieza y lavado, siendo ésta la que se mostraba con resultados máximos en la primera medición y correspondiente a la sintomatología propia del paciente. Concluyendo con mejoría respecto a la sintomatología propia del trastorno.

Al finalizar la atención terapéutica a nueve sesiones, se le aplicó un Cuestionario de Satisfacción al Usuario donde el mismo califica y expresa su agrado o desagrado tanto con la atención terapéutica como con cuestiones propias del Centro de Servicios Psicológicos, concluyendo su evaluación como favorable.

Se puede concluir que las técnicas utilizadas para el manejo del trastorno obsesivo compulsivo fueron eficaces, ya que la terapia basada en el enfoque cognitivo-conductual muestra una variedad científica de aplicación, notando en corto tiempo de la misma, de la mano con la observación del paciente en la técnica de retroalimentación biológica parece obtener mayor impacto y beneficio.

## 7. Discusión.

El ambiente terapéutico suele ser un ambiente controlado, donde una meta es entrenar al paciente en una técnica específica para su utilización en diferentes contextos, en este caso, al mostrar un equipo de retroalimentación que puede influir en la percepción del paciente, puede ser un tema de interés el investigar en el ambiente terapéutico la influencia en la mejoría ante la utilización de un equipo de retroalimentación biológica.

La medición de seguimiento a cinco meses, es una herramienta necesaria para verificar la eficacia en la continuidad de las herramientas entrenadas, aunque se debe reconocer que es un tiempo suficiente para que exista influencia de otras variables que tanto puedan ayudar o perjudicar en la correlación entre las mediciones.

También podemos mencionar una notable importancia en relación a la adherencia terapéutica, siendo factor para los resultados del tratamiento.

No hay que olvidar la importancia de la terapéutica farmacológica pues como lo menciona Soomoro, et, al. (2009), donde demuestra que las personas que reciben tratamiento con fármacos en el TOC, tienen casi el doble de probabilidades de lograr buena respuesta clínica. Podemos inferir que un tratamiento combinado psiquiátrico y psicológico resulta más eficaz, aunque Rosa-Alcázar (2013), mencionando en cuanto a la combinación de terapia farmacológica y TCC, que los estudios experimentales informan de resultados más eficaces que las dos intervenciones aisladas. No obstante, debido a que son muy pocos los estudios realizados no se puede llegar a conclusiones definitivas, aunque quizás pudiera resultar una de las estrategias futuras, aun así más con la técnica de retroalimentación biológica.

La técnica de retroalimentación biológica brinda mediciones físicas, rebasando las fronteras dicotómicas entre lo físico y lo psíquico y muestra una integración de

ambas áreas del ser humano para el tratamiento de una problemática en particular. Rebasando paradigmas de exclusión de la una con la otra obteniendo una visión integral del padecimiento, ya lo menciona (Wolpe,1979), esta técnica ejerce una acción sedativa sobre la ansiedad, muy intensamente en el ámbito terapéutico, además de enseñar al sujeto a controlar los ritmos de su cuerpo, pues gracias a la información que le aporta el individuo puede ser más consciente de su funcionamiento biológico y aprende a ejercer gradualmente un cierto control sobre sí mismo.

Dicha técnica ofrece datos de relación de auto-observación del paciente y el impacto que provocan los componentes psíquicos como el pensamiento hacia las reacciones fisiológicas, lo cual logra utilizarse como un parámetro para el cambio de estilos de pensamiento y afrontamiento. También permite hacer mediciones del proceso en tres tiempos, teniendo la oportunidad de verificar la eficiencia de su utilización, en el presente caso se puede considerar positivos los resultados, aunque cabe mencionar que podría ser necesario ampliar la muestra para poder de igual forma medir la validez de los mismos.

Este tipo de reportes de caso pueden ser predecesores de otros donde se pueda tener mayor control de las variables e incluso realizar análisis estadístico de las mismas, para tener mayores sustentos científicos.

Finalmente, considero importante contar con instituciones profesionales, como lo es el Centro de Servicios Psicológicos, ya que brindan la oportunidad de recibir a personas que lo requieran atención oportuna y profesional, además de que brinda la oportunidad de evaluar el servicio ofrecido, para así poder tener la pauta del beneficio o inconformidad percibido por parte del paciente.

