TRASTORNOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

OMAR AMADOR SÁNCHEZ

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SECCIONAL MEDELLÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
MEDELLIN
2014

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

OMAR AMADOR SÁNCHEZ

Tesis presentada para optar al título de Magíster en Psicología

Asesor

Antonio José Villa Londoño, Ph.D. en Psicología

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SECCIONAL MEDELLÍN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

MEDELLIN

2014

Tabla de contenido

1. La propuesta de investigación 5

2. Información general de la propuesta 6

3. Resumen de la propuesta 7

4. Descripción de la propuesta 8

4.1. Planteamiento de la pregunta o problema de investigación y su justificación en términos de necesidades y pertinencia 8

5. Marco teórico y estado del arte 16

5.1. Trastornos de ansiedad 16

5.1.1. Triple sistema de respuesta 17

5.1.2. Sesgos cognitivos y ansiedad 18

5.1.3. Clasificación 19

5.1.4. Estrategias de afrontamiento en el TOC 26

5.1.5. Epidemiología del TOC 28

5.1.6. Creencias disfuncionales del TOC 35

5.1.7. Relación entre el trastorno obsesivo compulsivo y el estado de ánimo 39

5.1.8. Diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo 42

5.1.9. Subtipos, variantes y modalidades del TOC 44

5.1.10. Comorbilidad 45

5.2. Trastornos de la personalidad 46

5.2.1. Procesamiento de la información y personalidad 47

5.2.2. Perfil cognitivo de los trastornos de la personalidad 49

5.2.4. Asociación trastorno de personalidad obsesivo compulsivo con el trastorno obsesivo compulsivo 61

6. Objetivos e hipótesis 64

7. Diseño metodológico: casos y controles 66

7.1. Población y muestra 68

7.2. Instrumentos 68
7.3. Procedimiento 72
7.4. Plan de análisis 72
7.5. Variables 73

8. Resultados 74

9. Discusión 81

10. Conclusiones 86

11. Referencias 88

Anexos 97

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA
Calidad Humana y Profesional

FORMATO DE PRESENTACIÓN PROPUESTAS NUEVAS DE INVESTIGACIÓN

1. La propuesta de investigación

La Universidad de San Buenaventura en su convicción de apoyo a la investigación a través de nuevas propuestas en los diversos campos del saber, se ciñe a los principios de equidad e imparcialidad, haciendo recaer la decisión final de aprobación de las mismas, en criterios técnicos y en el cumplimiento de requisitos de calidad, pertinencia, coherencia, innovación, viabilidad, visibilidad y aplicabilidad; propuestas que han de estar debidamente justificadas acorde con el Plan Estratégico de Desarrollo de la Seccional y en los Planes de Desarrollo a nivel local, regional o nacional, en aspectos y líneas concretas.

2. Información general de la propuesta

Título de la Propuesta: **Trastornos de personalidad asociados a trastorno obsesivo-compulsivo**

Investigador Principal: Omar Amador Sánchez
Coinvestigador: Antonio José Villa Londoño
Nombre del Grupo de Investigación: Estudios Clínicos y Sociales en Psicología
Línea de Investigación: Perfiles Cognitivos y Psicopatología

Facultad: Psicología
Área de Conocimiento de la Facultad: Clínica y de la Salud

Lugar de Ejecución del Proyecto:
Ciudad: Medellín Departamento: Antioquia

Duración del Proyecto (en meses): 24

Tipo de Proyecto:
Investigación Básica: Investigación Aplicada: Desarrollo Tecnológico o Experimental:

Financiación Solicitada:
Valor solicitado a la Universidad (%):
Valor aportado por el Coofinanciador (%):
Valor total del Proyecto:

Descriptores / Palabras Claves: Trastorno de la Personalidad, creencias, obsesión, compulsión, trastorno obsesivo Compulsivo

Fecha de Entrega del Proyecto:

Nombres completos, direcciones electrónicas e instituciones de 3 investigadores expertos en el tema de su propuesta y que eventualmente pudieren evaluar proyectos en esta temática.

Nombre y Apellidos	Teléfono	Dirección Electrónica

3. Resumen de la propuesta

La asociación de los trastornos de la personalidad y el trastorno obsesivo compulsivo se ha estudiado de forma más sistemática desde el establecimiento de un eje independiente para la enfermedad desde el DSM-III (American Psychiatric Association, 1987). Estudios recientes han demostrado que la mayoría de las personas con trastorno obsesivo compulsivo cumplen los criterios para al menos un tipo de comorbilidad con trastornos de personalidad (sin hacer énfasis propiamente dicho en las creencias que hacen parte del perfil cognitivos de dichos trastornos), por lo general de la agrupación ansiosa, aunque la mayoría con diagnóstico de tipo mixto, puede hacer referencia a posibles asociaciones con otros trastornos de personalidad pertenecientes a agrupaciones depresivas (AuBuchon & Malatesta, 1994).

Con base en la revisión presentada sobre los antecedentes, hasta el momento las investigaciones no han sido lo suficientemente claras a la hora de especificar a qué tipo de relación se refieren arrojando así resultados contradictorios, además de esto, la mayoría de las investigaciones referenciadas, encuentran una asociación entre trastornos de personalidad y el trastorno obsesivo compulsivo, aunque sin especificar tal relación. Por otro lado, los estudios no refieren relación entre creencias de trastornos del eje I y creencias de trastornos del eje II, puntualmente, trastornos de la personalidad, junto con la magnitud de dicha relación, lo cual motiva a plantearse como pregunta de investigación ¿existe relación entre las creencias de los trastornos de la personalidad y el trastorno obsesivo compulsivo? A la vez que vale la pena continuar esta línea de investigación controlando diferentes aspectos tales como el tipo de instrumentos (cuestionarios y entrevistas), los grupos de comparación (casos y controles) y el número de participantes que pueden servir de base para la aplicación de instrumentos.

4. Descripción de la propuesta

4.1. Planteamiento de la pregunta o problema de investigación y su justificación en términos de necesidades y pertinencia

Las investigaciones epidemiológicas y clínicas demuestran que los denominados trastornos de ansiedad representan el problema mental mas frecuente entre todos los trastornos psiquiátricos. La ansiedad constituye un elemento central en la psicopatología y es un componente presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos (Barlow & Durand, 2001). En Colombia, según información registrada en el último Estudio Nacional de Salud Mental se evidenció que los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales. El 19,3% de la población entre los 18 a 65 años de edad reportó haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad, siendo más frecuente entre las mujeres (21,8%). Comparando las cinco regiones en las que se dividió el territorio nacional para la aplicación de la encuesta, se encontró que la Región Pacífica y Bogotá D.C. son las que presentan la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad alguna vez en la vida con 22% y 21,7% respectivamente. La Región Atlántica presenta la menor prevalencia con un 14,9% (Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2005).

Tradicionalmente se pensaba que el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) era un trastorno bastante raro, las tasas de prevalencia que ofrecían los estudios llevados a cabo con anterioridad a 1970 no superaban el 0,1 por 100 (Marks, 1987). Sin embargo, esta idea ha cambiado a partir de la realización de una serie de estudios epidemiológicos (Myers et al., 1984) que indican que la prevalencia media del trastorno en un período de seis meses era de 1,2 en varones y de 1,8 en mujeres, sin que se observaran relaciones con la edad. De acuerdo al primer estudio de salud mental en Medellín realizado entre el 2011 y el 2012, la prevalencia de punto del TOC durante los últimos 30 días es de 0,74%. Al analizar los resultados por género se encontró una prevalencia de 1,15% para las mujeres. Para el total de la población la prevalencia anual fue de 4,65% con IC de 95% entre (3,1 y 6,2); para el sexo femenino fue de 5,68% y para el masculino 2,75% respectivamente. En cuanto al comportamiento según edad, los indicadores para los cuatro grupos de edad, de los tres indicadores estudiados (prevalencia de vida,

prevalencia anual y en los últimos 30 días) se presenta tendencia positiva en los tres primeros grupos de edad y al llegar al grupo de 45 a 65 años se presenta una disminución. Finalmente, según lugar de residencia en la ciudad de Medellín - Colombia, la comuna de mayor prevalencia anual con el trastorno obsesivo compulsivo fue Manrique al igual que el corregimiento de Altavista (Torres et al., 2012).

En la práctica clínica se observan grandes diferencias entre los pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo en sus manifestaciones sintomáticas. Estas diferencias se detectan tanto en la forma como en el contenido de los síntomas, así como en los diferentes patrones de respuesta al tratamiento que no parecen ser explicables apelando únicamente a factores como la comorbilidad, creencias sobre los síntomas, la duración del trastorno o aspectos de tipo demográfico. Es así mismo relativamente frecuente observar la coexistencia, en un mismo paciente, de modalidades y/o contenidos muy distintos de obsesiones y compulsiones, o incluso la transición de unas a otras a lo largo del curso evolutivo del trastorno, que a su vez conducen a la elaboración de ciertos fenotipos (subtipos) que se han propuesto como parte de una taxonomía propia del trastorno obsesivo compulsivo (Belloch, Cabedo, & Carrió, 2011).

No obstante, el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) plantea posibles similitudes del TOC con una serie de trastornos. Por ejemplo, si algunas actividades se realizan excesivamente pueden tener la apariencia de conductas compulsivas (comer en exceso o la urgente y firme determinación de perder peso, el abuso de alcohol, o el juego patológico). Sin embargo, estos problemas se diferencian de las compulsiones verdaderas porque la persona tiene placer cuando las realiza y suele querer resistirse a las mismas solamente por sus efectos secundarios

Al hacer referencia a los trastornos de personalidad (TP) estos corresponden a un patrón inflexible y permanente de conducta y de experiencia interna que se evidencia en diferentes áreas como la cognición, la afectividad, el desenvolvimiento interpersonal y el control de impulsos (American Psychiatric Association, 2000). Se identifican básicamente por ciertas características como son su naturaleza inflexible y lo profundamente enraizados. Evidencian comportamientos desadaptativos, especialmente en el ámbito interpersonal, son relativamente estables a lo largo del tiempo, deterioran de forma significativa la capacidad del individuo para funcionar y producen malestar en el entorno de la persona (Caballo, 2004). Por estos motivos, y por la

dificultad de su abordaje, los profesionales de la salud mental se refieren a ellos, como el gran reto del siglo XXI (Gabbard et al., 2006; Gunderson, Links, & Reich, 1991) a esto se debe añadir los pobres resultados farmacológicos y la gran tasa de abandono de tratamiento de las personas con esta patología (Fernández & Pérez, 2001).

En el tema de la comorbilidad entre trastornos de personalidad, que se ve mucho más fomentada por el DSM-IV que por el CIE-10, tiende a favorecer un diagnóstico único (Gili, Ferrer, Roca, & Bernardo, 2000). Estudios como los de Dolan, Evans y Norton (1995), afirman que un diagnóstico de varios trastornos de la personalidad tiene implicaciones graves de cara a la investigación, ya que el número de diagnósticos por sujeto revela la gravedad de la alteración en dicho sujeto; y, por otro lado, complica la interpretación de los resultados hallados.

La Psicopatología de la personalidad tiene implicaciones para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los trastornos mentales asociados. Sin embargo, los mecanismos de interacción entre los trastornos pertenecientes al eje I y II, según clasificación DSM-TR- (American Psychiatric Association, 2000) corresponde a un área compleja y difícil de estudiar. Existen grandes desafíos en la medición de los trastornos de personalidad; tanto las entrevistas como los inventarios de autoinformes han demostrado ser susceptibles a una información excesiva de patología de la personalidad en la presencia de la enfermedad mental (Lewis & Pelosi, 1990). Además, a menudo es difícil distinguir los síntomas del Eje I de los síntomas del Eje II, sobre todo en trastornos crónicos de inicio temprano, como el trastorno obsesivo compulsivo y lo subtipos del mismo, con relación a los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (Tyrer, Casey, & Gall, 1983).

El trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad covaría con algunos tipos de personalidad a un nivel modesto. Como señalan Tallis, Rosen y Shafran (1996), el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad nuclear es comórbido con la personalidad dependiente y la personalidad esquizoide. Cada una de estas personalidades comparte con el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad el estilo pasivo de acomodación al entorno, mostrando mínimas intrusiones o intervenciones por su parte. Sin embargo, esta constelación pasiva no se observa cuando el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad covaría con los trastornos paranoide y negativista de la personalidad. En estas últimas comorbilidades se observa mucha más

irritabilidad y obstinación, características de determinados subtipos de la personalidad obsesiva compulsiva.

Hay que señalar que en general el patrón de la personalidad obsesiva compulsiva tiende a ser limitado cuando se compara con otros trastornos de la personalidad; la frecuencia de la comorbilidad es quizá la más baja entre las clasificaciones del Eje II, contrario a lo que se refiere a comorbilidad con trastornos del eje I, clasificación DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Es muy probable que las personalidades obsesivo - compulsivas presenten trastornos obsesivos-compulsivos a un nivel ligeramente superior que los demás patrones de la personalidad (American Psychiatric Association, 2000), aunque algunos teóricos sostienen que los síntomas obsesivo-compulsivos no son tanto un problema de afrontamiento "trastornado" como de estrategias profundamente arraigadas que se han aprendido para contener los impulsos socialmente prohibidos (Diaferia et al., 1997). A través de las formaciones reactivas generalizadas, los compulsivos pueden controlar sus tendencias contrarias, además de manifestar una fachada socialmente atractiva de conformidad y convencionalismo.

La asociación del trastorno obsesivo compulsivo, los subtipos del mismo y los trastornos de personalidad se ha estudiado de forma más sistemática desde el establecimiento de un eje independiente para la enfermedad desde el DSM-III (American Psychiatric Association, 1987). Estudios recientes han demostrado que la mayoría de las personas con trastorno obsesivo compulsivo cumplen los criterios para al menos un tipo de comorbilidad con trastornos de personalidad, por lo general de la agrupación ansiosa, aunque la mayoría con diagnóstico de tipo mixto, empleando evaluaciones estructuradas (AuBuchon & Malatesta, 1994).

Diferentes estudios (Tyrer & Simmonds, 2003) refieren que algunos rasgos de personalidad disfuncional aparente pueden ser secundarios a los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo, que desaparece con un tratamiento exitoso, y que la superposición entre los diferentes tipos de personalidad (a veces denominado co-ocurrencia del Eje II) es un hallazgo constante, lo que refleja los problemas adicionales con el esquema actual de clasificación de los trastornos de personalidad desde el DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Entre las personas con trastorno obsesivo compulsivo, la prevalencia de las distintas categorías de personalidad parece variar entre los sexos. Los hombres por ejemplo, con este trastorno, son más

propensos a cumplir con los criterios de diagnóstico para antisocial, esquizotípico o trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad (Thomsen & Mikkelsen, 1993), mientras que el trastorno límite de la personalidad y el trastorno de personalidad por dependencia parecen ser más frecuentes entre las mujeres.

A pesar de que con frecuencia los trastornos de personalidad han sido asociados al trastorno obsesivo-compulsivo, los estudios sobre la prevalencia y comorbilidad del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo y el trastorno obsesivo compulsivo, que abundan en la literatura, han sido sin sustento empírico (Hollander et al., 1994; Tallis, 1995) realizaron una revisión en la que recogen los principales hallazgos y los clasificaron según el método de evaluación utilizado: tests versus entrevistas. Con respecto a los primeros se cita a Joffee, Swinson y Regan (1988), quienes utilizando el MCMI (Millon, 1998) encontraron que el 83% de 23 pacientes con trastorno obsesivo compulsivo tenían trastornos de personalidad. Los más frecuentes fueron pasivo-agresivo (61%), evitación (56%), dependencia (56%) y límite (39%). Sólo un paciente (4%) fue diagnosticado con trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.

En línea con investigaciones previas (Diaferia et al., 1997) se han encontrado relaciones bastante inespecíficas entre los trastornos de personalidad y el trastorno obsesivo compulsivo del Eje I de la clasificación de la American Psychiatric Association (2000), en la población general. Por otro lado, los sujetos con trastorno obsesivo compulsivo han puntuado significativamente más que los sujetos de la población general en las escalas de trastornos de la personalidad esquizoide, esquizotípica, compulsiva y por evitación, Grupos A y C, Clasificación DSM-IV-TR de la American Psychiatric Association (2000), destacando especialmente las escalas del grupo A de trastornos de la personalidad.

Han habido pocos estudios sobre la prevalencia de los trastornos de la personalidad en las muestras seleccionadas de los casos de trastorno obsesivo compulsivo (Kolada, Bland, & Newman, 1994). En algunos estudios sugieren que sólo el trastorno antisocial de la personalidad fue examinado, el cual sugiere que estos son necesarios debido a la presencia de co-ocurrencia de trastornos de personalidad, a la búsqueda de tratamientos alternos y a que los resultados de las muestras clínicas no se puedan generalizar. Así pues, aunque la mayoría de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo tienen al menos un trastorno de personalidad (Baer & Jenike, 1992), estudios correspondientes a esta misma relación con el trastorno obsesivo compulsivo de

la personalidad representa una minoría. En general, se encuentra una combinación de trastornos de personalidad entre los cuales se encuentran los trastornos de personalidad por evitación y dependencia quienes fueron los más comúnmente observados en los pacientes con TOC. Esto es, trastornos de personalidad del grupo C (ansiosos, temerosos) (Van Den Hout, Tenney, Huygens, & De Jong, 1997).

Por otro lado, Black, Yates, Noyes, Pfohl y Kelley (1989), al administrar el PDQ (Personality Diagnostic Questionnaire,) a 21 pacientes con TOC y 42 sujetos de la población general (grupo control) encontraron que un 33% de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo tenía al menos un trastorno de personalidad, mientras que en los sujetos del grupo control el porcentaje fue del 12%. Los trastornos de personalidad más frecuentes en el grupo de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo fueron histriónico, dependiente y límite, pero ningún paciente fue diagnosticado con trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.

Mavissakalian, Hamann y Jones (1990), aplicando el mismo instrumento (PDQ), encontraron que un 53% de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (n=43) recibieron al menos un diagnóstico de trastorno de personalidad. Los diagnósticos más frecuentes fueron: trastorno por evitación (30%), histriónico (26%), dependiente (19%) y esquizotípico (16%). Sólo un paciente fue diagnosticado de trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. Todo ello lleva a los autores a concluir que los datos obtenidos con estos instrumentos no apoyan una relación entre trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de personalidad (incluido el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad).

En cuanto a los estudios que utilizaron entrevistas específicas, en el de Baer et al. (1990) reportaron que utilizando la entrevista estructurada “Structured Interview for DSM-III Personality Disorders” (SIDP) encontraron que el 52% de los pacientes estudiados (96 sujetos con trastorno obsesivo compulsivo) tenían algún trastorno de personalidad. Concretamente los más frecuentemente diagnosticados fueron el trastorno histriónico de personalidad, dependiente y mixto. Sólo en el 6% de los pacientes se encontró trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. Los autores concluyen que hubo una escasa evidencia a favor de la presencia de trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad como factor premórbido del trastorno obsesivo compulsivo.

Horesh, Kimchi, Kindler, Sason y Zohar (1993) evaluaron 45 pacientes con trastorno obsesivo compulsivo empleando la entrevista estructurada “Structured Clinical lnterview for the Diagnosis of Axis II Disorders” (SCID-II). El 75% de los pacientes tuvo al menos un trastorno de personalidad: trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (17%) histriónico (15%), paranoide (14%) y esquizotípico (12%). El 66% de los pacientes no tenían ningún trastorno de personalidad, mientras que todos los pacientes con síntomas mixtos tuvieron el diagnostico. Los autores sugieren que debe haber una interacción entre el tipo de sintomatología y trastorno de personalidad.