# Referencias

Abramowitz, J. (2007) *Trastorno obsesivo- compulsivo*. México: Manual moderno.

Alberdi, J; Taboada, O; Castro, C; Vázquez, C. (2006) *Depresión*. España.

Recuperado el 08 de febrero de 2015 en:

<http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>

Albert, C. (2001). *Psicopatología del trastorno obsesivo compulsivo*. Universidad

de Córdoba. Facultad de medicina. Recuperado el 29 de enero de 2015 en:

<http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/253/13079244.pdf?sequence=1>

Alcazar, R. (2013). Los tratamientos farmacológicos en el trastorno obsesivo – compulsivo en niños y adolescentes: una revisión cualitativa. Universidad de Murcia , España. *Actas Esp. Psiquiatría* 2013; 41(3) 196-203.

Arenas, A; Puigcerver, A. (2009) *Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica*. Universidad de

Valencia. España. Recuperado el 08 de febrero de 2015 en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v3n1/art03.pdf>

Avila, A. (1986). Una contribución a la evaluación de obsesiones-compulsiones: una revisión del inventario de obsesiones de Leytom y el inventario Obsesivo Compulsivo de Maudlsey. *Psiquis*, VI, 66-74.

Bados, A. (2005) *Trastorno de ansiedad generalizada*. Barcelona. Recuperado el 08 de febrero de 2015 en :

[http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/H\\_Recursos/h\\_6\\_Psicol\\_Clinica/h.6.1.Materiales\\_divulgacion/2.5.Ansiedad\\_generalizada.pdf](http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/H_Recursos/h_6_Psicol_Clinica/h.6.1.Materiales_divulgacion/2.5.Ansiedad_generalizada.pdf)

Barragán, B; Parra, C; Contreras, M; Pulido, P.(2003) *Manejo de la ansiedad mediante la combinación de desensibilización sistemática con relajación muscular, relajación autógena y biorretroalimentación*. Fundación universitaria Konrad Lorenz. Colombia. Recuperado el 15 de febrero de 2015 en:  
<http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/97/82>

Behar R ; Barahona M; Iglesias B; Casanova D. (2008) *Trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo: Un estudio de prevalencia*. Chile. Recuperado el 05 de febrero de 2015 en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272008000100004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272008000100004&script=sci_arttext&tlng=pt)

Caballo, V (2008) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. (2000) *El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI*. Universidad de Granada. España. Recuperado el 13 de febrero de 2015 en :  
<file:///C:/Users/toshiba/Downloads/Caballo%20Tratamiento%20ansiedad.pdf>

Cárdenas, G; Muñoz, S; Oviedo, P( 2012) *Exposición virtual como herramienta para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo*. Revista II PSI. México

Casado, Y; Cobos, P, Godoy, A; Farias, A; Vila, J. (2011) *Procesamiento emocional en personas con sintomatología obsesivo-compulsiva*. España. Recuperado el 06 de febrero de 2015 en: [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com)

Castañeiras, C; Míguez, M; García. Fernández, H; Belloch, A; (2009). *Procesos de cambio en el trastorno obsesivo compulsivo: análisis cualitativo de a los resultados de un tratamiento cognitivo desde la experiencia subjetiva de los pacientes*. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. Argentina.

Recuperado el 14 de febrero de 2015 en :

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872009000100007&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872009000100007&script=sci_arttext)

Castel, B; Chamorro, L; Barbas, P. (2006) *Trastornos de ansiedad*. Barcelona.

Recuperado el 08 de febrero de 2015 en :

[http://www.imedicinas.com/pfw\\_files/cma/pdffiles/Chamorro/C02706068.pdf](http://www.imedicinas.com/pfw_files/cma/pdffiles/Chamorro/C02706068.pdf)

Castillo J; Corlay I (2011) *Comorbilidad entre esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo: ¿Dos entidades diferentes o un mismo espectro entre los dos trastornos?* México. Recuperado el 05 de febrero de 2015 en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000300013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000300013&script=sci_arttext)

Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad (2010) *Trastorno Obsesivo Compulsivo: Comorbilidad y Diagnóstico Diferencial*. Argentina. Recuperado el 06 de febrero de 2015 en: <http://es.slideshare.net/centroima/libro-toc>

Centro de Servicios Psicológicos

<http://132.248.25.194:8080/site/servcom/centros/index.htm>

<http://132.248.25.194:8080/site/servcom/centros/guillermodav.htm>

Da Silva, A; De Barros, M y Da Costa, R (2013) *Biofeedback no tratamento de transtornos relacionados ao estresse e à ansiedade: uma revisão crítica*.

Psico-USF. Brasil. Recuperado el 20 de abril de 2015 en :

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712013000100014&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000100014&lang=pt)

Dres. C. Mirabel-Sarron, L. Vra, C. Monier, O. Kuraica, J.-D. Guelfi. (2004) *Comorbilidad en el trastorno obsesivo-compulsivo*. Francia. Centre hospitalier Sainte-Anne, clinique des maladies mentales et de l'encéphale, rue de la Santé Paris. Recuperado el 05 de febrero de 2015 en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=27801>

Finaly, C. (2006) *Factores psicosociales de la depresión*. Hospital Militar Central. Cuba. Recuperado el 07 de febrero de 2015 en : [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572006000300009&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572006000300009&script=sci_arttext)

Gonzales de la Rivera, J. (1993) *Psicopatología y psicodinámica de los trastornos obsesivo-compulsivos*. Psiquis. Barcelona. Recuperado el 29 de febrero de 2015 en: [http://www.psicoter.es/pdf/93\\_A123\\_09.pdf](http://www.psicoter.es/pdf/93_A123_09.pdf)

*Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM' V* (2004)

Halgin, R; Krauss, S (2009). *Psicología de la anormalidad, perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. México: Mc Graw Hill. Educación.

Hernández, G; Orellana, V; Kimelman, G; Núñez, M;Ibáñez, C. (2005). *Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna*. Revista médica de Chile. Recuperado en 08 de febrero de 2015, en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005000800005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005000800005&script=sci_arttext)

Hymman, B., Pedrick C (2003). *Guía práctica del TOC, pautas para su liberación*. España: Desclee De Brouwer.

Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente. (2014) *Apéndice de servicios clínicos, informe anual*.

Lóyzaga, C; Nicolini, H. (2000) *Tratamiento farmacológico del TOC*. Salud Mental V. 23. México. Recuperado el 20 de abril de 2015 en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2000/sam006f.pdf>

Llorente, J; Castillo, I. (2008). *Trastornos adictivos*. Elsevier España. Recuperado el 14 de febrero de 2015 en:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097308763748>

Labrador, F. y Vallejo, M. (2002). *Técnicas de biofeedback. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

Marín, H Y Vinaccia, S (2005) *BIOFEEDBACK: de las técnicas de modificación de conducta, aplicada a los problemas mentales, a las técnicas de intervención de los problemas físicos*. Informes psicológicos, No. 7. Colombia.  
Recuperado el 20 de abril de 2015 en:  
[http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2\\_UPB\\_MEDELLIN/PGV2\\_M030\\_PREGRADOS/PGV2\\_M030040020\\_PSICOLOGIA/PGV2\\_M03004020110\\_REVISTA/PGV2\\_M030040020110010\\_REVISTA7/ARTICULO%20N7A06.PDF](http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M030_PREGRADOS/PGV2_M030040020_PSICOLOGIA/PGV2_M03004020110_REVISTA/PGV2_M030040020110010_REVISTA7/ARTICULO%20N7A06.PDF)

Martínez, A; Piqueras, J. (2010) *Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en trastornos afectivos y de ansiedad mediante neuroimagen funcional*. Revista de neurología. España. Recuperado el 15 de febrero de 2015 en:  
<http://www.neurologia.com/pdf/Web/5003/bd030167.pdf>

Medina, E; Borges, G; Muñoz, C; Benjet, C; Blanco, J; Fleiz, C; Villatoro, J; Rojas, E; Zambrano, J; Casanova, L; Aguilar, (2003) *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de*

*epidemiología psiquiátrica en México*. México: Revista de Salud Mental, vol. 26.