En suma, aunque los trastornos de personalidad, en general, tienen una alta prevalencia en los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (Baer et al., 1990; Black et al., 1989; Joffe et al., 1988; Mavissakalian et al., 1990), los datos no apoyan una relación entre el trastorno obsesivo compulsivo y trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, en particular Baer et al. (1990), Mavissakalian et al. (1990), Steketee (1990). Analizando la inconsistencia de los resultados de las investigaciones, algunos autores han buscado respuestas. En este sentido, Rosen y Tallis (1995) sugieren que muchos de los resultados de los estudios que encuentran relación entre trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad y el trastorno obsesivo compulsivo son erróneos al no tener en cuenta los efectos del estado de ánimo. Según estos autores, se incurre en un error porque los efectos del estado emocional (ansiedad y depresión) pueden ocultar la relación entre ambos trastornos. Así, utilizando una muestra no clínica, encontraron relación entre síntomas obsesivos y 10 de los 13 trastornos de personalidad evaluados en el Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDQ-R) (Hyler & Rieder, 1987), pero cuando los efectos de la ansiedad y depresión fueron controlados sólo se encontró relación con un trastorno de personalidad: el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. Con posterioridad, Tallis et al. (1996) replicaron este estudio empleando una muestra clínica. Los resultados muestran la relación entre síntomas obsesivos (Hodgson & Rachman, 1977) y 9 de los 13 tipos de personalidad evaluados en el PDQ-R. No obstante, cuando se controlaron los efectos de la depresión y la ansiedad, la mayoría de estas relaciones significativas desaparecieron.

Con base en la revisión presentada sobre los antecedentes, hasta el momento las investigaciones no han sido lo suficientemente claras a la hora de especificar a qué tipo de relación se refieren arrojando así resultados contradictorios, además de esto, la mayoría de las

investigaciones referenciadas, encuentran una asociación entre trastornos de personalidad y el trastorno obsesivo compulsivo, aunque sin especificar tal relación. Por otro lado, los estudios no refieren relación entre creencias de trastornos del eje I y creencias de trastornos del eje II, puntualmente, trastornos de la personalidad, junto con la magnitud de dicha relación, lo cual motiva a plantearse como pregunta de investigación **¿existe relación entre creencias de los trastornos de personalidad de los sujetos diagnosticados con TOC y las creencias de los trastornos de personalidad de los sujetos sin diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo?** A la vez que vale la pena continuar esta línea de investigación controlando diferentes aspectos tales como el tipo de instrumentos (cuestionarios y entrevistas), los grupos de comparación (casos y controles) y el número de participantes que pueden servir de base para la aplicación de instrumentos.

5. Marco teórico y estado del arte

5.1. Trastornos de ansiedad

La ansiedad es un concepto supremamente amplio difícil de definir debido, probablemente, a que se refiere tanto a un fenómeno habitual en la vida del hombre como a manifestaciones no tan normales, que conllevan inclusive a un trastorno mental. Es una emoción que en muchas circunstancias es adaptativa para el individuo. Permite estar alerta, sensible al ambiente, aportando un nivel óptimo de motivación para afrontar las diferentes situaciones. En circunstancias de peligro objetivo, un incremento de la ansiedad puede facilitar un mejor afrontamiento de la situación y, en consecuencia, una mejor adaptación. El problema surge, sin embargo, cuando frecuentemente se generan niveles excesivos de ansiedad y durante períodos prolongados de tiempo, y generalmente sin que exista un peligro objetivo, es decir, «falsas alarmas», empleando terminología de Barlow (2004). En estos casos, la ansiedad es desadaptativa y se convierte en una fuente de malestar, sufrimiento y a veces incapacitación para la persona que la sufre, siendo común que demande ayuda.

Tal vez por estos problemas se hayan buscado otras razones más convincentes para separar el miedo de la ansiedad. En concreto, Epstein (1972), ha diferenciado ambos conceptos en términos de la acción. Así, según este autor, el miedo puede ser entendido como un drive que motiva la conducta de evitación (o escape) ante la percepción de un estímulo de amenaza, mientras que la ansiedad sería un estado emocional de miedo no resuelto o un estado de activación que no posee una dirección específica tras la percepción de amenaza.

Más recientemente, y en una línea relativamente semejante a la de Epstein, Barlow (2004) ha establecido la necesidad de diferenciar el miedo de la ansiedad o “aprensión ansiosa” (término preferido por este autor). Señala que el miedo consiste en una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por elevada activación y alto afecto negativo. En cambio, la ansiedad es una combinación difusa de emociones (estructura cognitiva-afectiva) orientada hacia el futuro. De este modo, mientras que el miedo se caracterizaría por presentar componentes más primigenios, biológicos y en cierto modo automáticos (reacciones de alarma-defensa), y una orientación hacia el presente, la ansiedad (“aprensión ansiosa”) es fundamentalmente de naturaleza cognitiva y de marcada y de orientación más hacia el futuro (Sandín & Chorot, 1991).

5.1.1. Triple sistema de respuesta

La Ansiedad no es un fenómeno unitario (Sandín & Chorot, 1991). Desde hace bastante tiempo se conoce que la ansiedad, al igual que cualquier otra emoción, implica al menos tres componentes, modos o sistemas de respuesta: Subjetivo (o cognitivo), fisiológico (o somático) y motor (o conductual):

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

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

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

Algunos autores han indicado que la ansiedad patológica (o “ansiedad clínica”) es una manifestación más frecuente, más intensa y más persistente que la ansiedad normal (Beidel & Spitelman, 2011). Es decir, a nivel general la ansiedad patológica se caracterizaría en principio, por presentar ciertas diferencias cuantitativas respecto a la ansiedad normal, esto es, un nivel más elevado de ocurrencia, intensidad y duración.

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

5.1.2. Sesgos cognitivos y ansiedad

Desde las teorías de Beck, Emery y Greenberg (2005), se asume que en los pacientes con algún trastorno de ansiedad debe existir una estructura cognitiva disfuncional que les lleva a producir ciertos sesgos en todos los aspectos del procesamiento de la información (atención/codificación, interpretación/razonamiento y recuperación) y, en último término, al desarrollo de un proceso emocional alterado. Aunque sobre el tema se han desarrollado estas teorías pensando más en la depresión que en la ansiedad, sus implicaciones se extienden también a los problemas de ansiedad (Williams, 1987).

Beck (Beck et al., 2005; Beck, 1979) propuso que tanto la depresión como la ansiedad están asociadas a un sesgo congruente con el estado de ánimo en todos los aspectos del procesamiento. De acuerdo con el modelo de Beck, existe un esquema disfuncional que juega un papel central en el desarrollo y mantenimiento de la depresión y la ansiedad. La diferencia entre ambos trastornos es explicado en términos de contenido de los sesgos del procesamiento. Así, las personas con trastornos de ansiedad procesan selectivamente información relevante para la ansiedad (es decir, relacionada con amenaza o peligro), mientras que los individuos con depresión procesan selectivamente información relevante al estado de ánimo depresivo (es decir, información relativa a pérdida o fracaso). Dicho en otros términos, según Beck et al. (2005), los individuos con trastornos de ansiedad poseen un sesgo sistemático para procesar selectivamente la información relevante al peligro personal, como resultado de una activación selectiva del esquema asociado representado en la memoria a largo plazo. Los esquemas, además, pueden desempeñar un papel activo en cuanto organizadores del flujo de nueva información (por ejemplo, cuando un esquema es activado éste influye (evalúa, asigna un significado, selecciona, etc.) sobre los nuevos estímulos, facilitando la subsecuente atención, codificación y recuperación futura del material codificado. Los esquemas están organizados en constelaciones, subsistemas

que corresponden a diferentes aspectos motivacionales (por ejemplo, existen tipos de modos como el depresivo, el erótico, de miedo, de peligro, etc.). La activación de un esquema cognitivo particular depende (aparte de las variables situacionales) de cuál sea el modo actualmente dominante en el individuo.

Bower (1987), basándose inicialmente en sus investigaciones sobre los efectos cognitivos de los estados emocionales, propuso una teoría conocida como teoría de 'la red asociativa'. Bower defiende que las emociones están representadas en la memoria en unidades, o nodos, en forma de red asociativa (red semántica). De acuerdo con esta teoría, cada emoción posee en la memoria un nodo o unidad específica que congrega conjuntamente muchos otros aspectos de la emoción conectados al nodo por puntos asociativos. Los nodos están relacionados con otros tipos de información en la memoria asociativa, tales como situaciones relevantes para elicitar la emoción, reacciones viscerales, recuerdos de eventos agradables o desagradables, etc. Una hipótesis básica de esta teoría es que la activación de un nodo emocional facilita la accesibilidad al material congruente con el estado de ánimo (estado de ánimo vinculado a dicho nodo) y, en consecuencia, lleva a un sesgo hacia el procesamiento de la información congruente con tal estado de ánimo. Es decir, la hipótesis asume que cierto tipo de material, por el hecho de poseer una valencia afectiva en su contenido, es más probable que sea procesado cuando el individuo se encuentra en un estado de ánimo determinado (congruente). Esta hipótesis (hipótesis de la congruencia del estado de ánimo) presenta cierta similitud con la hipótesis de Beck et al. (2005) sobre el sesgo en el procesamiento selectivo de la información.

5.1.3. Clasificación

De acuerdo a la clasificación de la American Psychiatric Association (2000), el síndrome del ataque de pánico se define como un episodio de intenso miedo o molestia, durante el cual aparecen bruscamente y alcanzan el pico en los 10 minutos al menos cuatro de una serie de síntomas: palpitaciones, sacudidas del corazón, o ritmo cardíaco acelerado; sudoración; temblor o sacudidas musculares; sensación de respiración dificultosa o ahogo; sensación de atragantarse; dolor o molestias en el pecho; náuseas o malestar abdominal; sensación de vértigo, inestabilidad, mareo o desmayo; desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sentirse

separado de uno mismo); miedo a perder el control o volverse loco; miedo a morir; parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), y escalofríos o sofocaciones (American Psychiatric Association, 2000).

Trastornos de angustia (pánico): El trastorno de pánico se ha definido habitualmente como un trastorno en el que se presenta de forma recurrente el ataque de pánico, el cual constituye el síntoma básico. Hace referencia a un conjunto de manifestaciones físicas, similares al miedo, acompañado de sensación de terror que son interpretados como señales de muerte inminente o temor a volverse loco. Los síntomas de tipo somático generalmente se evidencian a través de mareos, palpitaciones fuertes, falta de aliento, sudoración, entre otros, que aparecen de forma súbita en el que el paciente los interpreta como parte o inicio de una enfermedad grave (Sáiz, Ibáñez, & Montes, 2001).

Trastornos Fóbicos: La característica central de los trastornos fóbicos es que el miedo y la evitación estén asociados a estímulos más o menos específicos (objetos, personas, sensaciones, actividades, situaciones, etc. Además, las reacciones de ansiedad y evitación no están justificadas por el peligro real de la circunstancia amenazante. La persona es completamente consciente de que su miedo y evitación son excesivos e irracionales. Los miedos y fobias son bastante comunes en la población general. La prevalencia de las fobias en la población general sugiere que muchas de éstas aparecen con una gravedad media o baja, sin que resulten para la persona excesivamente perturbadoras (Marks, 1969).

Para el diagnóstico de la fobia específica el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) ha establecido criterios como miedo excesivo, irracional o persistente, respuesta asociada inmediata de ansiedad, conciencia subjetiva del problema, evitación o tolerancia con sufrimiento y nivel significativo de interferencia o malestar. Se trata, pues, de fobias restringidas a un tipo de estímulo como, por ejemplo, las fobias a los animales, a los truenos, a los reptiles, al dentista, a viajar en avión, etc. Como criterios de exclusión, el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), establece que la ansiedad, los ataques de pánico o la evitación asociados al objeto o situación específicos no deberán ser mejor justificados por otro trastorno mental (trastorno obsesivo-compulsivo, de ansiedad de separación, de estrés

postraumático, etc.). Debe establecerse el tipo de fobia específica (animal, ambiental, sangre-inyecciones-daño, situacional u otros tipos).

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

En trabajos llevados a cabo durante la última década se vio que el trastorno de ansiedad generalizada podía conceptuarse como una entidad propia e independiente del resto de los síndromes de ansiedad (no ya como una entidad residual). Lo que realmente parecía caracterizar a los pacientes con ansiedad generalizada, es decir, lo que podía constituir la sintomatología primaria, era la «expectativa de aprensión» o preocupación. Pero esta preocupación no coincidía con la ansiedad anticipatoria que acontece en el trastorno de pánico, o en la fobia social, o en otros trastornos de ansiedad, sino que se trataba de una preocupación crónica bastante inespecífica, relacionada con múltiples circunstancias de la vida. Otro aspecto importante que se ha venido constatando durante estos últimos años es que este tipo de pacientes, así como las personas con preocupación crónica subclínica, presentan reacciones de activación autónoma mucho más modestas que el resto de los pacientes con ansiedad (Borkovec, Shadick, & Hopkins, 1991; Rapee, 1991). En los pacientes con diagnóstico de TAG parecen predominar los síntomas somáticos relacionados con estados mantenidos de tensión y vigilancia (por ejemplo, tensión

muscular). El DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) perfeccionó significativamente el diagnóstico del TAG al incluir como síntomas centrales la «ansiedad y preocupación no realistas o excesivos» A pesar de todo, el DSM-III-R no ha logrado mejorar sustancialmente la fiabilidad del diagnóstico del TAG (Barlow & Di Nardo, 1991; Borkovec & Costello, 1993).

Estrés postraumático: para la American Psychiatric Association (2000), este trastorno de ansiedad se caracteriza por la re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen (aunque no de forma exclusiva) los combates en el frente de guerra, ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades) ser secuestrado, ser tomado como rehén, torturas, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves, o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales. De acuerdo al inicio y la duración de los síntomas del trastorno por estrés postraumático se subdivide en agudo (cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses.); crónico (cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses), y de inicio demorado (cuando el inicio de los síntomas, después del trauma, han pasado como mínimo seis meses) (American Psychiatric Association, 2000).

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC): Es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por dos conjuntos de síntomas íntimamente relacionados y, en ocasiones, difíciles de distinguir: las obsesiones y las compulsiones (American Psychiatric Association, 2000). Las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes, palabras o melodías que invaden la mente del paciente en contra de su voluntad pero son reconocidos como propios. Dichas ideas son indeseadas y generan malestar psicológico. En ocasiones se manifiestan también como una urgencia o un deseo inaplazable, un impulso o una necesidad irresistible de hacer o decir algo, por lo general inadecuado o socialmente reprobable. Sea cual sea la forma en que se experimentan (pensamiento, imagen o impulso de hacer o decir), las obsesiones causan un malestar e

incomodidad tan grandes que la persona siente que debe hacer algo para detenerlas, para alejarlas de su mente y recobrar así su tranquilidad y bienestar.

Los modelos psicológicos actuales insisten en afirmar que las obsesiones son el componente primario del TOC. Esto significa que la condición necesaria para que exista un trastorno obsesivo compulsivo es la presencia de pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos. Según este planteamiento, la consecuencia inevitable de las obsesiones es que producen ansiedad y malestar; además y de manera conceptual, pueden delimitarse al tomar forma de imagen mental, impulso (necesidad imperiosa y urgente de hacer o decir algo) y/o pensamiento (verbal, en forma de palabras o frases). Son repetitivas o recurrentes. No son evocadas de forma voluntaria: la persona no desea pensar en ellas. La persona las valora o juzga como inaceptables (o como inoportunas). Como consecuencia, se resiste activamente a su presencia, lo que da lugar, en muchas ocasiones, a esfuerzos activos y voluntarios de suprimirlas, de eliminarlas de la corriente o flujo de pensamientos. Repercuten de forma negativa en el estado de ánimo, porque resultan muy molestas y desagradables. La consecuencia emocional típica ante una idea obsesiva es la ansiedad, pero también están presentes otras emociones negativas: ira, enfado con uno mismo, tristeza intensa e incluso, sentimientos de culpa (Clark, 2005).

Por otra parte, los contenidos posibles de las obsesiones son muy variados, y en la práctica clínica se observan grandes diferencias entre los pacientes diagnosticados con TOC en sus manifestaciones sintomáticas. A continuación, algunos de los contenidos típicos de las obsesiones en el trastorno obsesivo compulsivo:

Agresivos	**Autoagresivos**
Empujar a alguien desde un piso alto o desde un balcón Tirar a un bebé escaleras abajo Atropellar a peatones Apuñalar a un ser querido Agredir a alguien por la espalda	Clavarse objetos punzantes Estrellar el propio vehículo contra un árbol Romper un espejo con la cabeza Tirarse por la ventana
Limpieza-contaminación	**Dudas**
Ensuciarse con tocar objetos que toca mucha gente Contaminarse por no limpiar un objeto, o la ropa, cuando entra de la calle Contagiarse por usar vajilla y cubiertos de un restaurante Ensuciarse por tocar o acariciar a un animal, aunque	Si ha cerrado bien el gas, apagado las luces Si ha cerrado bien las puertas y ventanas. Si habrá quedado algún grifo abierto y se inundará la casa Si lleva todos los documentos, las llaves … Si ha cerrado y frenado bien el carro

esté limpio.	Si habrá atropellado a alguien sin darse cuenta. Si ha cometido un error en el trabajo.
Sexuales	**Supersticiosas/mágicas y Blasfemos**
Impulsos de quitar la ropa a un desconocido Imágenes de violar a alguien Pensamientos de abusar sexualmente a niños Pensamientos de tener sexo con animales Impulsos de desnudarse en un lugar público.	Tener mala suerte si no algo… o digo… determinadas cosas. Desnudar una imagen de la virgen Que sus padres tengan un accidente o le pase algo malo, "si no hago… o digo…" Que pase una desgracia porque ha visto un número, ha tocado este objeto… Gritar obscenidades en la iglesia

(Clark, 2005)

Surgen entonces las compulsiones o rituales, es decir, comportamientos o acciones cuya finalidad es reducir el malestar que provocan las obsesiones. Se trata del segundo elemento diagnóstico del trastorno, que mantiene una relación funcional con el primero (las obsesiones), o lo que es igual, que su función sea la de reducir el malestar (ansiedad, miedo, ira, entre otros) que provoca la aparición de la obsesión en la corriente o flujo normal de pensamientos. En ocasiones, las compulsiones están relacionadas con el contenido de las obsesiones: ante la obsesión de estar sucio o de haberse contaminado con algo (sin que haya motivos reales o suficientes) para ello, necesita lavarse 'a fondo'. O la duda obsesiva de haber cerrado bien el gas conduce a la necesidad de comprobarlo varias veces. No obstante, en otras no hay una relación clara entre el contenido de la obsesión y el de la compulsión: para quitarse de la cabeza una imagen sexual que resulta repugnante o que va en contra de los propios principios éticos o morales, una persona puede empeñarse en traer a su mente ciertos números o letras 'mágicos'. O para alejar de su cabeza pensamientos sucios u obscenos que 'contaminan su mente', necesita lavarse a conciencia o limpiar su casa una y otra vez (Belloch et al., 2011).

Las compulsiones pueden ser manifiestas (tocar, decir algo en voz alta, lavar, repetir una acción que se acaba de hacer, entre otras), o encubiertas (pensar en números, decirse a uno mismo ciertas frases, esforzarse por pensar en algo diferente u opuesto, entre otras). Generalmente, las compulsiones suelen complicarse más, hasta el punto que las personas las repiten una y otra vez, hasta estar segura de haber 'expulsado' sus malos pensamientos y las sensaciones desagradables que a menudo las acompañan. A diferencia de lo que sucede con las obsesiones, las compulsiones son voluntarias, ya que es la propia persona afectada la que 'decide' realizarlas. No obstante, este

carácter ‘voluntario’ puede diluirse con el paso del tiempo, hasta el punto de que la persona acaba ‘obsesionándose’ también con sus compulsiones para hacerlas perfectamente, sin errores de una manera concreta (Rueda-Jaimes, 2010).

Así pues, las compulsiones se conciben actualmente como lo que son en realidad: estrategias que un individuo pone en marcha de forma intencionada para afrontar la obsesión, para manejarla de algún modo y no sentirse invadido por ella y por el malestar que le provoca. Por tanto, hoy se considera que las estrategias de afrontamiento clínicamente relevantes en el TOC incluyen todos los comportamientos intencionados y estratégicos (es decir, que se dirigen a un objetivo), ya sean manifiestos o encubiertos, que se llevan a cabo para intentar suprimir la obsesión, para aliviar el malestar que produce o, en ocasiones, incluso para ‘prevenir’ su aparición. A veces pueden realizarse de forma estereotipada (siguiendo unas reglas, un orden determinado de cosas), pero otras veces no, del mismo modo que no siempre están relacionadas con una necesidad o una urgencia de actuar. En definitiva, su organización en cada una de las personas afectadas, que además utilizan estrategias diferentes incluso ante una misma obsesión, es mucho más compleja de lo que hasta hace poco se pensaba (Freeston et al., 1997).

La definición de Rachman y Shafran (1998) contiene elementos que resumen de manera importante las compulsiones: ‘son acciones repetitivas, estereotipadas e intencionales. Las condiciones necesarias y suficientes para describir una conducta repetitiva como compulsiva, son la experimentación de una sensación de urgencia para actuar y la atribución de esta presión a fuentes internas. El que se produzca resistencia es un elemento confirmatorio importante, pero no es ni necesario ni suficiente (…) la urgencia de llevarlas a cabo puede ser tan fuerte que la persona las realiza a pesar de sus inclinaciones racionales. La conducta compulsiva es fuente de un considerable malestar (…) pero la actividad compulsiva se refuerza repetidamente por sus propiedades ansiolíticas temporales…’

Cuando la conducta compulsiva resulta muy estereotipada, repetitiva, y siguiendo una determinada secuencia o norma fija, es habitual referirse a ella como un ‘ritual’. La mayoría de expertos coinciden en señalar que los dos tipos más frecuentes e importantes de compulsiones son la de limpieza y las de comprobación, entre otras.

5.1.4. Estrategias de afrontamiento en el TOC

Neutralización

Este término se ha utilizado para referirse a una estrategia de afrontamiento entre muchas otras que también son características del TOC. Se trata de 'intentos de poner en orden las cosas', pero exclusivamente a nivel interno. Al igual que una compulsión manifiesta, tiene un efecto ansiolítico temporal al cancelar (neutralizar) el posible efecto dañino de la obsesión, 'deshacerla', previniendo así el suceso temido que presagia o anuncia la obsesión. Ejemplo de esta idea restringida de neutralización son los 'pensamientos buenos' o 'de contraste' en respuesta a los 'pensamientos malos'. Ante la idea obsesiva de que un familiar va a tener un accidente de carro, intentar traer a la mente pensamientos sobre esa persona viva. Sin embargo, en la actualidad el rango de respuesta a las obsesiones que se incluyen bajo este concepto de neutralización es tan amplio que casi cualquier estrategia parece tener cabida en él. Se entiende por neutralización entonces, cualquier actividad, iniciada voluntariamente, con la intención de reducir el malestar asociado a la obsesión, o cualquier acto mental o de comportamiento, voluntario y que requiere esfuerzo, cuyo objetivo sea eliminar, evitar o atenuar el pensamiento obsesivo (Belloch et al., 2011).

Evitación

Otra estrategia de afrontamiento es la evitación de estímulos 'disparadores' de las obsesiones, o asociados a las compulsiones, es una estrategia de afrontamiento habitual del trastorno, en especial en los cuadros de 'obsesiones puras' y funciona bajo la creencia 'evito coincidir con una persona, pues en nuestros encuentros me viene la idea obsesiva de que estoy loca; o escondo los cuchillos y objetos cortantes en mi casa porque al verlos aparecen ideas de dañar a otros o a mí mismo'; así como en las de contaminación: en estos casos la persona suele evitar situaciones y estímulos que le 'obligarían' a realizar compulsiones, como tocar objetos de lugares públicos u objetos que viene de fuera de casa. La estrategia de evitación puede alcanzar proporciones extraordinarias, a través de un proceso de generalización, y puede llegar a limitar de forma considerable las actividades del individuo, hasta el punto que puede resultar casi imposible que acuda a consulta, y llega afectar gravemente a la vida de sus familiares, que se ven obligados, por ejemplo, a cambiarse de ropa y calzado al llegar casa.

Reaseguración

Por otra parte, el comportamiento de búsqueda de reaseguración se trata de la demanda de confirmación u opinión a otras personas, para lograr mayor seguridad y disminuir la ansiedad vinculada a las obsesiones, sean éstas de duda o no. Rachman y Shafran (1998) consideran que estos comportamientos son una forma de compulsión y son difíciles de distinguir de los intentos de utilizar a otras personas para realizar las comprobaciones. Una característica de este tipo de conductas es que el individuo 'transfiere' parte de la responsabilidad a los demás, como puede observarse en ocasiones en que tratan de reasegurarse con el clínico en la consulta. Si lo logran, experimentan un alivio temporal, como sucede con la mayoría de las compulsiones.

Algunos ejemplos de compulsiones como estrategias de afrontamiento en el TOC

Limpieza, orden y comprobación	**Evitación**
Lavar y fregar cada baldosa cinco veces empezando por la izquierda, de fuera hacia dentro, cinco empezando por la derecha de dentro hacia afuera, y cinco desde el centro en círculos concéntricos, siguiendo un orden. Vestirse iniciando por el calcetín derecho, luego el izquierdo, y así cada prenda de ropa. Rezar tres padrenuestros muy despacio, luego tres avemarías y luego tres glorias, fijándose muy bien en cada palabra pronunciada. Volver a empezar hasta que la secuencia sea perfecta sin ninguna interrupción. Ordenar y alinear objetos repetidamente (discos, libros, ropa, zapatos) según ciertas pautas (colores, formas y tamaño) Dar tres pasos hacia delante y tres hacia atrás antes de empezar y salir de su propia casa, repitiendo mentalmente "todos estamos bien, somos felices, no nos moriremos de un cáncer, ni de un tumor cerebral, ni de un infarto, ni de …" Lavar toda la ropa de la pareja, primero al revés luego al derecho, luego otra vez del revés, luego del derecho… Lavar la losa siguiendo siempre el mismo orden: primero uno llano, luego uno hondo, después uno del postre, a continuación donde se sirve el café, el otro	En personas con obsesiones suicidas: no acercarse a las ventanas, tener las persianas abajo, no pasar cerca de vías del tren, no usar objetos cortantes… En personas con obsesiones de contaminarse con la muerte o transmitirla: evitar saludar a conocidos con un familiar recientemente fallecido o con aspecto de enfermo. Evitar ver imágenes de ataúdes, lápidas o leer epitafios. Evitar ir a funerales, tanatorios, cementerios o pasar cerca de ellos. En personas de contaminación por gérmenes: evitar tocar interruptores y pasamanos en lugares públicos. No llamar ascensores, no tocar el timbre de parada en el autobús. Evitar usar teléfonos públicos. Evitar comer fuera de casa. **Búsqueda de reaseguración** Contar a su pareja las obsesiones sexuales hacia niños cada vez que ocurrían para que ésta le convenciera de que eso no tenía importancia y no podría llegar a hacerlo nunca. Ante la duda obsesiva de poder haberse quedado embarazada de un perro, pedir repetidamente confirmación a familiares sobre la imposibilidad de este suceso. Estando de vacaciones fuera de casa, preguntar a otros, para tranquilizarse sobre dudas: si habrá dejado aparatos eléctricos encendidos, grifos

llano, luego el otro hondo y así sucesivamente. Cuando los acaba todos, vuelve a empezar hasta sentirse segura que lo ha hecho bien. Lavarse las manos tres veces cada vez antes de tocar cualquier alimento, y otra vez, después de tocarlo y antes de comerlo o dárselo a su hijo. Al parquear su vehículo, comprobar que todas las puertas están cerradas, dando tres veces la vuelta al coche Antes de salir de casa, comprobar que las luces, ventanas, gas, etc., estén cerrados y/o apagados, iniciando por revisar la puerta de la cocina y siguiendo siempre un mismo orden. Hacer todo esto dos veces y una vez cerrada la puerta de la calle, abrirla de nuevo y comprobarlo todo, una vez más, en orden inverso al de las comprobaciones anteriores.	abiertos, puerta sin cerrar con llave, entre otros aspectos. **Neutralización** Ante imágenes asociadas a transmitir la muerte, formar imágenes contrarias o "resucitadoras" Ante ideas, impulsos e imágenes de autoagresión decirse a sí mismo: "yo no quiero hacerme daño, esto no está pasando de verdad" Ante ideas que cuestionan la orientación y capacidad sexual decirse a sí mismo repetidamente "me gustan las mujeres, yo disfruto con el sexo"

(Belloch et al., 2011).

5.1.5. Epidemiología del TOC

A la luz de estudios recientes (Andrews, Henderson, & Hall, 2001; Clark, 2012; Kringlen, Torgensen, & Cramer, 2001) concluyen que es razonable situar la prevalencia global del TOC entre el 1 y el 2% en la población general, teniendo en consideración la diversidad de resultados. Por lo que se refiere a los datos sobre la incidencia del TOC en hombres y mujeres, varios estudios informan de una incidencia ligeramente superior entre las mujeres (Andrews et al., 2001; Kringlen et al., 2001; Rasmussen & Eisen, 1992). Los hombres suelen presentar, además, un inicio más temprano que las mujeres, y consecuentemente lo mismo ocurre con el inicio del tratamiento (Lensi et al., 1996; Rasmussen & Eisen, 1992). Asimismo, el TOC de inicio en la infancia es más frecuente en los niños que en las niñas. También hay algunas evidencias sobre las diferencias de género en la expresión sintomática, siendo más frecuentes entre las mujeres las obsesiones y rituales de limpieza, y entre los hombres las obsesiones sexuales (Lensi et al., 1996; Rachman & Hodgson, 1980; Steketee, Grayson, & Foa, 1985).

El inicio del trastorno suele situarse en la adolescencia o principios de la edad adulta. La mayor probabilidad para desarrollar un TOC aparece en la franja de edad entre los 18 y los 25 años (Karno & Golding, 1991). El 65% de los trastornos se manifiestan antes de los 25años, y

menos del 5% de los pacientes informa de un inicio posterior a los 40 años de edad (Rachman & Hodgson, 1980; Rasmussen & Eisen, 1992). Diversos estudios muestran, además, que un número sustancial de adultos informan de inicio del problema en la infancia o la adolescencia, y que los niños y adolescentes que presentan un TOC grave suelen experimentar síntomas posteriormente durante muchos años (Thomsen & Mikkelsen, 1993).

Por lo que se refiere a la instauración del cuadro, no parece haber un patrón típico. Mientras que un gran número de pacientes experimenta una instauración gradual e insidiosa del trastorno, en otros muchos casos se produce un inicio agudo, que muchas veces es posterior a la exposición del paciente a un acontecimiento o suceso vital de naturaleza estresante (Lensi et al., 1996; Rachman & Hodgson, 1980). De hecho, algunos expertos consideran muy probable que los sucesos vitales estresantes desempeñen un papel importante en el inicio y/o exacerbación del cuadro, afectando considerablemente, en consecuencia, a su curso. En este sentido, se evidencia que entre la mitad y un tercio de los pacientes informa de un suceso vital significativo previo a la aparición de los síntomas. Entre esos sucesos se relatan la pérdida de un ser querido o problemas económicos graves (Lensi et al., 1996). Por su parte Foa y Wilson (2001) señalan que los síntomas del trastorno suelen comenzar coincidiendo con un período en la vida del sujeto en el que aumenta su responsabilidad personal: por ejemplo, comienzo de la vida laboral o matrimonio. Otros trabajos han destacado la importancia de las experiencias traumáticas fortuitas (De Silva & Marks, 1999; Rhéaume, Freeston, Léger, & Ladouceur, 1998), o de los sucesos vitales normativos, como el embarazo y el parto (Abramowitz, Schwartz, Moore, & Luenzmann, 2003). Sin embargo, aunque parece claro que diversas circunstancias de la vida pueden aumentar la vulnerabilidad al TOC, al igual que sucede con otros trastornos mentales, es importante recordar que la mayoría de personas no suelen identificar un desencadenante ambiental claro en su problema (Rasmussen & Tsuang, 1986).

El trastorno obsesivo compulsivo desde una perspectiva cognitiva

De acuerdo a la teoría de Beck (1979), se propone que la presencia de pensamientos negativos sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro constituyen características claramente sintomáticas de una depresión clínica. Este tipo de pensamientos fueron además catalogados como “automáticos”, término con el que Beck aludía a su aparición repentina y, sobre todo, habitual, en el flujo consciente del pensamiento de la persona deprimida. Los pensamientos

automáticos negativos suelen experimentarse como autoafirmaciones y, por tanto, su forma predominante de aparición es verbal, aunque en ocasiones se puede acompañar de imágenes e incluso, presentarse bajo este formato únicamente. Su aparición puede estar ligada a determinados estímulos o situaciones, o por el contrario, aparecer de forma espontánea. En ocasiones consisten en autoevaluaciones negativas acerca de sí mismo ("soy un inútil", "no sirvo para nada") o de la tarea realizada ("todo me sale mal"); en otras adquieren la forma de expectativas de autoevaluación negativas ("no lo conseguiré", no tengo futuro"); otras veces se asemejan a deseos o intenciones ("quisiera desaparecer"), y otras hacen referencia a expectativas negativas sobre el propio futuro, las relaciones con los demás ("nadie me comprende", "mi vida es un desastre").

Muchas personas con TOC experimentan pensamientos automáticos negativos. A diferencia de lo que sucede con la depresión, en estos casos los contenidos suelen hacer referencia a una valoración negativa acerca del contenido de las obsesiones y/o de las compulsiones ("si pienso esto, soy mala persona", "si no hago tal cosa, significa que quiero que ocurra una desgracia"). Por otro lado, dada la elevada comorbilidad entre el TOC y la depresión, es extraordinariamente común que las personas con TOC experimentan pensamientos automáticos negativos, y en estos casos, la diferenciación entre una obsesión y un pensamiento automático negativo resulta ser casi imperceptible. Clark (2005) y Salkovskis (1985) han propuesto una serie de posibles características diferenciadoras entre las obsesiones y los pensamientos automáticos negativos relacionadas a continuación:

Obsesiones	**Pensamientos Automáticos Negativos**
Contenido egodistónico (incoherencia con la autoimagen)	Contenido egosintónico (coherente con la autoimagen)
Contenido autorreferente ocasional.	Contenido siempre autorreferente.
Formato variado: pensamiento, imagen, impulso	Formato verbal: (ocasionalmente, imagen)
Afecto negativo ligado al contenido de la intrusión	Afecto negativo activado por la aparición del pensamiento automático negativo
Esfuerzos para controlarla (resistencia activa a la obsesión)	No esfuerzos para controlarlo (no hay resistencia)
Elevada probabilidad de suscitar neutralización	Nulo o escaso uso de estrategias de neutralización

asociada a la obsesión	asociadas al pensamiento automático negativo
Contenido inaceptable para la persona	Contenido aceptable y aceptado por la persona.
Contenido poco plausible o sin sentido (absurdo)	Contenido muy plausible y coherente.
Muy intrusiva y no deseada: interrumpe el flujo normal de pensamiento consciente.	Tiende a coocurrir en paralelo con el flujo del pensamiento consciente.
Pensamientos en forma de "flash" breve o discontinuo, poco elaborados.	Cadenas de pensamiento más elaboradas.

Clark (2005) y Salkovskis (1985)

En términos del modelo de Beck et al. (2005) lo que ocurre según Salkovskis (1985), es que en algunos individuos y en algunas ocasiones las intrusiones pueden activar esquemas disfuncionales y dar lugar a pensamientos automáticos negativos. En el caso de los pacientes obsesivo-compulsivos, tales pensamientos automáticos negativos que se producen en respuesta a intrusiones estarán relacionados a ideas de ser responsable de posibles perjuicios o daños (a uno mismo o a otros).

Aunque en principio ambos conceptos pueden incluirse dentro de la subcategoría denominada por Rachman (Parkinson & Rachman, 1981a, 1981b, 1981c; Rachman, 1981) "cogniciones intrusivas desagradables o molestas" es conveniente y necesario clarificar la posible relación existente entre ellos. Para ello debe apelarse a los distintos planteamientos, ya clásicos, de Beck y Rachman:

Rachman (1981) define los pensamientos intrusivos como "pensamientos, imágenes o impulsos que son inaceptables y/no deseados. Por su parte, Salkovskis insiste que para Rachman son condiciones necesarias y suficientes para identificar un pensamiento intrusivo el informe subjetivo acerca de que está interrumpiendo una actividad continua; el pensamiento, imagen o impulso se atribuye a un origen interno y resulta difícil de controlar.

Por otra parte, Beck (1979) define los pensamientos automáticos negativos como elicitados por estímulos (acontecimientos externos reales o pensamientos acerca de acontecimientos) y plausibles y razonables, aunque puedan parecer rebuscados a cualquier otra persona. El paciente acepta su validez sin cuestionarla y sin someter a prueba su grado de realidad o su lógica (Beck, 1979)

En opinión de Salkovskis, y dada la importancia de este proyecto, es posible pues establecer importantes diferencias entre pensamientos automáticos y obsesiones. En cuanto al

grado de intrusión percibido, el grado de accesibilidad a la conciencia y el grado en que son consistentes con el sistema de creencias de la persona. Esta última diferencia resulta central, ya que la afirmación de Beck acerca de que las cogniciones producen perturbación afectiva se sustenta en el hecho de que el paciente considera esas cogniciones reales y plausibles; mientras que las obsesiones resultan inaceptables, irracionales y poco plausibles para el paciente. Además de esta distinción, se deriva la conceptuación de las obsesiones como egodistónicas y los pensamientos automáticos negativos como egosintónicos.

Dada la explicación anterior relacionada con la diferenciación entre dos importantes conceptos, Salkovskis plantea que los pensamientos obsesivos funcionan como un estímulo que puede provocar un tipo particular de pensamiento automático. La evidencia disponible pone de manifiesto que las intrusiones se producen frecuentemente en la población normal sin que ello conlleve un grado importante de malestar. Por esta razón hipotetiza que tales intrusiones sólo se convertirán en un problema, si dan a lugar a una serie de pensamientos automáticos negativos, a través de la interacción entre dichas intrusiones inaceptables para el individuo y su sistema de creencias. Afirma que las intrusiones provocarán malestar sólo si tienen algún significado específico o alguna implicación importante para la persona que la experimenta.

En suma, la afirmación fundamental de Salkovskis (1985), es que los pensamientos o imágenes automáticos desencadenados por las obsesiones giran en torno a la responsabilidad personal ("si las cosas van mal, será culpa mía"). Tal responsabilidad puede ser directa o indirecta; por tanto, la necesidad de impedir un posible daño causado por agentes externos resulta igualmente importante. Estas creencias acerca de la propia responsabilidad pueden conducir a que la persona se culpe a sí misma en la medida en que los aspectos que están implicados en la responsabilidad resulten aborrecibles para ella. Además, no es necesario que las cosas sucedan; las ideas de responsabilidad pueden ampliarse también al hecho de haber tenido el pensamiento en sí mismo; sólo por pensar el individuo se siente responsable y "malo". Sería algo similar al hecho de pecar "por pensamiento, palabra, obra u omisión": difícilmente es posible no sentirse atrapado.

Según Salkovskis (1985), generalmente se ha supuesto que la perturbación afectiva que experimenta el paciente, está causada por las obsesiones o intrusiones, sin embargo, en su opinión esa perturbación afectiva surge a partir de los pensamientos automáticos acerca de la intrusión y

no de la intrusión en sí misma. Por otra parte, las neutralizaciones (ya se trate de conductas compulsivas o de estrategias cognitivas) que lleva a cabo el paciente, pueden ser fácilmente comprendidas en este contexto: serían intentos para evitar o reducir la posibilidad de ser responsable del daño que pueda derivarse para uno mismo o para otros (ser culpable por algo que he pensado, he dicho, he hecho, o por algo que he dejado de ser). Como indica Salkovskis (1985), a los ojos del paciente los esfuerzos necesarios para llevar a cabo las neutralizaciones resultarían insignificantes si se los compara con el posible daño que podría ocurrir (al menos, en las fases iniciales del trastorno).