Meichenbaum, D. (1987) *Manual de inoculación de estrés*. Universidad de Waterloo. Barcelona. Recuperado el 27 de febrero de 2015 en: <http://www.imd.inder.cu/adjuntos/article/480/Manual%20de%20inoculacion%20de%20estres.pdf>

OMS (2011) *Guía de Intervención MHGAP, para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*.

Perpiña, A; García, L; Salí C. y Lluçia B. (2003), *Aspectos neuropsicológicos del trastorno Obsesivo Compulsivo*.

Puchol, D. (2003). *Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI*. Revista Psicológica científica

Revista de salud mental Vol. 26, no. 4. (2003) *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica en México*. Recuperado el 18 de febrero de 2015 en: [www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

(Robert, et. Al; Noviembre 2004)

Royal College of Psychiatrist, (2009). *La terapia cognitivo-conductual*. Londres. Recuperado el 15 de febrero de 2015 en: <http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>

Ruiz, J; Imbernon, J. (1996) *Como afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva*. Psicología online. España. Recuperado el 27 de febrero de 2015 en:  
[http://www.psicologiaonline.com/ESMUbeda/Libros/Sentirse\\_Mejor/sentirse5c.htm#estres](http://www.psicologiaonline.com/ESMUbeda/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse5c.htm#estres)

Salorio, P. (Sin fecha) *Tratamientos psicológicos (III). Terapia de conducta*. Madrid. Recuperado el 15 de febrero de 2015 en :  
[http://www.psiquiatria.com/tratado/cap\\_44.pdf](http://www.psiquiatria.com/tratado/cap_44.pdf)

Sanz, M. (2001) *Características clínicas de los trastornos de ansiedad*. Universidad Complutense. Madrid. Recuperado el 08 de febrero de 2015 en :  
<http://www.pap.es/files/1116-159-pdf/163.pdf>

Soomro GM, Altman D, Rajagopal S, Oakley-Browen M. (2009) inhibidores selectivos de la recapturación de serotonina (ISRSs) versus placebo para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Biblioteca Cochrane Plus, 2008 numero 4. Australia. <http://www.bibliotecacochrane.com>

Tobal M; Cano, A. (2002). *Emoción y Clínica: Psicopatología de las emociones*. Madrid. Recuperado el 06 de febrero de 2015 en :  
[www.researchgate.net/...emociones.../09e4150199891822dd000000.pdf](http://www.researchgate.net/...emociones.../09e4150199891822dd000000.pdf)

Treviño, J; González, M. (2012) Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del estrés en alumnos mexicanos de bachillerato internacional. Universidad Autónoma de Nuevo León y Universidad Autónoma de Monterrey. México. Recuperado el 26 de febrero de 2015 en: <http://alternativas.me/14-numero-26-febrero-marzo-2012/19-3-estrategias-cognitivo-conductuales-para-el-manejo-del-estres-en-alumnos-mexicanos-de-bachillerato-internacional>

Vargas L; Palacios, L; González, G; Peña, F. (2008). *Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: una actualización. Primera parte.* Salud Ment vol.31 no.3 México. Recuperado el 29 de enero de 2015 en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000300002&script=sci_arttext)

Vecina M. (2006) *Emociones positivas.* Universidad complutense. Madrid. Recuperado el 07 de febrero de 2015 en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=64802>

Veytia M; González N; López A; Andrade P; Oudhof H. (2012) *Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. Salud mental. México.* Recuperado en 08 de febrero de 2015, de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000100006&script=sci_arttext)

Wolpe J., Bianco, F., & Galindo, E. (1979). *Práctica de la terapia de la conducta.* Trillas, México. 5ª ed.

Yaryura, J; Neziroglu, F. (2001) *Un viaje al interior del cerebro. El espectro obsesivo compulsivo.* Buenos Aires: Polemos.

Zepeda, F. (2003) *Introducción a la psicología, una visión científico humanista.* México: Pearson Educación.

# Anexos

## ANEXO 1.

### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

A continuación, vas a ver una lista común de ansiedad. Por favor lee atentamente cada ítem de la lista, e indica en qué medida consideras que te ha afectado cada síntoma durante la última semana, incluyendo el día de hoy.