Es posible identificar y analizar los mecanismos y los distintos factores moduladores que, en opinión de Salkovskis (1985), están implicados en las obsesiones y compulsiones. El ambiente es una amplia gama de potenciales estímulos desencadenantes de pensamientos intrusivos. Los obsesivos tenderán a evitar, en la medida de lo posible, tales estímulos. Esta evitación puede ser manifiesta (evitar un lugar, objeto o situación) o encubierta (no permitirse pensar en determinados temas). Esta estrategia de evitación puede fallar (o incluso llegar a ser contraproducente, ya que la conducta de evitación en sí misma, puede comenzar a desencadenar los pensamientos que está intentando prevenir). En ambos casos, se evidencia ya un estímulo desencadenante. Este estímulo puede ser interno o externo. El pensamiento intrusivo desencadenado en este estadio es por definición Egodistónico, el contenido del pensamiento no es consistente con el sistema de creencias del individuo y éste lo percibe como irracional. La reacción del individuo a esta intrusión dependerá de la importancia que pueda tener para la persona que se produzca esa experiencia y a las posibles consecuencias o implicaciones que pueda tener su ocurrencia. Si los pensamientos extraños y con contenido displacentero pueden ocurrir, pero no tienen grandes implicaciones para el paciente, éste no se preocupará. La secuencia terminará ahí. Por el contrario, si cree que esos pensamientos tienen importantes implicaciones, se activarán una serie de pensamientos automáticos negativos. Se supone que tales pensamientos surgen en función de la fuerza que tenga la creencia original relacionada con ellos (la cual, a su vez, estará afectada por el estado de ánimo pre-existente).

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

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

Los supuestos en cada caso pueden variar considerablemente, pero se postula que siempre habrá un elemento de responsabilidad, culpa o control que interactuará con el contenido del pensamiento intrusivo, y dará lugar a pensamientos automáticos negativos que versarán sobre alguna combinación de culpa, amenaza o pérdida. Estos pensamientos, por definición, serán egosintónicos. Los pensamientos automáticos negativos darán lugar a una alteración del afecto, y esto es probable que dé lugar a la aparición de respuestas neutralizadoras. La probabilidad de ocurrencia de las respuestas neutralizadoras dependerá de la experiencia previa (en qué medida en el pasado ha logrado reducir o aliviar el malestar). (Salkovskis, 1985).

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

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

5.1.6. Creencias disfuncionales del TOC

De acuerdo a los postulados básicos del modelo cognitivo del TOC, las valoraciones disfuncionales sobre la ocurrencia de pensamientos con determinados contenidos análogos a las obsesiones clínicas son las llamadas a explicar la transición de la normalidad a lo psicopatológico, es decir, lo obsesivo sin olvidar el papel que desempeña la conducta en dicha transición (Steketee, Frost, & Cohen, 1998).

Las dimensiones de creencias establecidas por Frost et al. (1997) constituyen las claves comunes y los puntos de encuentro que permitieron avanzar en el tratamiento psicológico de las personas con el trastorno obsesivo-compulsivo. De acuerdo al grupo de investigadores liderados por Steketee et al. (1985), estos refieren que son las áreas de creencias las que están implicadas en la génesis del trastorno y no sólo algunas de forma aislada como las relacionadas con "responsabilidad" y "necesidad de controlar" los pensamientos que sí podían tener implicaciones en el mantenimiento del trastorno. Además de ser consensuadas, llegaron a la conclusión que debían ser tratadas en términos dimensionales; es decir, según un continuo de intensidad de adscripción, que puede variar de unas personas a otras y, probablemente también de unos pensamientos a otros, incluso en un mismo individuo.

Las dimensiones de creencias disfuncionales que explican la transición de pensamientos intrusos normales desagradables a obsesiones clínicas son las siguientes:

Sobrestimar la importancia del pensamiento: creer que la mera existencia de un pensamiento indica que es algo importante, o que significa algo importante para sí mismo, dado que se experimenta de forma continua aun en contra de la propia voluntad (Rachman, 1997, 1998). Incluye otros dos componentes: la fusión pensamiento-acción desde el punto de vista moral, y la fusión pensamiento-acción desde el punto de vista probable. Ejemplo de ello es "pensar en robar significa que soy ladrón", "si no pienso que soy ladrón, entonces no soy ladrón". Psicopatológicamente hablando, son caracterizadas como "ideas sobrevaloradas" las cuales se conciben como creencias que la persona asume y sustenta de manera firme, y que ocupan gran

parte de sus pensamientos conscientes y voluntarios. Además que la acepta como significativa y positiva y dedica mucho tiempo para llevarlas a cabo. No obstante, a diferencia de las ideas sobrevaloradas que son aceptadas por el individuo, los contenidos obsesivos son repudiados o temidos y desde luego, no deseados llevando a la persona a la necesidad de mantenerlos bajo control.

En cuanto a la fusión pensamiento-acción, tipo moral, esta consiste en creer que los "malos" pensamientos son moralmente equivalentes a las "malas" acciones o conductas. Pensar algo inmoral es tan inmoral como hacerlo. Por ejemplo, pensar en robarle a alguien la cartera, equivale a ser castigado por el acto malévolo. Shafran, Thordarson y Rachman (1996) consideran algunos factores que influyen en el desarrollo de estas creencias de tipo religioso dadas a través de máximas católicas como son "pecado de pensamiento", "no desearás a la mujer del prójimo", además de aquellas que son determinadas a nivel cultural "pensar en vengarme de mi novio", "pensar en callar a mi madre cuando no me la soporto", entre otras.

Finalmente, corresponde a la fusión pensamiento-acción, de tipo probabilidad, a ciertas creencias como "si pienso que algo negativo va a suceder, aumenta la probabilidad que suceda", "si pienso en contagiarme, aumenta la probabilidad de contagio", "si estoy pensando en una enfermedad, aumenta la posibilidad que lo padezca". Estas creencias están relacionadas con el pensamiento mágico y la superstición, de modo que la persona llega a creer que sus pensamientos pueden influir "mágicamente" sobre aquello que suceda en el mundo real y suelen tener como consecuencia la realización de conductas de neutralización carentes, en la mayoría de casos, de cualquier conexión lógica con lo que se intenta evitar. Ejemplo de ello es tocar de forma repetida la imagen de un santo; actuar de forma repetitiva (bañarse) para evitar una enfermedad como el sida; no sentarse en la silla donde tuvo la idea inicial de un accidente "para que no suceda"; entre otras.

Sobrestimar el peligro: esta modalidad de creencias presentada por algunas personas con TOC, hace referencia a expectativas de sucesos inminentemente peligrosos y por ende, la tendencia a prever daños o consecuencias nefastas en la vida cotidiana. Dicho de otro modo, se tiende a exagerar la probabilidad de que ocurran sucesos peligrosos o exagerar la gravedad del peligro con la vida en general, por tener obsesiones o pensamientos intrusivos de daño. Los trabajos de Foa y Kozak (1986) desarrollaron la investigación sobre este constructo partiendo del supuesto de que

las personas con TOC tienen problemas de razonamiento epistemológico, que se caracteriza por un excesivo temor a que muchas situaciones son peligrosas mientras no se demuestre lo contrario. Otro es el observado en la clínica bajo cierta confusión de las personas con TOC entre la *posibilidad* y la *probabilidad* de que ocurran cosas negativas. De este modo se logra ver que los pacientes con este trastorno se ponen habitualmente en la peor de las consecuencias posibles (Foa & Kozak, 1986; Kozak, Foa, & McCarthy, 1988).

Responsabilidad excesiva: las valoraciones disfuncionales de responsabilidad que hacen los sujetos con TOC implican que, ante la ocurrencia de un pensamiento intruso sobre un posible daño, surge la idea intrusa que es responsable de impedir que este ocurra. De acuerdo a Salkovskis y Forrester (2002) existe una serie de componentes a considerar sobre los que se fundamentan dichas creencias disfuncionales de responsabilidad entre los cuales están: considerar que, si bien se puede tener algún tipo de influencia personal sobre la ocurrencia de un suceso negativo, sé es responsable de que éste se produzca. En palabras de ambos autores, hace referencia a “sentirse agente”. Otro componente es la creencia en que los errores de omisión son tan condenables o imperdonables como lo de comisión, es decir, es tan negativo no impedir un daño como causarlo (Wroe & Salkovskis, 2000) evidenciando que algunos pacientes con TOC carecen de sesgo atribucional considerados normal en las personas sin esta patología. Es decir, es posible que los pacientes obsesivos tiendan a sentir que son muy responsables y culpables no sólo de lo que hacen mal “a propósito”, sino de lo que “dejan de hacer bien” por descuido aunque sea poco relevante (Spranca, Minsk, & Baron, 1991).

Importancia de controlar los pensamientos: Esta dimensión de creencias está relacionada con el control y la sobrevaloración que se tiene sobre la importancia de controlar por completo los pensamientos intrusos, imágenes e impulsos, además, la creencia de que dicho control es posible y deseable. En esta dimensión se distinguen varios componentes: se trata de la necesidad de supervisar los propios pensamientos o de mantener la atención focalizada en ellos “tengo que estar pendiente de aquello que pasa por mi cabeza”. Por otro lado, el mantenimiento de expectativas de control elevadas, o claramente irreales, sobre la capacidad para controlar el flujo mental que le permite al paciente obsesivo compulsivo aspirar a tener bajo control voluntario sus

pensamientos, de aquellos que considera “no deben pasar por mi cabeza” o “debo quitarme de la cabeza estos pensamientos”. El tercer y último componente, es la creencia de que la falta de control puede tener consecuencias muy negativas dando un significado muy importante a los fracasos en el control. Es como si concluyera “si no logro controlar mis pensamientos es porque puedo llevarlos a cabo” (Belloch et al., 2008).

Intolerancia a la incertidumbre: Está relacionada con la duda como aspecto importante en la persona con TOC bajo esta dimensión, o también vista como la necesidad de certeza o seguridad de sus pensamientos o acciones. Se explica bajo ciertas creencias como “uno debe estar absolutamente seguro de sus pensamientos y acciones si quiere reducir el malestar que provoca la novedad, la ambigüedad, la posibilidad que ocurran cosas negativas”. Incluye tres modalidades a saber: a. Creencias sobre la necesidad de certeza absoluta; b. Creencia sobre la incapacidad de aguantar o afrontar cambios no planeados y c. Creencias sobre la dificultad de desenvolverse de manera adecuada en situaciones ambiguas (Belloch et al., 2011). De acuerdo a Ciarrocchi (1995) , la duda se ha considerado como un aspecto fundamental del TOC, hasta el punto de etiquetar al trastorno como “la enfermedad de la duda”

Perfeccionismo: de acuerdo a Frost y Shows (1993), el perfeccionismo se ha considerado como una de las dimensiones cognitivas y de funcionamiento personal relevantes en el TOC, donde se han constatado dos componentes importantes: la orientación a logros positivos (perfeccionismo positivo) y la preocupación desadaptativa por la evaluación (perfeccionismo negativo). No obstante, se ha evidenciado para el TOC el constructo negativo del perfeccionismo, referido a que la función de la conducta perfeccionista es evitar los errores y el fracaso, contrario al positivo que está más vinculado a la consecución de estándares positivos extremos. Ejemplos del perfeccionismo negativo tiene que ver con creencias como “si se presentan cualquier tipo de errores, significa que el trabajo está mal hecho”; “el más mínimo error, significa que el trabajo está incompleto”.

La dimensión de perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre parecen afectar de forma generalizada al funcionamiento de la persona que presenta el trastorno obsesivo en múltiples situaciones. Podrían inclusive estar más cercanas a dimensiones de personalidad que a valoraciones o creencias de situaciones específicas (Biddle, 2001; Ferrari, 1995).

Creencia	Definición
1. Sobrestimar la importancia del pensamiento. a. Estricto o restringido b. Fusión pensamiento-acción, tipo moral c. Fusión pensamiento-acción, tipo probabilidad	Otorgar un significado relevante y negativo a la ocurrencia de los pensamientos y de sus contenidos, como reveladores de sí mismo. Atribuir un significado personal y negativo al pensamiento Equivalencia moral de los pensamientos y las acciones El sólo pensar en algo influye en una alta probabilidad de que ocurra en la realidad.
2. Sobrestimar el peligro	Expectativas de forma generalizada sobre la ocurrencia de situaciones peligrosas en la vida cotidiana. Exageración de la probabilidad de ocurrencia de daños.
3. Responsabilidad excesiva	Creencias alrededor de que se tiene poder para ocasionar o impedir acontecimientos negativos subjetivamente importantes.
4. Importancia de controlar los pensamientos	Sobrevalorar la importancia de ejercer control sobre los pensamientos, imágenes e impulsos intrusos. Además, la creencia de que este control es posible y deseable.
5. Intolerancia a la incertidumbre	Incapacidad para afrontar la novedad, la sorpresa y los cambios no previstos e inesperados
6. Perfeccionismo	Consideración de que sólo puede solucionarse los problemas de forma perfecta, inclusive aquellos errores pequeños que pueden llevar a consecuencias muy graves.

5.1.7. Relación entre el trastorno obsesivo compulsivo y el estado de ánimo

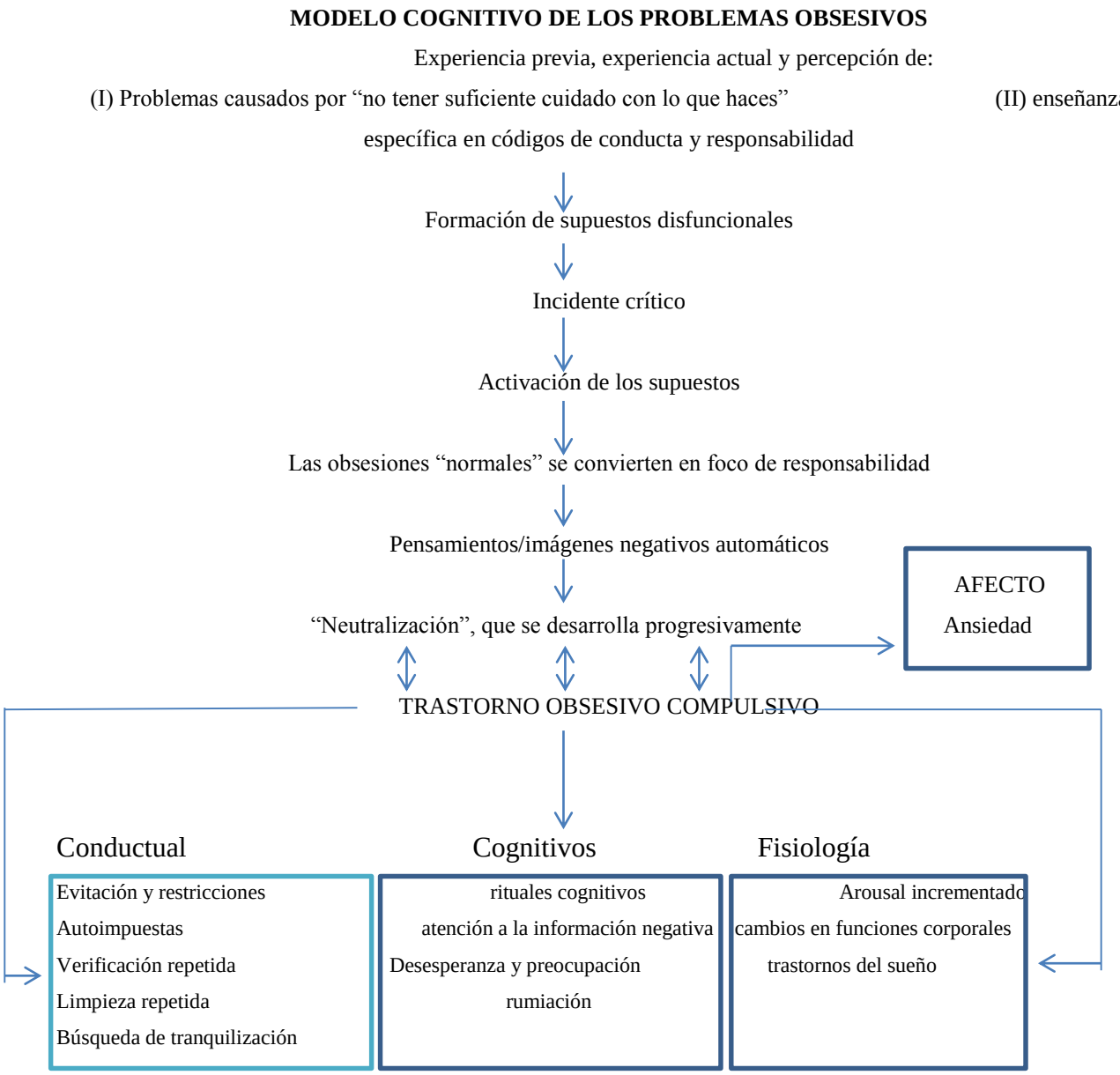
En la mayoría de los casos, el trastorno obsesivo compulsivo sigue un curso crónico, con distintas remisiones y exacerbaciones, tal como lo demuestra el estudio de seguimiento a largo plazo (media de seguimiento de 47 años) de Skoog y Skoog (1999). Según el DSM-IV-TR, solamente un 5% de pacientes presenta un curso episódico, con síntomas mínimos o inexistentes entre episodios. La remisión completa de los síntomas es infrecuente. Otros estudios han encontrado una tasa de recuperación completa de tan sólo el 20%. En cuanto al estado de ánimo depresivo, también se considera que ejerce un papel desencadenante de los síntomas obsesivos, aunque no se conocen con certeza los mecanismos específicos por los que opera tal influencia.

La coocurrencia de un episodio depresivo mayor o de distimia en pacientes con TOC es realmente alta, situándose en un rango de entre el 30 y el 50% (Bellodi, Sciuto, Diaferia, Ronchi, & Smeraldi, 1992; Brown, Moras, Zinbarg, & Barlow, 1993; Karno & Golding, 1991; Lensi et al., 1996). Si se considera la prevalencia vital de la depresión en el TOC, las tasas aumentan hasta un rango que oscila entre el 65 y el 80% (Crino & Andrews, 1996; Rasmussen & Eisen, 1992).

En los muchos casos en que coexisten en el tiempo ambos trastornos, el problema principal consiste en dirimir cuál es el primario. La mayoría de autores señalan que lo más habitual es que la depresión sea secundaria al TOC, debido a que este trastorno es "depresógeno" (Demal, Lenz, Mayrhofer, Zapotoczky, & Zitterl, 1993; Rasmussen & Eisen, 1992; Welner, Reich, Robins, Fishman, & Van Doren, 1976). Sea o no esto así, lo cierto es que en la clínica es muy frecuente observar una progresión de los síntomas obsesivos-compulsivos a la depresión más que el patrón contrario. Por otra parte, en algunos cuadros depresivos mayores se detectan síntomas típicamente obsesivos, aunque con mucha menor frecuencia que a la inversa.
Según Antony, Bieling, Cox, Enns y Swinson (1998), cuando los síntomas obsesivo-compulsivos se inician con el cambio de estado de ánimo, es bastante probable que se pueda descartar el TOC, especialmente si éstos aparecen en una época tardía de la vida, y cuando desaparecen al recuperarse el sujeto del episodio depresivo.