Coloca una x en el espacio correspondiente de las columnas que hay al lado de cada síntoma.

	Nada	Poco	Bastante (fue muy molesto, pero lo soporté)	Mucho (apenas lo pude soportar)
1. Entumecimiento u hormigueo				
2. Sensación de calor o escalofríos				
3. Temblor en las piernas				
4. Incapacidad para relajarse				
5. Miedo a que ocurra lo peor				
6. Vértigo o mareo				
7. Palpitaciones o taquicardia				
8. Sensación de inestabilidad				
9. Terror				
10. Nervios				
11. Sensaciones de ahogo o atragantamiento				
12. Temblor de manos				
13. Miedo a perder el control o volverse loco				
14. Dificultades para respirar o asfixia				
15. Miedo a morir				
16. Pánico				
17. Náuseas o molestias abdominales				
18. Indigestión o molestias gástricas				
19. Sensación de desmayo				
20. Rubor en la cara				
21. Sudor (no debido al calor)				

## ANEXO 2.

### INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI)

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor como se ha sentido durante la última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar su elección.

1).

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2).

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6).

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7).

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8).

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto Que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
  - He perdido más de 2 kilos y medio.
  - He perdido más de 4 kilos.
  - He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI / NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ANEXO 3.

SATISFACCION DE USUARIOS

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
TERAPEUTA \_\_\_\_\_ PROGRAMA \_\_\_\_\_

Por favor ayúdenos a mejorar nuestra atención contestando algunas preguntas acerca de los servicios que ha recibido. Nos interesa conocer sus opiniones sinceras ya sean positivas o negativas. Por favor conteste todas las preguntas señalando con una x la respuesta elegida.

1.- señale como se siente en general desde el último encuentro con su terapeuta:

Mucho mejor    Algo mejor    Igual    Peor

2.- ¿Le han ayudado los servicios que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas?

Mucho    Bastante    Poco    No

3.- Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería a este centro?

Si    Probablemente si    Probablemente no    No

4.- ¿Si un/a amigo/a necesitara una ayuda similar ¿le recomendaría nuestro servicio?

Si    Probablemente si    Probablemente no    No

5.- ¿Cómo considera el servicio que se le brindo en la ventanilla de recepción?

Muy bueno    Bueno    Malo    Muy malo

Comentarios adicionales \_\_\_\_\_

Para ser llenado por el responsable de control

Marque con una x el intervalo de satisfacción manifestado por el usuario.

INSATISFECHO (5 A 10)	REGULARMENTE SATISFECHO (11 A 14)	SATISFECHO (15 A 17)	MUY SATISFECHO (18 A 20)
--------------------------	---	-------------------------	--------------------------------

## ANEXO 4.

### INDICE DE SINTOMAS DEL PERFIL DE ESTRÉS (ISPE)

Indique por favor marcando con un circulo que tan frecuente ha tenido cada uno de los síntomas enlistados durante el último mes.

Muy importante: no incluya síntomas causados por enfermedades orgánicas (físicas) o por los medicamentos que esté utilizando.

No. De reactivo	REACTIVO	NUNCA	UNA VEZ	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUCHO TIEMPO SIEMPRE
1	MANOS O PIES FRIOS	0	1	2	3	4
2	MUSCULOS RIGIDOS-SUDOROSOS	0	1	2	3	4
3	DOLOR DE CABEZA	0	1	2	3	4
4	DOLOR DE ESPALDA	0	1	2	3	4
5	DOLOR DE PECHO	0	1	2	3	4
6	DOLOR DE ESTOMAGO	0	1	2	3	4
7	DOLOR DE QUIJADA	0	1	2	3	4
8	OTROS DOLORES APARTE DE 3 O 7 (NO INCLUIR DOLOR MENSTRUAL)	0	1	2	3	4
9	DIFICULTADES PARA DORMIR	0	1	2	3	4
10	MAREOS	0	1	2	3	4
11	DIARREA	0	1	2	3	4
12	FATIGA FISICA	0	1	2	3	4
13	SUDORACION EXCESIVA	0	1	2	3	4
14	LATIDOS ACELERADOS	0	1	2	3	4
15	INHALACION REDUCIDA	0	1	2	3	4
16	COMEZON EN LOS OJOS	0	1	2	3	4
17	ATAQUES DE ASMA	0	1	2	3	4
18	REACCION ALERGICA (NO INCLUIR ALERGIAS A MEDICAMENTOS)	0	1	2	3	4
19	CONSTIPACION	0	1	2	3	4
20	BOCA SECA	0	1	2	3	4
21	NAUSEAS O VOMITO	0	1	2	3	4
22	DIENTES APRETADOS (BROUXISMO)	0	1	2	3	4
23	APETITO REDUCIDO	0	1	2	3	4
24	PROBLEMAS SEXUALES	0	1	2	3	4
25	INQUIETUD (DIFICULTAD PARA LOGRAR QUIETUD SENTADO O DE PIE)	0	1	2	3	4
26	RONCHAS EN LA PIEL SIN EXPLICACION (EN CASO DE NO HABER INCLUIDO EN LAS REACCIONES ALERGICAS)	0	1	2	3	4
27	MANOS TEMBLOROSAS	0	1	2	3	4
28	VISION BORROSA	0	1	2	3	4
29	PIERNAS DEBILES O FLOJAS	0	1	2	3	4
30	SOBRESALTOS	0	1	2	3	4
31	ENROJECIMIENTO DE LA CARA	0	1	2	3	4
32	PROBLEMAS PARA TRAGAR	0	1	2	3	4

## ANEXO 5.

### INSTRUMENTO WHO-QOL-BREVE, VERSION ESPAÑOL

Traducción y adaptación: González-Celis, & Sánchez-Sosa, 2001

Nombre: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES:

Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, por favor seleccione sólo una, la que le parezca más apropiada. Ésta es con frecuencia, la primer respuesta que dé a la pregunta.

Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en las últimas dos semanas. Por ejemplo pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacerse sería:

PREGUNTA	No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Recibe usted la clase de apoyos que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted deberá poner un círculo en la respuesta que mejor corresponda de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con un círculo en número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo solo un número, de la opción de respuesta que mejor le describa.

#### Ahora puede comenzar:

	PREGUNTA	Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni buena	Buena	Muy buena
1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Qué tan satisfecho esta con su salud?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON HACERCA DE QUE TAN COMPLETAMENTE HA EXPERIMENTADO, O HA TENIDO USTED OPORTUNIDAD DE LLEVAR A CABO CIERTAS COSAS EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS.						
	PREGUNTA	Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible esta la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS LE PIDEN CONTESTAR QUE TAN BIEN O SATISFECHO SE HA SENTIDO USTED ACERCA DE VARIOS ASPECTOS DE SU VIDA DURANTE LAS ULTIMAS DOS SEMANAS.						
	PREGUNTA	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Qué tan satisfecho esta con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
18	¿Está satisfecho con su capacidad de trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho esta con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho esta con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con al apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho esta con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho esta con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho esta con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5
LA SIGUIENTE PREGUNTA SE REFIERE A CON QUE FRECUENCIA USTED A SENTIDO O EXPERIMENTADO EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
16	¿Con que frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como la tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

FACTOR	PUNTUACION	PORCENTAJE
Factor físico		
Factor Psicológico		
Factor Rel. Sociales		
Factor ambiente		

## ANEXO 6.

Expediente\_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de iniciar el proceso de admisión para recibir terapia en este centro es importante que lea y este de acuerdo con los siguientes puntos.