En el modelo de Salkovskis otro elemento importante a considerar es el estado de ánimo alterado previo a la neutralización, ya que este puede actuar ampliando: toda la gama de estímulos que provocan intrusiones; la gama de intrusiones que desencadenan estímulos negativos, y el nivel de actividad de los esquemas disfuncionales preexistentes. Las obsesiones se incrementarán como resultado de una perturbación emocional, no obstante, se ha observado la existencia de un subgrupo pequeño de pacientes en los que la presencia de depresión da lugar a una disminución (y en ocasiones a una completa remisión) de los síntomas obsesivos. Estos pacientes, además, muestran un incremento de las obsesiones cuando la depresión mejora. La explicación de este fenómeno, en opinión Salkovskis (1985), podría encontrarse en el contenido de las cogniciones que tienen los pacientes cuando se deprimen: autocensura y sentimientos de culpa o, por el contrario, sentimientos abrumadores de desesperanza y desamparo. Resulta

cómodo entender las distintas implicaciones que puede tener el hecho. A continuación, se ofrece el modelo de Salkovskis de forma graficada para explicar el origen del TOC. Dicho modelo introduce elementos como la noción de responsabilidad, intrusiones y pensamientos automáticos negativos.



Representación gráfica del modo en que se origina el TOC. (Salkovskis & Warwick, 1985)

Desde este modelo (Salkovskis & Warwick, 1985), se menciona que algunas personas son vulnerables a interpretar los pensamientos intrusivos como una indicación de que son responsables del daño que les pueda ocurrir a ellos mismo u a otros. Esto se debería al hecho, en ocasiones, de haber sido sometidos a determinadas prácticas de crianza en la que se pusiera mucho énfasis en la responsabilidad personal. Además, esa sensibilidad especial habría dado lugar a la información de una serie de supuestos disfuncionales, por ejemplo, el hecho de fracasar al prevenir un daño es lo mismo que realizar el daño. Cualquier creencia disfuncional de este tipo puede comenzar a interactuar con los pensamientos intrusivos después de haberse producido un incidente crítico que sirve para activar los supuestos disfuncionales. Según Salkovskis (1989), aunque no es necesario que siempre sea así, con gran frecuencia los incidentes críticos estarán asociados a un aumento en la responsabilidad de la persona como tener un hijo, casarse, o cambiar de empleo. De este modo, las obsesiones "normales" se convierten en foco de responsabilidad, lo cual, da lugar a pensamientos automáticos negativos y, poco a poco, se desarrollarán las conductas neutralizadoras.

5.1.8. Diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo

Los sistemas clasificatorios de los trastornos mentales más ampliamente utilizados en la actualidad, el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2008), coinciden en los elementos que se deben tener en cuenta para diagnosticar un TOC. Antes de relacionar de manera específica los criterios para el diagnóstico, es importante advertir el señalamiento de la relación funcional que debe existir entre las obsesiones y las compulsiones, es decir, se asume que las primeras producen ansiedad o malestar, mientras que el objetivo de las segundas es prevenir o reducir este malestar. Por otro lado, se recoge la posibilidad de que las compulsiones tengan un carácter encubierto o interno "actos mentales".

El sistema diagnóstico incluye también (criterio B) la posible especificación de poca conciencia de enfermedad, aplicable a aquellos casos en que la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que sus obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales. No obstante, este criterio diagnóstico no debe ser tenido en cuenta en el caso del

TOC infantil, ya que los niños con este trastorno no suelen ser conscientes, salvo en casos aislados, de lo irracional o innecesario de sus comportamientos y rituales, o de lo absurdo o improbable de sus obsesiones (Belloch et al., 2010).

Criterios diagnósticos DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002)

A. Se cumplen para las obsesiones y las compulsiones: Las obsesiones se definen por: Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).
Las compulsiones se definen por: Comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.
B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: este criterio no es aplicable en los niños.
C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de una hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.
D. Si hay otro trastorno del eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él.

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

5.1.9. Subtipos, variantes y modalidades del TOC

El trastorno Obsesivo Compulsivo se ha venido considerando un trastorno unitario en los principales sistemas nosológicos psiquiátricos de la OMS y la APA, desde sus primeras formulaciones hasta las más recientes. Sin embargo, en la práctica clínica se observan grandes diferencias entre los pacientes diagnosticados de TOC en sus manifestaciones sintomáticas. Estas diferencias se detectan tanto en la forma como en el contenido de los síntomas, así como en los diferentes patrones de respuesta al tratamiento que no parecen ser explicables apelando únicamente a factores como la comorbilidad, la duración del trastorno, o aspectos de tipo demográfico (nivel educativo, género, edad, entre otros). Es asimismo relativamente frecuente observar la coexistencia, en un mismo paciente, de modalidades y/o contenidos muy distintos de obsesiones y compulsiones, o incluso la transición de unas a otras a lo largo del curso evolutivo del trastorno (Belloch et al., 2011).

Esta complejidad, que en muchos casos hace dudar de la homogeneidad o unicidad del trastorno, empieza a hacerse patente también en la investigación, ya que se plantea la posibilidad de hallarse ante una psicopatología más heterogénea de lo que cabría esperar. Muestra de ello es la publicación de varios artículos de revisión en los últimos años sobre este tema (Belloch et al., 2010; Mataix-Cols, Rosario-Campos, & Leckman, 2005; McKay et al., 2004), además de números monográficos de publicaciones periódicas de prestigio dedicados al análisis de la heterogeneidad del TOC.

La posibilidad de identificar subconjuntos o categorías diferenciadas de pacientes dentro de un mismo trastorno y, como consecuencia, el desarrollo de un sistema de subtipos sencillo de emplear, fiable, válido, comprensible y significativo, tiene importantes implicaciones positivas, tanto desde el punto de vista teórico como desde una perspectiva más aplicada (Zubeidat, Salinas, & Sierra, 2009).

5.1.10. Comorbilidad

A pesar de haber cierta discrepancia en los estudios, el hallazgo más consistente es que entre la mitad y un tercio de personas con TOC tienen al menos otro trastorno asociado (Antony, Downie, & Swinson, 1998; Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001; Karno & Golding, 1991), encontraron que el orden de aparición a lo largo de la vida de dicha comorbilidad era de interés clínico, puesto que los trastornos de ansiedad comórbidos solían preceder al TOC, mientras que la depresión tendía a aparecer tras el trastorno obsesivo.

Con otros trastornos de Ansiedad

Los hallazgos empíricos avalan la existencia de una tasa de comorbilidad del TOC con otros trastornos de ansiedad. Considerando conjuntamente diversos estudios, se puede resumir que muchas personas con diagnóstico principal de TOC experimentan trastornos de Ansiedad. La fobia social es el más frecuente, seguida de las fobias específicas. Los resultados son menos concluyentes respecto al trastorno de pánico y al trastorno de ansiedad generalizada (Antony et al., 1998; Brown et al., 2001; Brown et al., 1993; Crino & Andrews, 1996). Sin embargo, se hacen evidentes diversas discrepancias entre los distintos trabajos tanto respecto a la tasa general de trastornos de ansiedad asociados como a la mayor o menor importancia de unos u otros.

Con trastornos psicóticos

La evidencia muestra que sólo un pequeño porcentaje de pacientes obsesivos presentan síntomas psicóticos (Insel & Akiskal, 1986). Y existen pocas evidencias que sugieran una especial relación entre ambos trastornos (Tallis, 1995), destacando que es extremadamente raro que se dé una transición del TOC hacia la esquizofrenia. En cualquier caso, esta transición no es más frecuente que la que se observa desde otros trastornos de ansiedad (Rachman & Hodgson, 1980; Stein & Hollander, 1993). No obstante, es mucho más frecuente la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos en individuos diagnosticados de esquizofrenia que lo contrario.

Con trastornos de personalidad

Las tasas de comorbilidad del TOC con los trastornos de la personalidad oscilan entre el 50 y el 65%, según los hallazgos del estudio de revisión de Summerfeldt, Huta y Swinson (1998). La mayoría de las investigaciones encuentran que gran parte de los pacientes con TOC presenta algún trastorno de personalidad asociado, siendo los más frecuentes el dependiente, el evitador y el histriónico (Baer & Jenike, 1992; Black et al., 1989). Resultados muy similares obtiene Steketee (1990), pues entre un cuarto y un tercio de su muestra de pacientes obsesivos cumple criterios de trastorno de personalidad por evitación, histriónico, esquizotípico y dependiente. En resumen, según el estudio de revisión mencionado (Summerfeldt et al., 1998), los trastornos de personalidad más frecuentes en individuos con TOC con el evitador (30%) y el dependiente (10-20%), seguidos por el histriónico (5-25%) y el esquizotípico (15%), siendo el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad menos prevalente de lo que quizás cabría esperar (en torno al 6%). Sin embargo, otros estudios relacionados (Samuels et al., 2000) encuentran que el patrón característico del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad relacionado con el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal a expensas de la flexibilidad, la apertura y la eficiencia se asocia con frecuencia al TOC. De hecho, Tallis et al. (1996) hallaron que controlando las variables del estado de ánimo y la ansiedad se producía una asociación significativa del TOC con rasgos obsesivo-compulsivos y pasivo-agresivos de la personalidad. Es posible, por un lado, que los rasgos de personalidad de este tipo estén estrechamente vinculados a algunas clases de manifestación clínica del TOC más que a otras (Gibbs & Oltmanns, 1995; Tallis et al., 1996). Aunque también ciertos aspectos de la personalidad obsesiva pueden ser más relevantes para el TOC que otros: el perfeccionismo, rasgo característico del trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva, suele ser habitual en personas con TOC en comparación con sujetos control (Frost & Steketee, 1997).

5.2. Trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad de acuerdo con los manuales diagnósticos y estadísticos de la American Psychiatric Association (2002), se definen como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad

adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para la persona (American Psychiatric Association, 2002). Los trastornos de la personalidad afectan la calidad de vida, conllevan pautas inapropiadas de respuestas al estrés, aumentan la vulnerabilidad a los trastornos mentales y generan afecciones en el rendimiento (Livesley, 2001; Millon, Davis, & Millon, 2000).

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre sí mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. Se hace necesario diferenciarse de las características que surgen como respuesta a estresantes situacionales específicos o a estados mentales más transitorios (p. ej., trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, intoxicación por sustancias) (American Psychiatric Association, 2000).

5.2.1. Procesamiento de la información y personalidad

El modo como las personas procesa los datos sobre sí mismas y sobre los demás sufre la influencia de sus creencias y los otros componentes de su organización cognitiva. Cuando existe algún tipo de trastorno, sintomático por ejemplo, conocidos dentro del eje I de acuerdo a la American Psychiatric Association (2000), o un trastorno de personalidad, eje II, la utilización ordenada de esos datos se vuelve sistemáticamente distorsionada de un modo disfuncional. Esta distorsión de la interpretación y la conducta consecuente reciben su forma de creencias disfuncionales (Beck, Freeman, & Davis, 2006).

Lo anterior está estrechamente ligado al concepto de “esquema” quien tiene una historia relativamente larga en la psicología del siglo XX: Bartlett (1995), Piaget (1926, 1936/1952); y se ha empleado para designar las estructuras que integran y adscriben significado a los hechos. El contenido de los esquemas puede tener que ver con las relaciones personales, evidenciadas en las actitudes respecto de sí mismo o los demás; o con categorías impersonales frente a los objetos inanimados como son la silla, lámpara, entre otros.

Los esquemas tienen cualidades estructurales adicionales, como la amplitud (son reducidos, discreto o amplios), la flexibilidad o rigidez, es decir, capacidad para modificarse, y

densidad que se refiere a la pre-eminencia relativa en la organización cognitiva. También se describen en función de su valencia o grado de activación en un momento dado que oscila entre lo latente e hipervalente. Cuando son latentes no participan en el procesamiento de información; cuando están activados, canalizan el procesamiento cognitivo desde las primeras etapas hasta las finales (Beck et al., 2006).

En el campo de la psicopatología, el término "esquema" se ha aplicado a estructuras con un contenido idiosincrásico altamente personalizado, que se activan durante trastornos tales como la depresión, la ansiedad, las obsesiones, las crisis de angustias, y se vuelven predominantes. Cuando son hipervalentes, esos esquemas idiosincrásicos desplazan y probablemente inhiben a otros que podrían ser más adaptativos o apropiados en una situación dada. En consecuencia, introducen una tendenciosidad sistemática en el procesamiento de información Los esquemas típicos de los trastornos de personalidad se asemejan a los activados en los síndromes clínicos, pero actúan con más continuidad en el procesamiento de la información. En el trastorno de personalidad por dependencia, el esquema "necesito ayuda" se activará siempre que surja una situación problemática, mientras que en las personas deprimidas solo adquirirá relieve durante la depresión. En los trastornos de la personalidad, los esquemas forman parte del procesamiento de la información normal, cotidiana (Beck et al., 2006).

La personalidad puede concebirse como una organización relativamente estable compuesta por sistemas y modalidades. Los sistemas de estructuras entrelazadas (esquemas) son los responsables de la secuencia que va desde la recepción de un estímulo hasta el punto final de una respuesta conductual. La integración de los estímulos ambientales y la formación de una respuesta adaptativa dependen de esos sistemas entrelazados de estructuras especializadas. En la memoria, la cognición, el afecto, la motivación, la acción y el control, participan sistemas separados pero relacionados. Las unidades básicas de procesamiento, que son los esquemas, están organizadas según sus funciones y su contenido. Los esquemas cognitivos tienen que ver con la abstracción, la interpretación y el recuerdo; los esquemas afectivos son responsables de la generación de sentimientos; los esquemas motivacionales se relacionan con los deseos; los esquemas instrumentales preparan para la acción, y los esquemas de control están involucrados en la auto observación y la inhibición y dirección de las acciones. Algunos subsistemas compuestos por esquemas cognitivos apuntan a la auto observación; otros, a la evaluación de las

otras personas. Hay subsistemas destinados a almacenar recuerdos (episódicos o semánticos), y a proporcionar acceso a ellos. Y aun otros subsistemas preparan para situaciones futuras y proporcionan la base de las expectativas, previsiones y proyectos de largo alcance. Cuando una persona entra en una depresión clínica o un trastorno por ansiedad, se produce un pronunciado "cambio cognitivo". En términos de energía, ese cambio produce un alejamiento del procesamiento cognitivo normal, y favorece el predominio de un procesamiento por medio de los esquemas negativos que constituyen el modo deprimido (Beck et al., 2005).

5.2.2. Perfil cognitivo de los trastornos de la personalidad

De una forma sencilla de considerar los trastornos de personalidad, y siguiendo bajo la orientación de la teoría de Beck et al. (2006) consiste en pensarlos en términos de ciertos esquemas. Siguiendo a Horney (1991), es posible evidenciar ciertas estrategias interpersonales en función del modo como los diversos tipos de personalidad se relacionan y actúan con las otras personas y, el modo como usan el espacio interpersonal. En relación con los demás, el individuo puede moverse o situarse contra, hacia, alejándose, arriba o abajo. El dependiente se mueve hacia, y a menudo, abajo (sumiso, subordinado). En otro tipo de personalidad, este se queda quieto y puede obstruir a los otros; es el pasivo agresivo. El compulsivo se orienta hacia arriba para tener el control. El Esquizoide se aleja, y el evitativo se acerca y después se retira. Las personalidades histriónicas usan el espacio para atraer a los otros.

Este bosquejo simplificado presenta un modo de ver los tipos y los trastornos de la personalidad en función de la manera cómo los individuos toman posición respecto de los demás. Estas pautas pueden ser disfuncionales, y se considera justificado un diagnóstico de trastorno de la personalidad cuando conducen a problemas que causan sufrimiento en el paciente, o a dificultades con otras personas o con la sociedad (por ejemplo, en la personalidad Antisocial). Pero muchas personas con un trastorno de la personalidad diagnosticado, no piensan que padecen algún trastorno. Por lo general, los individuos sólo estiman que sus pautas personales son indeseables cuando generan síntomas como depresión o ansiedad; o cuando parecen obstaculizar importantes aspiraciones sociales o laborales, como en los casos de la personalidad dependiente, evitativa o pasivo-agresiva (Beck et al., 2006).

No obstante, esta última situación de no pensar que se tiene un trastorno de personalidad, es conocida, dentro de la psicopatología, como Egosintonía. Egosintónico versus Egodistónico es una polarización que básicamente divide al mundo de las patologías humanas en dos orillas. La "Ego-sintonía" tal como lo dice la palabra, refiere a "estar bien con uno mismo", es decir, son aquellas personas a las que su trastorno no les genera sufrimiento. Por lo contrario, en general, las personas con trastornos egosintónicos, generan sufrimiento a su entorno. En el otro extremo, los trastornos "Egodistónicos" son aquellos que no están en sintonía con el yo, lo que quiere decir que su enfermedad le genera sufrimiento a la propia persona, generando por tanto menos sufrimiento en su entorno. Estos conceptos a su vez, están enraizados con lo que en Psicología o Psiquiatría se conoce como "consciencia mórbida". Posiblemente el segundo extremo de esta polarización, posea más consciencia de su enfermedad que el primero (Fernández & Madrid, 2009). Los sujetos con trastornos de la personalidad consideran sus propias pautas como perfectamente normales y satisfactorias para ellos, pero reciben una calificación diagnóstica porque su conducta es vista como negativa por otras personas, como en el caso de las personalidades narcisistas, esquizoides o antisociales (Beck et al., 2006).

Las conductas (o estrategias) observables, no obstante, son sólo uno de los aspectos de los trastornos de la personalidad. Un trastorno no se caracteriza sólo por una conducta disfuncional o asocial, sino también por una constelación de creencias y actitudes, afectos y estrategias. Es posible dar un perfil distintivo de cada uno de los trastornos sobre la base de sus rasgos típicos cognitivos, afectivos y conductuales, teniendo en cuanta también que, ciertos individuos pueden presentar rasgos de más de un tipo de personalidad.

Los individuos que padecen un trastorno de personalidad tienden a presentar ciertas pautas de comportamiento hipertrofiadas o hiperdesarrolladas; y otras infradesarrolladas. El trastorno Obsesivo-Compulsivo, por ejemplo, se caracteriza por un énfasis excesivo en el control, la responsabilidad y la sistematización, y una deficiencia relativa de espontaneidad y espíritu lúdico. Los rasgos deficitarios suelen ser complementarios de los fuertes. Es como si se hubiera desarrollado una estrategia interpersonal, pero no la estrategia que produciría un equilibrio. Ciertas estrategias hipertrofiadas pueden derivar o compensar un tipo específico de autoconcepto, y ser una respuesta a particulares experiencias del desarrollo. Asimismo, la predisposición genética favorece el desarrollo de un tipo particular de pauta de preferencia a otras pautas posibles. Por ejemplo, algunos niños parecen orientarse a gustar a los demás, mientras que otros

se ven tímidos e inhibidos desde las primeras etapas del desarrollo. Entonces es posible que se desarrolle una personalidad narcisista mientras el individuo lucha ferozmente por superar una sensación profunda de falta de méritos. La personalidad obsesiva compulsiva se puede desarrollar como respuesta a condiciones caóticas en la niñez, como un modo de poner orden en un ambiente desordenado. Una personalidad paranoide puede producirse como respuesta a experiencias tempranas de traición o engaño; una personalidad pasivo-agresiva se puede ir construyendo como respuesta a la manipulación por parte de los otros. La personalidad dependiente suele representar una fijación a un fuerte apego que, por diversas razones, podría haber sido reforzado por los miembros de la familia, quienes no lo atenuaron de un modo normal a lo largo del período del desarrollo. De un modo análogo, una personalidad histriónica pudo haber sido suscitada por la experiencia reiterada de recompensa al exhibicionismo, por ejemplo, al divertir a los otros para obtener aprobación y afecto (Beck et al., 2006).

Debe observarse que se puede llegar al mismo trastorno de la personalidad por distintos caminos. Por ejemplo, los trastornos de la personalidad narcisista, obsesivo-compulsivo, paranoide o incluso antisocial, pueden aparecer como compensaciones del miedo, es decir, como resultado de una sensación de caos, manipulación o victimización como consecuencia del refuerzo de las estrategias correspondientes por parte de otros, o en virtud de ambos factores.

No se puede pasar por alto la importancia de la identificación con los miembros de la familia. Algunos individuos parecen tomar ciertas pautas disfuncionales de sus progenitores o hermanos, y basarse en ellas a medida que crecen. En otros sujetos los trastornos de la personalidad parecen derivar de la herencia de una predisposición fuerte. Investigaciones como las de Kagan, Reznick y Snidman (1987) indican que una timidez que se presenta precozmente en la vida tiende a persistir. Es posible que una disposición innata a la timidez sea tan reforzada por la experiencia siguiente que el individuo, en lugar de ser sencillamente no asertivo, evolucione como personalidad evitativa (Beck et al., 2006).

Es útil analizar las características psicológicas planteadas por Beck de los sujetos que padecen trastornos de la personalidad en función de las concepciones que tienen de sí mismo y de los otros, de sus creencias y estrategias básicas, así como de sus principales afectos. De este modo, el terapeuta obtiene perfiles específicos cognitivo-conductuales-emotivos que le ayudan a comprender cada trastorno y le facilitan el tratamiento.

Continuando con el enfoque de los manuales diagnósticos y estadísticos de la American Psychiatric Association (2002), los trastornos de la personalidad están reunidos en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características. El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos. El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables. El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos

5.2.3. Clasificación y perfil cognitivo de los trastornos de la personalidad

Para definir cada uno de los trastornos de la personalidad, se tendrá como base la teoría de la terapia cognitiva, Aaron Beck, considerando aspectos relevantes como el distintivo o clave para recocerlos, la concepción que se tiene de sí mismo, de los otros, jerarquías de creencias y, entre otros aspectos, el afecto que más prevalece. No obstante, son importantes los criterios diagnósticos del sistema DSM y algunas consideraciones expuestas por Millon (1976).

Trastornos de la personalidad del grupo A

El trastorno paranoide de la personalidad: La clave o distintivo para reconocerlo es la “desconfianza”, la concepción que tiene de sí mismo consiste en verse como personas rectas y sentimientos de maltrato por parte de los demás. A los otros los percibe como “tortuosas”, “mentirosos”, “traicioneros” y encubiertamente como “manipuladores”. Reafirman continuamente que los demás quieren obstaculizarles, humillarles y discriminarles. Los que tienen el trastorno paranoide de la personalidad pueden pensar que los demás forman coaliciones secretas contra ellos (Beck et al., 2006).

El sistema DSM lo define como un patrón de desconfianza y suspicacia hacia los otros, donde los comportamientos de los demás se interpretan como maliciosos (American Psychiatric Association, 2000). Dan por hecho que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar, aunque no tengan prueba alguna que apoye estas previsiones, son reacios a confiar o intimar con los demás, porque temen que la información que compartan sea

utilizada en su contra. Es concebible que, en ciertas circunstancias, la cautela, la búsqueda de motivos ocultos o la falta de confianza en los demás sean adaptativas, incluso ayudan a salvar la vida, pero la personalidad paranoide adopta esta postura en la mayoría de las situaciones, incluso las más benignas (Beck et al., 2006).

Las estrategias se refieren en ser precavidos en razón de la idea de que los demás están contra ellos. Las personalidades paranoides se ven impulsadas a una enorme vigilancia y a estar siempre en guardia. Son cautelosos y suspicaces, y constantemente buscan indicios que revelen los “motivos ocultos” de sus “adversarios”. A veces se enfrentan a tales “adversarios” con quejas por presuntos agravios, y de tal modo provocan realmente la hostilidad que creían percibir. Las amenazas de la cuales se sienten perseguidos tienen que ver con su temor a ser secretamente manipulado, controlado, rebajado o discriminado

Las creencias claves consisten en nociones tales como: “Soy vulnerable a otras personas”, “No se puede confiar en los demás”, “Sus móviles son sospechosos”, “Me engañan” “Me van a derrumbar o desacreditar”. Las creencias condicionales son: “Si no tengo cuidado me manipularán abusarán o aprovecharán de mí”, “Si la gente actúa amistosamente, es porque tratan de usarme”, “Si las personas parecen distantes, ello demuestra que son hostiles”. Las creencias instrumentales (o de autoinstrucción) son: “Mantente en guardia”, “No confíes en nadie”, “Busca los motivos ocultos”, “No te dejes engañar”. Por esto y otras razones, estos personajes experimentan, además de otras patologías, una ansiedad constante por las amenazas percibidas (Beck et al., 2006). La prevalencia del trastorno es del 0.5-2.5% en la población general (American Psychiatric Association, 2000).

El trastorno esquizoide de la personalidad: La clave o distintivo para reconocerlo es el “aislamiento”, son la encarnación de la personalidad autónoma. El concepto sobre sí mismos es de autoeficientes y solitarios. Prefieren tomar sus propias decisiones, realizar actividades a solas y no formar parte de un grupo. Los demás son vistos como intrusivos y entrometidos; permitir un acercamiento íntimo es dar a otras personas la oportunidad de que les acosen y les acorralen (Beck et al., 2006). El concepto o rótulo "esquizoide" representa una categoría diagnóstica que ha estado en transición durante casi cien años, después de haberse originado en la Clínica Burgholzi, en Suiza, con el trabajo de Manfred Bleuler (Siever, 1981). La palabra está compuesta por el prefijo "esquizo", que en griego significa "hendidura" o "escisión", y el sufijo "oide", que indica semejanza o tipo. Se define como un patrón de desconexión permanente de las relaciones

sociales, y de restricción de la expresión emocional (American Psychiatric Association, 2000). Las creencias condicionales son: “Si me acerco demasiado a la gente, me van a clavar sus garfios”, “No puedo ser feliz a menos que tenga una movilidad total”. Las creencias instrumentales toman la forma de: “No te acerques demasiado”, “Mantén las distancias”, “No te comprometas”. Las principales creencias se refieren a los otros como personas que no les compensan, las relaciones son desastrosas e indeseables. Las estrategias típicas hiperdesarrolladas son la autonomía y el aislamiento, y las infradesarrolladas la intimidad y la reciprocidad. Específicamente tienden a mantener distancia (Beck et al., 2006). Tradicionalmente, el esquizoide es un individuo tranquilo, tímido, reservado y por lo general retraído en sociedad. Los esquemas de autoeficacia, autosuficiencia, desapego social e inhibición emocional son citados como los que caracterizan el trastorno esquizoide de la personalidad. A nivel cognitivo son distintas las distorsiones que se evidencian en este trastorno, pues son mínimos los pensamientos automáticos que pueden presentar. La creencia básica es “necesito mucho espacio”. Las necesidades de afecto y las emociones son mínimas. Pueden unirse a otros por razones específicas. Por ejemplo, en las actividades laborales o el sexo, pero cuando no las hay prefieren distanciarse. Ante cualquier acción que represente una intrusión, se sienten fácilmente amenazados. Los individuos con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos muy breves y trastorno depresivo mayor. La prevalencia del trastorno es poco frecuente y no se reportan datos en el DSM IV (American Psychiatric Association, 2000).

El trastorno esquizotípico de la personalidad: Generalmente giran en torno de cuatro temas. Primero, estos individuos suelen tener una ideación suspicaz o paranoide. Segundo, experimentan ideas de referencia, y creen que les conciernen acontecimientos sin ninguna relación real con ellos. El tercer tema es el de las creencias extrañas y el pensamiento mágico (el paciente cree que un pariente muerto está presente, o que otras personas le leen el pensamiento). Por último, las personas con este trastorno suelen experimentar ilusiones, como ver personas en las sombras o en los dibujos de una pared empapelada (Beck et al., 2006) . Se refiere a un patrón general de déficit social e interpersonal, que comporta distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades de comportamiento reflejando un lenguaje extravagante. El esquizotípico suele ser tangencial, indirecto, vago o minucioso en exceso. Suele comportarse de modo inconveniente y tener ideas de referencia, es decir, interpretaciones incorrectas de incidentes casuales y acontecimientos externos como poseedores de un significado especial e inhabitual específico para sí mismo.

Pueden sentir que tienen poderes especiales para notar los hechos antes de que sucedan o para leer los pensamientos de los demás. Creen que tienen un control mágico sobre los demás, que puede ser utilizado directamente o indirectamente a través de rituales mágicos (American Psychiatric Association, 2000).

Los individuos con este trastorno suelen ser recelosos y pueden presentar ideación paranoide, no son capaces de hacer servir todo el abanico de afectos y habilidades interpersonales necesarias para relacionarse adecuadamente y, por tanto, suelen interactuar con los demás de una manera inapropiada, inflexible o constreñida. Las actitudes y los supuestos subyacentes tienden a ser extravagantes. Algunos pensamientos automáticos típicos del trastorno esquizotípico de la personalidad son de tipo "¿Esa persona me está vigilando?", "sé lo que él piensa", "siento que va a ocurrir algo malo", "sé que no les voy a gustar". "siento que el diablo está en ella". "soy un no-ser" (Beck et al., 2006). Estos sujetos son considerados frecuentemente raros o excéntricos a causa de sus manierismos poco corrientes, una forma tosca de vestir y una falta de atención a las convenciones sociales habituales. La prevalencia es del 3% en la población general (American Psychiatric Association, 2000).

Trastornos de la personalidad del grupo B

El trastorno límite de la personalidad: Se caracteriza por "una pobre integración de la identidad", "defensas primitivas", "límites relativamente firmes entre el objeto y el sí-mismo", y una "prueba de realidad relativamente intacta" (Masterson, 1978). Se refiere a un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos (American Psychiatric Association, 2000). Los rasgos que más impresionan son la intensidad de sus reacciones emocionales, la inestabilidad de sus estados de ánimo y la gran variedad de síntomas que presentan. Pueden pasar abruptamente de un ánimo profundamente deprimido a una agitación ansiosa o a una ira intensa; también emprenden de modo impulsivo acciones que más tarde reconocen como irracionales y contraproducentes. Lo típico es que presenten un patrón de problemas erráticos, incongruentes, impredecibles, y que puedan funcionar con competencia y eficacia en algunas zonas de la vida, mientras que tienen dificultades enormes en otras (Beck et

al., 2006). Experimentan intensos temores a ser abandonados y una ira inapropiada incluso ante una separación que en realidad es por un tiempo limitado o cuando se producen cambios inevitables en los planes, presentan un patrón de relaciones inestables e intensas y pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos las primeras veces que se tratan, pedirles que estén mucho tiempo a su lado y compartir muy pronto los detalles más íntimos. Sin embargo, cambian rápidamente de idealizar a los demás a devaluarlos, pensando que no les prestan suficiente atención, no les dan demasiado o no «están» lo suficiente. Pueden empatizar y ofrecer algo a los demás, pero sólo con la expectativa de que la otra persona «esté allí» para corresponderles satisfaciendo sus propias necesidades o demandas. Son propensos asimismo a los cambios dramáticos en su opinión sobre los demás, que pueden ser vistos alternativamente como apoyos beneficiosos o cruelmente punitivos. Tales cambios suelen reflejar la desilusión con alguna de las personas que se ocupa de ellos y cuyas cualidades positivas han sido idealizadas o de quien se espera el rechazo o abandono (American Psychiatric Association, 2000).

El trastorno histriónico de la personalidad: La palabra clave para reconocerlos es "expresividad"; palabra que encarna la tendencia a dar una carga emocional o a hacer románticas todas las situaciones, así como a impresionar y cautivar a los otros. Se caracteriza por un patrón de emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención. La concepción de sí mismos es de "encantadores", "grandiosos" y "merecedores de atención". La visión de los otros es de acuerdo al logro que tienen en las relaciones interpersonales: los ve favorablemente mientras logren atraer su atención y su afecto, y consigan divertirles. Pero cuando no logran imponerse creen que se los trata con injusticia, tratan de obtener sumisión o se vengan con estallidos de mal genio. Tratan de formar alianzas sólidas, pero con la condición de que se les permita ocupar el centro del grupo mientras los otros miembros desempeñan el papel de audiencia atenta. Sus creencias hacen referencia a que la gente está para servirles o admirarles, no tienen derecho a negarles lo que merecen y poder guiarse por los sentimientos. Entre las creencias compensatorias se cuentan: "Merezco que me quieran, soy entretenido e interesante", "Tengo derecho a que me admiren", "Los demás están para admirarme y hacer lo que les pida", "No tienen ningún derecho a negarme lo que merezco" (Beck et al., 2006). El trastorno histriónico de la personalidad es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención (American Psychiatric Association, 2000). Se expresa en la insaciable e indiscriminada búsqueda de estimulación y afecto. Los esquemas principales hacen referencia a la dependencia, búsqueda

de aprobación, privación emocional y autocontrol insuficiente. Los histriónicos son demostrativos y teatrales para hacer que las personas queden ligadas a ellos. Tienen baja tolerancia a la frustración, y pueden recurrir al llanto, la conducta agresiva y gestos suicidas para lograr lo que quieren o "castigar" a quien le ofende. Los intentos de suicidio pueden ser serios y potencialmente fatales, aunque respondan a impulsos del momento. La prevalencia es de 2-3%., y en población clínica puede alcanzar hasta un 15%. La incidencia puede variar con relación a la edad (American Psychiatric Association, 2000; Caballo, 2004).

El trastorno narcisista de la personalidad: La palabra clave de los narcisistas es "autoexaltación". La concepción sobre sí mismos es de ser especiales y merecedor de reglas especiales, casi príncipes o princesas. Se atribuyen un status especial, por encima de las demás personas. A su juicio son superiores y tienen derecho a favores y a un tratamiento eficaz; están por encima de las reglas que rigen a las otras personas. La concepción de los otros es de inferiores y admiradores. Si bien consideran que las otras personas son inferiores, esta idea no tiene el mismo sentido que en las personalidades antisociales. Simplemente se consideran prestigiosas y por encima del promedio; los otros serían sus vasallos o partidarios. Procuran obtener la admiración de los demás, sobre todo como prueba de su propia grandiosidad y para preservar su status superior (Beck et al., 2006). El trastorno narcisista de la personalidad hace referencia a un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que empieza al comienzo de la edad adulta y que se da en diversos contextos. Las principales creencias se describen como "puesto que soy especial, merezco reglas especiales, estoy por encima de las normas", "soy mejor que los otros", "soy superior a los demás y ellos tienen que reconocerlo". La creencia básica se enfoca en "soy especial". Las creencias condicionales son: "Si no reconocen mi status especial, hay que castigarles", "para conservar mi status especial, debo someterles". La creencia instrumental es: "Trata constantemente de insistir en tu superioridad y en demostrarla". En cuanto al futuro, su objetivo es la realización de fantasías grandiosas. En cuanto a la conducta, esta se ve afectada por el déficit de cooperación e interacción social recíproca, lo mismo que por los excesos de conductas exigentes, autocomplacientes y a veces agresivas. Al mismo tiempo, es notoria la falta de creencias acerca de la importancia de los sentimientos de las otras personas. La prevalencia se estima inferior al 1% en la población en general, aunque puede incrementar con la avance de la edad (American Psychiatric Association, 2000).

El trastorno antisocial de la personalidad: La palabra clave para reconocerlos es deshonestidad, irritabilidad, falta de remordimiento e impulsividad, aunque la personalidad antisocial puede asumir una variedad de formas de expresión que va desde la connivencia, la manipulación y la explotación, hasta el ataque directo (American Psychiatric Association, 1987). La concepción que tienen de sí mismos es de solitarios, autónomos y fuertes. Generalmente piensan que son objeto de abusos y maltratos por parte de la sociedad; justifican la victimización de otros con la creencia de que ellos mismos han sido victimizados. Otros de estos sujetos asumen un papel de "predador" en un mundo caníbal en el que violar las reglas sociales es normal e incluso deseable (Beck et al., 2006). Las creencias nucleares son determinadas como "tengo que cuidar de mí mismo", "debo ser el agresor o seré la víctima", "los demás son tontos", "los demás son unos explotadores y tengo derecho a explotarlos". El trastorno antisocial de la personalidad se trata de un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás, que generalmente se mantiene durante toda la vida del sujeto y logra evidenciarse al final de la adolescencia y principio de la edad adulta (American Psychiatric Association, 2000). La creencia condicional es "si no presiono (o manipulo, exploto o ataco) a los demás, nunca obtendré lo que merezco. Las creencias instrumentales o imperativas corresponde a ""pegar primero", "ahora te toca a ti", "te lo mereces". El trastorno antisocial de la personalidad es un problema intrincado y socialmente nocivo que incluye actos criminales contra las personas y la propiedad. Los pensamientos y reacciones automáticos del paciente antisocial son frecuentemente distorsionados por creencias interesadas, que subrayan las satisfacciones inmediatas y personales y minimizan las consecuencias futuras. La creencia subyacente de que siempre tiene razón hace improbable que cuestione sus acciones (Beck et al., 2006). Generalmente las personas diagnosticadas con trastorno antisocial de la personalidad tienden a morir por causas violentas, mayor riesgo de padecer daños o lesiones, a consumir sustancias psicoactivas y alcohol. Tienden a la violación de la libertad condicional, al encarcelamiento e inestabilidad significativa en las relaciones con los otros (Hare, 1980; Kupfer, First, & Regier, 2004).

Trastornos de la personalidad del grupo C

El trastorno de la personalidad por dependencia: Al buscar reconocerlos, la clave es que se muestran desvalidos, necesitados de protección. Esto se convierte en una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. El rasgo esencial de este trastorno es una pauta generalizada de conducta dependiente y sumisa, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos (American Psychiatric Association, 2000). La concepción de sí mismos es de necesitados, débil, desvalidos e incompetentes. Son incapaces de tomar las decisiones cotidianas, o no están dispuestos a hacerlo a menos de que cuenten con el consejo y el apoyo de otras personas y que puedan estar acuerdo con lo que otras personas sugieren. Les cuesta iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismos; cuando están solos sienten tanto malestar que hacen grandes concesiones para estar con otros. Ven a los demás de forma idealizada como fuertes, competentes y protectores. Las creencias giran alrededor del cuidado del otro: "para sobrevivir necesito de otra persona", "nunca seré feliz si no soy amado". En cuanto a la jerarquía de creencias, es probable que la creencia nuclear sea "estoy completamente desamparado", "estoy solo". Las creencias condicionales son: "solo puedo funcionar si tengo acceso a alguien competente", "si me abandonan moriré". La principal estrategia consiste en cultivar una relación de dependencia, cosa que lo logran constantemente subordinándose a una figura "fuerte", a la que tratan de agradar o apaciguar. El principal afecto es la ansiedad y la preocupación por la posible fractura que puede padecer su relación. No obstante, experimentan gratificación y euforia cuando se asegura la satisfacción de sus deseos de dependencia (Beck et al., 2006).

El trastorno de la personalidad por evitación: El conflicto clave al buscar identificarlo en alguna persona consiste en que les gustaría estar muy cerca de los demás y hacer realidad su potencial intelectual y vocacional, pero temen ser heridos, rechazados y fracasar. La estrategia entonces, consiste en retirarse o evitar el compromiso. A sí mismo se conceptúan como socialmente ineptos, desinteresados o despectivos. Las creencias nucleares son "no soy bueno, soy indigno", "no merezco ser amado". Como creencias condicionales "si las personas se me acercan descubrirán mi verdadero yo real y me rechazarán. Sería intolerable", "si emprendo algo nuevo y no tengo éxito, eso sería devastador" (Beck et al., 2006). El trastorno de la personalidad por evitación consiste en un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inadecuación y

una hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos (American Psychiatric Association, 2000). Sus creencias van dirigidas a lo terrible que es ser humillado y a la intolerancia de sentimientos desagradables. Refieren ansiedad frente al temor a exponerse en situaciones sociales y laborales. Son introspectivos y supervisan continuamente sus sentimientos, tienen una aguda sensibilidad a su propia tristeza o ansiedad. Las amenazas principales son ser descubiertos como "un fraude", ser degradado, humillado, rechazado. La estrategia consiste en evitar las situaciones en las que puede ser evaluado, por lo que tienden a mantenerse al margen de los grupos sociales. El principal afecto es la disforia, una combinación de ansiedad y tristeza, relacionada con la carencia de los placeres que quisieran obtener en sus relaciones personales y de la sensación de dominio que se consigue al lograr los objetivos.