1. El proceso de admisión consta de 3 pasos (1.- pre consulta, 2.- historia clínica y 3.- evaluación), que se lleva a cabo en diferentes días y horarios establecidos cada uno de ellos por este centro.
2. Si usted no concluye el proceso de admisión (1.- pre consulta, 2.- historia clínica y 3.- evaluación), su solicitud causara baja.
3. Si después de la baja usted desea aún recibir el servicio durante los próximos seis meses deberá solicitar su reingreso, siendo atendido de acuerdo a la disponibilidad del Centro. Si lleva usted más de seis meses de haber dado de baja, deberá iniciar el proceso de admisión solicitando una cita de primera vez en las fechas programadas para este fin.
4. Es necesario que usted sea puntual y asista a todas sus sesiones. Si no puede asistir a alguna, favor de cancelar su cita con 24 horas de anticipación, de lo contrario cubrirá la cuota de la sesión que no haya asistido (el teléfono del Centro es 56 22 23 09). Es importante que tome en cuenta que tres asistencias sin avisar, o tres inasistencias seguidas puede ocasionar la cancelación del servicio, sin posibilidad de reingreso inmediato.
5. Los datos personales que proporcione serán de carácter confidencial. Su nombre, así como alguna otra información que pueda identificarlo quedara bajo resguardo del Centro de Servicios Psicológicos.
6. Al concluir el proceso de admisión, su expediente puede ser asignado al área de prevención o de tratamiento, en esta última puede ser en la modalidad de grupo o individual. En el caso de corresponder a terapia individual, esta puede ser presencial o ciberterapia (Psicoterapia a distancia o realidad virtual)
7. El personal del centro se comunicara vía telefónica con usted para informarle del día y la hora en que iniciara tratamiento. Esta llamada puede realizarse entre dos y tres semanas después de concluir el proceso de admisión.
8. Los horarios de asignación para los diferentes servicios terapéuticos se asignan de acuerdo a los horarios de los psicólogos en formación, así como los espacios físicos disponibles en el centro.
9. **UNA VEZ ASIGNADO SU HORARIO DE TRATAMIENTO NO ES POSIBLE HACER AJUSTES O CAMBIOS**, ya que esta alternativa de servicio es la opción que el Centro puede ofrecer.
10. Una vez asignado el servicio correspondiente con el terapeuta responsable, es a criterio de este la frecuencia y el número total de sesiones que usted deberá asistir.

11. Dado que este Centro es una institución de formación en educación superior y posgrado, es importante considerar lo siguiente:
  - a) La duración de los servicios corresponden a la modalidad de terapia breve (no más de 20 sesiones).
  - b) En algunas ocasiones las sesiones de terapia pueden ser observadas de forma diferida y grabadas en audio y/o video con fines educativos e investigación.
  - c) Las actividades del Centro de servicios Psicológicos forman parte de las funciones de enseñanza e investigación propias de la UNAM y los datos obtenidos en las terapias, pueden llegar a ser mencionados en foros profesionales o revistas científicas. No obstante, como se señala en el punto anterior, los datos personales son de carácter profesional.
12. Durante el tratamiento se puede rehusar a contestar cualquier pregunta o negarse a participar en procedimientos específicos que le soliciten o incluso dejar la terapia. Sin embargo, es importante que considere que la información recopilada favorece su tratamiento.
13. El personal del Centro NO está autorizado para ofrecerle ningún tipo de apoyo psicológico fuera de nuestras instalaciones y bajo ninguna circunstancia recibe algún pago directo del usuario por los que el servicio ofrece.
14. Los pagos de los servicios psicológicos recibidos en este Centro se realizan en la caja de la Facultad de Psicología, por lo que el usuario deberá presentar su recibo de pago y carnet de citas para el registro de dicha cuota.
15. Usted podrá evaluar la atención recibida por medio de "cuestionario de satisfacción" dirigidas a la jefatura del mismo una vez terminado su proceso de admisión y al término de su tratamiento. El usuario puede hacer uso del buzón de sugerencias en cualquier momento.
16. Es probable que después de la terminación de la terapia alguna persona integrante del Centro se comunique con usted. Esto tiene como propósito hacer seguimiento de la misma.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

TERAPEUTA RESPONSABLE DE ADMISION: \_\_\_\_\_

TERAPEUTA RESPONSABLE DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

ANEXO 7.