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad: La palabra clave es el control y el "se debe". Se refiere a un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos (American Psychiatric Association, 2000).- el concepto de sí mismos es responsables de sí mismo y de los otros. Creen que de ellos depende que se hagan las cosas. Tienden a rendir cuentas ante su propia conciencia perfeccionista. Se mueven sobre la base de fórmulas de tipo "tengo que hacer". Los demás son considerados excesivamente despreocupados, a menudo irresponsables, autocomplacientes o incompetentes. Sus creencias nucleares son "para sobrevivir necesito orden, sistema y reglas". Como condicionantes "si no soy sistemático, todo se derrumbará", "si fallo en esto soy un fracaso como persona". Estos individuos hacen una virtud del culto a los medios para alcanzar un fin, hasta tal punto que los medios se convierten en un fin en sí. Para ellos "el orden es devoción" (Beck et al., 2006). Las principales amenazas son los defectos, los errores, la desorganización, o las imperfecciones. Tienden a sentir como una catástrofe "perder el control" o que "ellos (o los otros) no logren hacer las cosas". Estas personas giran en torno de un sistema de reglas, normas y deberes. Al aplicar las reglas evalúan y miden el comportamiento de los demás tanto como el suyo propio. Para alcanzar sus metas, tratan de ejercer el máximo control sobre su propia conducta por medio de numerosos imperativos y autorreproches; y la de los otros involucrados dirigiéndolos abiertamente, o desaprobándolos y castigándolos. Esta conducta instrumental puede llegar a la coerción y un trato esclavizador (Beck et al., 2006).

Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad: el principal problemas de las personas que tienen el trastorno es un conflicto entre el deseo de conseguir las ventajas que otorgan las autoridades, por una parte, y por la otra el deseo de conservar autonomía. En consecuencia, tratan de mantener la relación siendo pasivos y sumisos, pero como sienten una pérdida de autonomía se sublevan contra la autoridad. La concepción que tienen de sí mismos es de autosuficientes pero expuestos a abusos por parte de otros. Ven a los demás como figuras de autoridad, como exigentes, entrometidos, controladores y dominantes, pero al mismo tiempo, capaces de aprobar, aceptar y cuidar. A nivel de creencias nucleares, prevalecen algunas como “ser controlado por otros es intolerable”, “tengo que hacer las cosas a mi manera” o “merezco aprobación por todo lo que he hecho”. El rasgo más notable del trastorno pasivo-agresivo de la personalidad es la resistencia a los requerimientos externos, que típicamente se pone de manifiesto con conductas de oposición y obstrucción, entre las que se cuentan la posposición de tareas y decisiones, el trabajo mal realizado y el "olvido" de las obligaciones. Estas personas suelen tener una historia de habilidades inferiores a las normales en los ámbitos ocupacional y social. Como es de esperar, lo típico es que les irrite tener que conformarse a normas establecidas por otros. Si bien estas características también son ocasionalmente observables en muchos otros individuos, en el trastorno pasivo-agresivo constituyen una pauta conductual crónica e inflexible. Sus creencias instrumentales son “si sigo las reglas, pierdo mi libertad de acción”. A nivel instrumental giran en torno de posponer la acción que la autoridad espera, o de una obediencia superficial, pero no sustantiva. Su principal afecto es la cólera no expresada, que se asocia con la rebelión contra las reglas dictadas por la autoridad. Las personas con trastorno pasivo-agresivo de la personalidad no son asertivas, porque creen que la confrontación directa es peligrosa. Cuando se le piden cosas que no están dispuestos a hacer, la combinación de la molestia por las exigencias externas y la falta de asertividad le lleva a responder en términos de provocación pasiva (Beck et al., 2006) .

5.2.4. Asociación trastorno de personalidad obsesivo compulsivo con el trastorno obsesivo compulsivo

El único estudio epidemiológico fiable que se puede citar sobre el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo (TPOC) lo realizaron Nestadt et al. (1991), en colaboración

con la Epidemiologic Catchment Area de Baltimore. Estos investigadores estudiaron tanto a los pacientes diagnosticados con TPOC, como pacientes con rasgos de personalidad compulsivos. Los investigadores estimaron una prevalencia del 1,7%, realizándose la mayoría de los diagnósticos en varones blancos, casados y con empleo. Los autores concluyeron que la personalidad compulsiva tiene un carácter más dimensional que categorial, y que implica vulnerabilidad para el desarrollo de trastorno de ansiedad (Nestadt et al., 1991).

En estudio realizado sobre el juicio clínico de los rasgos de la personalidad, autores como Ingram (1961) evaluaron a 31 pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) hospitalizados utilizando las descripciones de los propios pacientes, de los clínicos y de los familiares acerca de la personalidad premórbida. Diez pacientes (32%) presentaban "rasgos obsesivos marcados", y 4 no poseían rasgos obsesivos. Se concluyó en este estudio que la personalidad obsesiva y la enfermedad obsesiva están íntimamente relacionadas. Es probable que en este estudio se infravalorase el número de pacientes sin rasgos premórbidos, ya que los enfermos con un inicio precoz del TOC fueron excluidos del análisis.

En una revisión más reciente de la literatura al respecto, se concluyó que es posible diferenciar estadísticamente la personalidad obsesivo-compulsiva de los síntomas obsesivo-compulsivos por medio de un factor de análisis; así, los síntomas obsesivo compulsivos se relacionan positivamente con medidas de neuroticismo, a diferencia de lo que sucede con la personalidad obsesivo compulsiva (Pollack, 1987) concluyó que, a pesar de que se ha afirmado que la personalidad obsesivo-compulsiva es un fenómeno premórbido, no es una condición necesaria ni suficiente para el desarrollo del TOC.

Desde una valoración estandarizada y la utilización de algunos instrumentos como el MMPI, quien puede resultar útil para diferenciar el TOC de otros trastornos de la forma del pensamiento más insidioso, entre otros, lo que implican algunos estudios es que quizá el diagnostico habitual del TPOC en presencia del TOC aporte muy poca información.

A pesar de la existencia de problemas metodológicos, se mantiene el interés en la valoración de la personalidad en el trastorno obsesivo compulsivo al menos por dos motivos. Primero, un motivo clínico, que se refiere a la posibilidad de que determinados trastornos de la personalidad pueden ayudar a predecir una peor evolución del TOC, tanto con terapia conductual como con tratamiento farmacológico. Segundo, un motivo teórico que se plantea si el TPOC o los

rasgos que lo caracterizan están íntimamente ligados al TOC, o si pueden producir su desarrollo, como se afirmaba en el DSM-II (American Psychiatric Association, 1968).

6. Objetivos e hipótesis

Si bien algunos autores (Torres et al., 2006) han encontrado un alto porcentaje de trastornos de personalidad en una amplia muestra de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (N=108), concretamente para trastornos de personalidad paranoide (35,3%), esquizotípica (24,9%), evitativa (27%), dependiente (11,7%) y narcisista (4,5%), con un mínimo porcentaje para el trastorno obsesivo compulsivo de personalidad (4%), no se evidencia especificidad desde las creencias de cada trastorno; otros estudios sugieren que no existe tal relación trastorno obsesivo compulsivo vs trastorno obsesivo compulsivo (Steketee, 1990). Cabe entonces plantearse como objetivo general de esta investigación:

- Determinar si existe relación entre las creencias de los trastornos de la personalidad y el trastorno obsesivo-compulsivo.

Como pasos importantes para abordar este objetivo anteriormente descrito, se plantean de forma específica los siguientes:

- Analizar la asociación entre las creencias de los trastornos de la personalidad del Grupo A (esquizoide, esquizotípico y paranoide) con el TOC
- Identificar la asociación entre las creencias de los trastornos de la personalidad del Grupo B (histriónico, narcisista, antisocial y límite) con el TOC
- Determinar la asociación entre las creencias de los trastornos de la personalidad del Grupo C (por evitación, obsesivo-compulsivo y por dependencia) con el TOC
- Identificar la asociación entre las creencias del trastorno de la personalidad no especificado, pasivo-agresivo, con el TOC
- Analizar si existen diferencias significativas en dichas asociaciones con relación al tipo de subdiagnóstico TOC (tipo lavador, tipo chequeador, tipo duda, tipo enlentecimiento)

Las hipótesis que orientan el estudio son:

- Los pacientes diagnosticados con TOC presentan creencias del tipo paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad
- Los pacientes diagnosticados con TOC presentan creencias limítrofes, narcisistas, antisociales e histriónicos de la personalidad
- Los pacientes diagnosticados con TOC presentan creencias del tipo evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo de la personalidad.
- Los pacientes diagnosticados con TOC, tipo comprobador presentan creencias de la personalidad de los grupos A, B, y C.
- Los pacientes diagnosticados con TOC, tipo limpiador, presentan creencias de la personalidad de los grupos A, B y C.
- Los pacientes diagnosticados con TOC, tipo enlentecimiento presentan creencias de la personalidad de los grupos A, B y C.
- Los pacientes diagnosticados con TOC, tipo duda presentan creencias de la personalidad de los grupos A, B y C.

7. Diseño metodológico: casos y controles

Este tipo de diseño de investigación epidemiológica se inscribe dentro de la vertiente epidemiológica analítica donde se plantean hipótesis de estudio explícita y se requiere que se pongan a prueba. El esquema analítico se inicia a partir de un grupo, denominado "casos", constituido por un grupo de sujetos caracterizados por presentar el diagnóstico de un trastorno o variable dependiente que se desea estudiar. Se entiende que el carácter probatorio de esta condición debe ser de la máxima rigurosidad, utilizándose para tales efectos, diferentes métodos diagnósticos, como son los tests diagnósticos o las entrevistas estructuradas. El sujeto "caso" puede ser un individuo (de hecho lo es) portador de un trastorno mental diagnosticado con anterioridad y que en la actualidad pueda ser verificado, pudiendose utilizar fuentes de información como la mejor evidencia clínica o anatomo-patológica del trastorno en estudio.

Este diseño busca determinar la frecuencia de exposición a la(s) variable(s) independientes(s) entre los individuos diagnosticados, la que se comparará con similar frecuencia entre un grupo de individuos libres de la presencia del diagnostico del trastorno, grupo que se denominará como "controles"

El presente trabajo está matriculado entonces a la investigación empírico-analítica, diseño de casos y controles, puesto que se observa un evento en un tiempo específico (estudio de corte transversal), analiza y busca explicaciones a factores relacionados entre sí, de modo tal que se logra establecer cuál será la variable que se asocia más y de forma significativa.

Se contará con dos grupos de estudio, grupo casos y controles. El grupo casos estará compuesto por personas diagnosticadas con trastorno obsesivo compulsivo (n=30), y un grupo control (n=50). Población total aproximada (n=80). Se considera una muestra representativa considerando como criterio el cálculo sobre el número de variables estudiadas por 5. De esta manera, se consideraron las siguientes variables:

Nombre de las variables	Ítems	Número de variables
Creencias relacionadas con trastornos de la personalidad (PBQ-SF)	65 ítems	10
Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (MOCI)	30 ítems	4
Diagnóstico trastorno obsesivo compulsivo, entrevista MINI	Con diagnóstico	2
	Sin diagnóstico	
Edad	18 - 21	4
	22 - 25	
	26 - 30	
	30 o más	
Sexo	Hombre	2
	Mujer	
Estado Civil	Soltero	5
	Casado o convivencia	
	Separado	
	Viudo	
	Religioso	
Estrato	1	6
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
Ocupación	Estudiante	3
	Empleado	
	Desempleado	
Escolaridad	Básica primaria	4
	Secundaria	
	Técnico	
	Profesional	

En cuanto al método, la explicación se da mediante la experimentación científicamente controlada, a través de procesos hipotético deductivos e hipotético inductivos. El saber es ordenado tomando como punto de partida una realidad por conocer, la recolección de datos como una forma de conocer dicha realidad es medible y cuantificable y la finalidad es explicar.

Los proyectos de investigación correspondientes al tipo No Experimental no tienen como objetivo manipular variables. Es decir, se trata de estudios donde no se hace variar de forma intencional las variables independientes para un efecto sobre otras variables. Lo que se hace en la presente investigación es observar, evaluar fenómenos tal como se da en el contexto natural, para posteriormente analizarlos. En este estudio de tipo no experimental no se genera ninguna

situación, sino que se observan fenómenos ya existentes (diagnostico trastorno obsesivo compulsivo). Como variable independiente ocurre y no es posible manipularla, no se puede influir sobre ella, porque ya ha sucedido al igual que sus efectos.

Además de lo anterior, la investigación corresponde a un diseño Transeccional o transversal, correlacional, pues la recolección de datos se hará en un momento dado, en un tiempo único. A su vez describir la relación entre varias categorías (creencias de los trastornos de la personalidad y el trastorno obsesivo compulsivo y sub-categorías). El estudio busca determinar asociaciones entre variables sin precisar sentido de causalidad o pretender analizar relaciones causales.

7.1. Población y muestra

La investigación se realizará eligiendo una población neutra con características aproximadas en cuanto a la edad, sexo y estrato social residentes en el área metropolitana de la ciudad de Medellín. La selección de la muestra será no aleatoria, el grupo caso se compondrá de personas que se encuentren diagnosticadas con trastorno obsesivo obsesivo-compulsivo que de acuerdo a la disponibilidad y acceso a las instituciones de salud mental y a pacientes con el diagnostico de TOC, se espera que sean alrededor de 30 personas; mientras que el grupo control estará compuesto por personas que no padecen dicho trastorno y que no han sido diagnosticados con el mismo.

7.2. Instrumentos

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Es una entrevista diagnostica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DMS-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) y el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2008) como son trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno distímico, episodio depresivo mayor, riesgo de suicidio, episodio maníaco e hipomaníaco, fobia social, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia,

estado por estrés postraumático, trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas, abuso y dependencia de alcohol, trastornos psicóticos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa. La Mini International Neuropsychiatric Interview fue elaborada por Sheehan et al. (1998). Tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto y puede ser utilizada por clínicos luego de una breve sesión de entrenamiento. Actualmente está disponible en 43 idiomas, es estructurada en formato y algoritmos, modular por categorías diagnósticas, con una duración de entre 15 y 20 minutos y fiabilidad evidenciada mediante estudios frente a CIDI y SCID.

Para la confirmación del diagnóstico psiquiátrico del trastorno obsesivo compulsivo en el grupo de casos se usará el Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (1998), Versión en Español 5.0.0, que es un formato de entrevista que evalúa los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y el ICD-10. Es el instrumento más usado en el mundo para este propósito; ha sido traducido a 43 idiomas y es utilizado en más de 100 países. Se han realizado estudios de validez y confiabilidad comparando el M.I.N.I. con el Structure Clinical Interview for DSM diagnoses (SCID-P) en inglés y francés y con el Composite International Diagnostic Interview for ICD-10 (CIDI) en inglés, francés y árabe. Los resultados indican que el M.I.N.I. presenta una validez y confiabilidad aceptablemente altos. Adicionalmente, ha sido validado mediante la opinión de expertos de una amplia muestra de cuatro países europeos (Francia, Reino Unido, Italia y España). El M.I.N.I. está dividido en una serie de módulos, cada uno identificado con una letra. Para el presente trabajo únicamente se hizo uso del módulo H para el diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo.

Personality Belief Questionnaire (PBQ)

Es instrumento que evalúa las creencias típicas asociadas con cada uno de los trastornos de la personalidad considerando las clasificaciones para el momento de su construcción DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). Contiene 126 ítems (nueve escalas, cada una con 14 ítems). En esencia, el cuestionario evalúa creencias representativas del trastorno esquizoide, paranoide, antisocial, narcisista, histriónico, por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo de la personalidad y pasivo-agresivo, además del trastorno límite de la personalidad. El cuestionario no incluye creencias sobre el trastorno esquizotípico de la personalidad, lo cual puede justificarse por la rareza cognitiva que gira en torno a miedos, preocupaciones y

desvinculación de naturaleza social e ideas paranoicas, evaluados en los trastornos por evitación, esquizoide y paranoide de la personalidad (Beck et al., 2006).

De manera resumida, las creencias centrales sobre la necesidad de la autonomía, aislamiento y desapego forman parte del trastorno esquizoide de la personalidad; creencias de ser diferente y raro son centrales en el trastorno de la personalidad esquizotípico y creencias sobrevaloradas y generalizadas sobre la desconfianza y la necesidad de cautela corresponden al trastorno paranoide de la personalidad. Las creencias a favor de la explotación, la manipulación y el delito representan el trastorno antisocial de la personalidad; las creencias de grandiosidad y competitividad corresponden al trastorno narcisista de la personalidad; las creencias a favor de la expresividad y hacer románticas todas las situaciones e impresionar a los demás representan al trastorno histriónico de la personalidad y las creencias relacionadas con la inestabilidad afectiva y frente a la imposibilidad para controlar las emociones y el comportamiento impulsivo son centrales en el trastorno límite de la personalidad (Londoño, Calvete, & Palacio, 2012).

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

En esencia, el cuestionario evalúa creencias representativas del trastorno esquizoide, paranoide, antisocial, narcisista, histriónico, por evitación, por dependencia, obsesivo compulsivo de la personalidad y pasivo agresivo, además del trastorno límite de la personalidad. La versión ha utilizar para fines del trabajo actual será la prueba PBQ-SF en Colombia validada por Londoño et al. (2012).

Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (MOCI)

El Inventario obsesivo-compulsivo de Maudsley es un cuestionario de autoevaluación, diseñado para investigar distintos tipos de síntomas en pacientes con rituales. Se trata de un

cuestionario autoaplicado de 30 ítems con respuesta tipo verdadero/falso donde se puede obtener información de cuatro áreas distintas: comprobación, limpieza, enlentecimiento y duda, así como una puntuación global. No está diseñado para diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo, valora mas bien el peso de los distintos rituales en los pacientes obsesivos. Su interés radica en la ordenación de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo y para la comparación intra e inter-sujetos con fines investigativos principalmente.

Un análisis de los componentes principales produjo cuatro factores ortogonales que explicaban el 43% de la varianza total: comprobación, limpieza, enlenticimiento y duda. El MOCI produce una puntuacón total y/o cuatro puntuaciones de subescalas. Hodgson y Rachman (1977) publican medias y variaciones estándar para 100 pacientes obsesivos heterogeneos: total u = 18.86 (4.92), comprobación = 6.10 (2.21), limpieza = 5.55 (3.04), enlenticimiento = 3.63 (1.93) y duda = 5.39 (1.6). los coeficientes alfa de las subescalas se hallan entre el 0.7-0.8 y se ha encontrado una buena fiabilidad test-retest en 50 adultos no clínicos (Tau de Kendall de 0.8). Recientemente, las normas no clínicas del MOCI fueron descritas por Dent y Salkovskis (1986).

Aunque el MOCI se describe como una medida de síntomas (o quejas) obsesivas, es posible que la subescala de duda mida de hecho un rasgo de personalidad. Hodgson y Rachman (1977) presentan argumentos en contra de esta sugerencia. La duda es un rasgo obsesivo relativamente obicuo (Akhtar, Wig, Varma, Pershad, & Verma, 1975). A diferencia de los rasgos incluídos en el Inventario Obsesivo de Leyton (LOI), el consenso es mayor en relación a la posición central de la duda en la enfermedad obsesiva (Janet & Raymond, 1903; Lewis, 1936; Rapopor, 1989; Reed, 1985).

El MOCI es una medida extremadamente conveniente a juzgar por su brevedad. También se ha ganado una amplia aceptación de la comunidad académica y ha sido empleado en numerosos estudios (McNally & Kohlbeck, 1993; Persons & Foa, 1984; Tallis & de Silva, 1992). El MOCI muestra cierta sensibilidad a los efectos de los fármacos y parece ser sensible al cambio tras la terapia conductual (Rachman & Hodgson, 1980).

7.3. Procedimiento

La investigación se realizó eligiendo una población neutra con características aproximadas en cuanto a la edad, sexo y estrato social residentes en el área metropolitana de la ciudad de Medellín. La selección de la muestra fue no aleatoria, el grupo caso fue de personas diagnosticadas con trastorno obsesivo obsesivo-compulsivo, mientras que el grupo control compuesto por personas que no han sido diagnosticados con el mismo.