NORMAS FISIOLÓGICAS EN HOMBRES Y MUJERES SANAS

NORMAS PSICOFISIOLÓGICAS PARA HOMBRES Y MUJERES SANOS

LÍNEA BASE RELAJACION	EMG FRONTALIS (uV)	CONDUCTANCIA PIEL (uMho)	TEMPERATURA DEDOS (°F)	PRESION SISTÓLICA (mmHg)	PRESION DIASTOLICA (mmHg)	TASA CARDIACA (Bpm)
MUJERES	3.07 (1.76)	1.91 (1.60)	82.7 (8.38)	110.3 (8.8)	61.4 (6.9)	64.4 (1.8)
HOMBRES	2.25 (1.12)	3.27 (2.78)	84.4 (7.76)	119.1 (17.5)	67.1 (9.6)	61.0 (1.6)
SIGNIFICANCIA	p=.009	p=.009	NS	p=.007	p=.003	NS

AMPLITUD DE RESPUESTA AL ESTRES	EMG FRONTALIS (uV)	CONDUCTANCIA PIEL (uMho)	TEMPERATURA DEDOS (°F)	PRESION SISTÓLICA (mmHg)	PRESION DIASTOLICA (mmHg)	TASA CARDIACA (Bpm)
MUJERES	4.23 (4.46)	2.28	-1.18 (3.21)	4.3 (5.3)	3.4 (4.28)	4.8 (1.69)
HOMBRES	3.21 (4.44)	2.89	-2.43 (2.18)	6.3 (15.8)	4.7 (5.6)	4.2 (0.89)
SIGNIFICANCIA	NS	NS	NS(p<.03)	NS	NS	NS

GRADIENTE DE RECUPERACION	EMG FRONTALIS (uV)	CONDUCTANCIA PIEL (uMho)	TEMPERATURA DEDOS (°F)	PRESION SISTÓLICA (mmHg)	PRESION DIASTOLICA (mmHg)	TASA CARDIACA (Bpm)
MUJERES	-0.07 (0.9)	0.69 (0.99)	-0.44 (2.80)	0.75 (4.35)	4.2 (1.5)	4.8 (1.69)
HOMBRES	0.03 (1.0)	1.48 (2.06)	-1.44 (2.84)	3.83 (15.7)	4.2 (0.7)	4.2 (0.8)
SIGNIFICANCIA	NS	NS	p<.01	NS	NS	NS

DATOS RECOPIADOS POR EL DR. OLAFUR PALSSON DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE EASTERN VA CLINICA DE BEHAVIORAL MEDICINE OCT. 16; 1998.

## ANEXO 8.

### INVENTARIO MAUDSLEY DE OBSESION-COMPULSION (MOCI)

Hodgson y Rachman. Adaptación española: Ávila, A. (1986)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES:

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

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

ANEXO 9.

ENTREVISTA INICIAL DEL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS  
"DR. GUILLERMO DAVILA"

Coordinación de los Centros de Servicios a la comunidad universitaria y al sector social de la  
Facultad de Psicología, UNAM

Fecha. Expediente No.

Nombre del paciente:

Edad: Sexo:

Teléfonos:

Correo electrónico:

EXPLORACION DE LA PROBLEMÁTICA:  
MOTIVI MANIFIESTO DE CONSULTA:

---

---

TIEMPO DE INICIO DE LOS SINTOMAS:

---

---

ACONTECIMIENTOS QUE AGUDIZAN LOS SINTOMAS:

---

---

FAMILIOGRAMA (incluir grupo de convivencia familiar):

DINAMICA FAMILIAR:

---

---

EXPORACION GENERAL:  
ASPECTOS INTELECTUALES:

---

---

ASPECTOS EMOCIONALES:

---

---

PRINCIPALES CONFLICTOS:

---

---

AREAS LIBRE DE CONFLICTOS:

---

---

OTROS DATOS RELEVANTES:

---

---

HIPOTESIS DIAGNOSTICAS:

---

---

RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES:

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK \_\_\_\_\_

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK \_\_\_\_\_

CALIDAD DE VIDA (WHO-QOL) \_\_\_\_\_

SUGERENCIAS TERAPEUTICAS:

---

---

EVALUACION COMPLEMENTARIA QUE SE SUGIERE:

ENTREVISTADOR (NOMBRE Y FIRMA): \_\_\_\_\_

PROGRAMA AL QUE PERTENECE: \_\_\_\_\_

SUPERVISOR /A (NOMBRE Y FIRMA): \_\_\_\_\_