En la muestra poblacional se procedió inicialmente a la aplicación de los instrumentos, la Mini International Neuropsychiatric Interview Interview (Sheehan et al., 1998), módulo H para el diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo. De manera inmediata, al grupo caso se le aplicó el Inventario obsesivo-compulsivo de Maudsley (MOCI) con el cual se valoró el peso de los distintos rituales en los pacientes obsesivos como son la comprobación, limpieza, enlentecimiento y duda, así como una puntuación global. La aplicación estuvo a cargo del investigador principal, estudiante de la maestría en psicología de la Universidad de san Buenaventura.

7.4. Plan de análisis

Elaborados los cuestionarios y la entrevista MINI, se procedió al análisis estadístico. En un primer momento se evaluaron las frecuencias y porcentajes para variables categóricas, y la media y deviación para variables cuantitativas. En un segundo momento, se buscará la relación entre las variables utilizando el coeficiente de correlación sea paramétrico o no, de acuerdo a la hipótesis de normalidad y al estadístico de la misma, teniendo en cuenta los datos demográficos y creencias en la población objeto de estudio.

Posteriormente, se compararán los resultados obtenidos buscando diferencias significativas a partir de una prueba de diferencias de medias o medianas; sea el caso, y se establecerán los Intervalos de Confianza para la diferencia, entre creencias de los trastornos de la personalidad y el trastorno obsesivo compulsivo, y un análisis para determinar diferencias entre ambos grupos de trastornos.

Por último, se evaluó el índice de Determinación con un análisis de regresión, determinando las principales creencias acerca de los trastornos de la personalidad asociadas al trastorno obsesivo compulsivo a través del instrumento Cuestionario de creencias de personalidad-versión breve" (PBQ-sf), validada por Londoño et al. (2012) para Colombia.

Con el programa SPSS (Statistical Product and Service Solutions"), se evaluará el índice de R con análisis de regresión. Posteriormente se realizará un análisis correlacional de datos demográficos y creencias en la población objeto de estudio, también un análisis comparativo entre creencias de los trastornos de la personalidad y el trastorno obsesivo compulsivo, y un análisis para determinar si existe asocoaciación entre ambos grupos de trastornos. Finalmente, se determinarán las principales creencias acerca de los trastornos de la personalidad asociadas al trastorno obsesivo compulsivo a través del instrumento Cuestionario de creencias de personalidad-versión breve" (PBQ-sf), validada por Londoño et al. (2012) para Colombia.

7.5. Variables

Para el estudio consistente en la asociación de creencias de los trastornos de la personalidad y el trastorno obsesivo compulsivo, se tendrán tres variables básicas: dos variables diagnósticas evaluadas mediante los instrumentos M.O.C.I y la entrevista M.I.N.I para el diagnostico del TOC; y la variable creencias evaluada mediante la prueba PBQ-SF validada para Colombia por Londoño et al. (2012).

8. Resultados

Tabla 1. Caracterización de la muestra

		Sin diagnóstico N = 47		Con diagnóstico N = 18		Total N = 65	
		N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	9	13,8%	4	6,2%	13	20,0%
	Femenino	38	58,5%	14	21,5%	52	80,0%
Estado Civil	Soltero	30	46,2%	13	20,0%	43	66,2%
	Casado	17	26,2%	4	6,2%	21	32,3%
	Separado	0	0,0%	1	1,5%	1	1,5%
sitioev	Consulta psicológica	0	0,0%	2	3,1%	2	3,1%
	Estudiante Universitario	47	72,3%	13	20,0%	60	92,3%
	Otros	0	0,0%	3	4,6%	3	4,6%
Estrato	1	1	1,5%	1	1,5%	2	3,1%
	2	11	16,9%	3	4,6%	14	21,5%
	3	23	35,4%	8	12,3%	31	47,7%
	4	3	4,6%	6	9,2%	9	13,8%
	5	8	12,3%	0	0,0%	8	12,3%
	6	1	1,5%	0	0,0%	1	1,5%
Nivel Académico	Bachillerato Incompleto	0	0,0%	2	3,1%	2	3,1%
	Bachillerato Completo	0	0,0%	1	1,5%	1	1,5%
	Estudios Superiores Incompletos	47	72,3%	14	21,5%	61	93,8%
	Estudios Superiores Completos	0	0,0%	1	1,5%	1	1,5%
Ocupación	Empleado	18	27,7%	9	13,8%	27	41,5%
	Independiente	2	3,1%	1	1,5%	3	4,6%
	Desempleado	0	0,0%	1	1,5%	1	1,5%
	Estudiante	27	41,5%	7	10,8%	34	52,3%

La muestra está definida por un 13,8% que corresponde a los hombres que fueron clasificados sin trastorno Obsesivo Compulsivo, y el 6,2% con el trastorno, lo que corresponde a 13 hombres aportando el 20% de la muestra. El grupo de mujeres está representado por el 80% y corresponde a 58,5% sin trastorno obsesivo Compulsivo y el 21,5% con Trastorno Obsesivo compulsivo.

La gran mayoría de la muestra, es decir, el 66,2% se encuentra soltera de los cuales el 46,2% son mujeres y el 20% son hombres, pertenecientes en su gran mayoría al estrato 3 lo que clasifica la muestra en un nivel socioeconómico medio. Con un grado de educación de estudios superiores incompletos en un 93,8% y con una ocupación de empleados en un 41,5% y como estudiantes el 52,3% de la muestra total.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos del cuestionario de Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (MOCI)

	Sin diagnóstico N = 47				Con diagnóstico N = 18				Total N = 65			
	Media	**D.E.**	**Mínimo**	**Máximo**	**Media**	**D.E.**	**Mínimo**	**Máximo**	**Media**	**D.E.**	**Mínimo**	**Máximo**
MOCI Comprobación	*14*	*1*	*10*	*16*	*13*	*2*	*10*	*15*	*14*	*1*	*10*	*16*
MOCI Limpieza	*15*	*1*	*12*	*18*	*16*	*1*	*14*	*17*	*15*	*1*	*12*	*18*
MOCI Enlentecimiento	*10*	*1*	*8*	*13*	*10*	*1*	*8*	*13*	*10*	*1*	*8*	*13*
MOCI Duda	*12*	*1*	*9*	*14*	*11*	*2*	*8*	*13*	*12*	*1*	*8*	*14*

Se encuentran valoraciones altas en cada una de las dimensiones del Trastorno Obsesivo Compulsivo, determinados para cada uno de los grupos, cabe mencionar que el promedio para Comprobación en el grupo control, es mayor que para el grupo caso con una distancia entre los valores más altos; lo mismo ocurre con la dimensión de Duda la diferencia de valoraciones para el grupo caso es mayor en cada una de las respuestas, respecto al promedio de la prueba.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos del cuestionario de Creencias relacionadas con trastornos de la personalidad (PBQ-SF)

	Sin diagnóstico N = 47				Con diagnóstico N = 18				Total N = 65			
	Media	**D.E.**	**Mínimo**	**Máximo**	**Media**	**D.E.**	**Mínimo**	**Máximo**	**Media**	**D.E.**	**Mínimo**	**Máximo**
Esquizoide	*13*	*4*	*5*	*24*	*14*	*3*	*7*	*20*	*13*	*4*	*5*	*24*
Paranoide	*6*	*5*	*0*	*22*	*11*	*6*	*0*	*21*	*7*	*6*	*0*	*22*
Antisocial	*9*	*5*	*0*	*22*	*11*	*5*	*3*	*20*	*10*	*5*	*0*	*22*
Narcisista	*7*	*5*	*0*	*20*	*10*	*6*	*2*	*20*	*8*	*5*	*0*	*20*
Histriónico	*7*	*5*	*0*	*17*	*9*	*5*	*1*	*15*	*7*	*5*	*0*	*17*
Límite	*7*	*5*	*0*	*15*	*10*	*6*	*1*	*19*	*7*	*6*	*0*	*19*
Por Evitación	*10*	*5*	*2*	*25*	*15*	*4*	*8*	*21*	*11*	*5*	*2*	*25*
Por Dependencia	*6*	*5*	*0*	*16*	*10*	*5*	*2*	*20*	*7*	*5*	*0*	*20*
Obsesivo Compulsivo	*9*	*5*	*1*	*25*	*15*	*6*	*2*	*23*	*11*	*6*	*1*	*25*
Pasivo Agresivo	*10*	*4*	*1*	*18*	*13*	*4*	*4*	*19*	*11*	*4*	*1*	*19*

Se observa diferencias entre los grupos de valoraciones respecto a las dimensiones de la prueba de Creencias relacionadas con trastornos de la personalidad, aunque no se puede afirmar que existen diferencias, para la dimensión Esquizoide, el promedio, se encuentra entre el límite superior y la media, para la dimensión Paranoide, en las personas con diagnóstico, se observa claramente que la media, se encuentra llegando al límite superior de la normal, en la dimensión Antisocial, el promedio, se encuentra entre el límite superior y la media, en cuanto a la dimensión

Narcisista, las puntuaciones tanto para el grupo caso como el grupo control, se encuentran en el promedio de lo normal, para el Histriónico, igualmente, el promedio, se encuentra entre el límite superior y la media, para la dimensión Límite, en las personas con diagnóstico, se observa claramente que la media, se encuentra llegando al límite superior de la normal, en tanto para la dimensión Por Evitación, las puntuaciones tanto para el grupo caso como el grupo control, se encuentran en el promedio de lo normal; para la dimensión por Dependencia, las puntuaciones tanto para el grupo caso como el grupo control, se encuentran en el promedio de lo normal; sin embargo, tanto en el grupo caso como en el grupo control, la dimensión Obsesivo Compulsivo, se encuentra por debajo del límite inferior, lo mismo ocurre con la dimensión Pasivo Agresivo, encontrándose la puntuación a una desviación, menor que la puntuación de la dimensión.

		MOCI Comprobación	MOCI Limpieza	MOCI Enlentecimiento	MOCI Duda	Esquizoide	Paranoide	Antisocial	Narcisista	Histriónico	Límite	Por Evitación	Por Dependencia	Obsesivo Compulsivo	Pasivo Agresivo
MOCI Comprobación	**Correlación de Pearson**	1	-,075	-,183	,148	-,049	**-,394****	-,267*	-225	-,294*	-,328**	**-,457****	-,355**	-,372**	-,269*
	Sig. (bilateral)		,551	,145	,240	,699	,001	,031	,000	,017	,008	,000	,004	,002	,030
	N		65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
MOCI Limpieza	**Correlación de Pearson**		1	,107	-,277*	,121	,225	,237	,318**	,201	,094	,248*	,175	**,389****	,273*
	Sig. (bilateral)			,396	,025	,338	,072	,057	,010	,109	,458	,047	,163	,001	,028
	N		65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
MOCI Enlentecimiento	**Correlación de Pearson**			1	-,053	-,254*	-,091	-,108	,125	,049	-,049	-,024	,149	,131	-,086
	Sig. (bilateral)				,673	,041	,473	,394	,321	,698	,699	,852	,237	,299	,496
	N			65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
MOCI Duda	**Correlación de Pearson**				1	-,062	-,097	-,182	-,182	-,076	-,108	-,251*	-,128	**-,450****	-,324**
	Sig. (bilateral)					,624	,444	,147	,147	,546	,392	,044	,310	,000	,009
	N				65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
Esquizoide	**Correlación de Pearson**					1	**,422****	**,416****	,296*	,209	,241	**,394****	,146	,330**	**,479****
	Sig. (bilateral)						,000	,001	,017	,095	,053	,001	,244	,007	,000
	N					65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
Paranoide	**Correlación de Pearson**						1	**,519****	**,602****	**,475****	**,657****	**,665****	**,593****	**,425****	**,574****
	Sig. (bilateral)							,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N						65	65	65	65	65	65	65	65	65
Antisocial	**Correlación de Pearson**							1	**,659****	**,760****	**,646****	**,657****	**,676****	**,532****	**,683****
	Sig. (bilateral)								,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N							65	65	65	65	65	65	65	65
Narcisista	**Correlación de Pearson**								1	**,740****	**,644****	**,736****	**,765****	**,736****	**,575****
	Sig. (bilateral)									,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N								65	65	65	65	65	65	65
Histriónico	**Correlación de Pearson**									1	**,759****	**,640****	**,800****	**,544****	**,543****
	Sig. (bilateral)										,000	,000	,000	,000	,000
	N									65	65	65	65	65	65
Límite	**Correlación de Pearson**										1	**,680****	**,850****	**,378****	**,491****
	Sig. (bilateral)											,000	,000	,002	,000
	N										65	65	65	65	65
Por Evitación	**Correlación de Pearson**											1	**,665****	**,737****	**,625****
	Sig. (bilateral)												,000	,000	,000
	N											65	65	65	65
Por Dependencia	**Correlación de Pearson**												1	**,497****	**,457****
	Sig. (bilateral)													,000	,000
	N												65	65	65
Obsesivo Compulsivo	**Correlación de Pearson**													1	**,632****
	Sig. (bilateral)														,000
	N													65	65
Pasivo Agresivo	**Correlación de Pearson**														1
	Sig. (bilateral)														
	N														65

Tabla 4. Correlaciones de las dimensiones de (MOCI) y las dimensiones de (PBQ-SF).

Tabla 5. Prueba de Normalidad para dimensiones (MOCI)

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	**gl**	**Sig.**	**Estadístico**	**gl**	**Sig.**
MOCI Comprobación	*,230*	*65*	*,000*	*,873*	*65*	*,000*
MOCI Limpieza	*,170*	*65*	*,000*	*,939*	*65*	*,003*
MOCI Enlentecimiento	*,170*	*65*	*,000*	*,927*	*65*	*,001*
MOCI Duda	*,184*	*65*	*,000*	*,917*	*65*	*,000*

Teniendo en cuenta que la muestra es mayor de 50 sujetos, se observa en el Estadístico de Kolmogorov - Smirnov y su significancia, que las variables distribuyen normalmente.

Tabla 6. Prueba de Normalidad para dimensiones (PBQ-SF).

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	**gl**	**Sig.**	**Estadístico**	**gl**	**Sig.**
Esquizoide	*,094*	*65*	*,200**	*,982*	*65*	*,453*
Paranoide	*,135*	*65*	*,005*	*,921*	*65*	*,000*
Antisocial	*,089*	*65*	*,200**	*,977*	*65*	*,263*
Narcisista	*,119*	*65*	*,024*	*,938*	*65*	*,003*
Histriónico	*,151*	*65*	*,001*	*,927*	*65*	*,001*
Límite	*,170*	*65*	*,000*	*,905*	*65*	*,000*
Por Evitación	*,082*	*65*	*,200**	*,983*	*65*	*,498*
Por Dependencia	*,154*	*65*	*,001*	*,926*	*65*	*,001*
Obsesivo Compulsivo	*,101*	*65*	*,097*	*,968*	*65*	*,090*
Pasivo Agresivo	*,069*	*65*	*,200**	*,977*	*65*	*,274*

Teniendo en cuenta que la muestra es mayor de 50 sujetos, se observa en el Estadístico de Kolmogorov - Smirnov y su significancia, que las variables no distribuyen normalmente.

Tabla 7. Prueba t de Student para Diferencias de Medias para dimensiones (MOCI) y grupo control y Caso.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia Inferior	Superior
MOCI Comprobación	Se han asumido varianzas iguales	*10,185*	*,002*	*2,571*	*63*	*,013**	*,910*	*,354*	*,203*	*1,618*
	No se han asumido varianzas iguales			*2,104*	*22,320*	*,047**	*,910*	*,433*	*,014*	*1,807*
MOCI Limpieza	Se han asumido varianzas iguales	*,406*	*,526*	*-1,935*	*63*	*,057*	*-,730*	*,377*	*-1,485*	*,024*
	No se han asumido varianzas iguales			*-2,147*	*38,737*	*,038**	*-,730*	*,340*	*-1,419*	*-,042*
MOCI Enlentecimiento	Se han asumido varianzas iguales	*,874*	*,353*	*,261*	*63*	*,795*	*,084*	*,321*	*-,557*	*,725*
	No se han asumido varianzas iguales			*,240*	*26,412*	*,812*	*,084*	*,349*	*-,634*	*,802*
MOCI Duda	Se han asumido varianzas iguales	*1,925*	*,170*	*3,199*	*63*	*,002**	*1,183*	*,370*	*,444*	*1,922*
	No se han asumido varianzas iguales			*2,850*	*25,159*	*,009**	*1,183*	*,415*	*,328*	*2,038*

*** p < 0,05 diferencias significativas**

Se observan diferencias significativas entre las dimensiones de Comprobación siendo la puntuación más alta para el grupo control que para los casos con un valor de p = 0.047, no asumiéndose varianzas iguales con un I.C (0.014 ; 1.807). Con la dimensión de Duda siendo la puntuación más alta para el grupo control que para los casos con un valor de p = 0.009, no asumiéndose varianzas iguales con un I.C (0.328 ; 2.038).

Tabla 8. Prueba U de Mann Whitney de Muestras independientes para dimensiones (PBQ-SF) y grupo control y Caso.

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Esquizoide	*329,000*	*1457,000*	*-1,383*	*,167*
Paranoide	*220,500*	*1348,500*	*-2,978*	***,003****
Antisocial	*335,500*	*1463,500*	*-1,287*	*,198*
Narcisista	*272,500*	*1400,500*	*-2,213*	***,027****
Histriónico	*317,000*	*1445,000*	*-1,560*	*,119*
Límite	*293,000*	*1421,000*	*-1,913*	*,056*
Por Evitación	*165,000*	*1293,000*	*-3,791*	***,000****
Por Dependencia	*284,500*	*1412,500*	*-2,038*	***,042****
Obsesivo Compulsivo	*196,500*	*1324,500*	*-3,326*	***,001****
Pasivo Agresivo	*233,500*	*1361,500*	*-2,785*	***,005****

*** p < 0,05 diferencias significativas**

Se observan diferencias significativas con el TOC y la dimensión Paranoide del Grupo A. con un valor de p = 0.003, el TOC y la dimensión Narcisista del Grupo B, con un valor de p = 0.027, con el TOC y la dimensión Por Evitación con un valor de p = 0.000, la dimensión Por Dependencia con un valor de p = 0.042 y la dimensión Obsesivo Compulsivo del Grupo C, con un valor de p = 0.001 y del TOC con la dimensión Pasivo Agresivo del Grupo no especificado, con un valor de p = 0.005; siendo las puntuaciones más altas en el grupo caso.

9. Discusión

El propósito del presente trabajo de investigación fue determinar si existe relación entre las creencias de los trastornos de la personalidad y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en una población de personas con diagnóstico de TOC, planteando como pasos importantes el análisis de la asociación entre las creencias de los trastornos de la personalidad del grupo A, B y C, de acuerdo a la clasificación DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), con las creencias de sujetos diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo. Además de poder observar si se dan diferencias significativas en dichas asociaciones con relación al tipo de subdiagnóstico TOC (tipo lavador, tipo chequeador, tipo duda, tipo enlentecimiento).

Es importante a la hora de mostrar los resultados presentar las características de la población evaluada, evidenciando que del total de la muestra el 20% fueron hombres, de los cuales el 6,2% estaban diagnosticados con el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), y el 13,8% sin diagnóstico. En cuanto al género femenino, las mujeres diagnosticadas con TOC equivalen al 21,5% de la muestra total (80%) y sin el diagnóstico el 58,5%. En ambos géneros, la gran mayoría es población soltera con un 20% para hombres y un 46,2% para mujeres, y de estrato 3 que hace referencia a un nivel socioeconómico bajo. Empleados 41,5%, estudiantes 52,3%.

Se ha evidenciado que existe asociación entre los trastornos de la personalidad y las dimensiones del MOCI referidas al TOC, específicamente las dimensiones de comprobación, limpieza y duda con los trastornos de la personalidad paranoide, por evitación y obsesivo compulsivo, lo cual se puede relacionar, aunque sin especificación alguna, lo ya mencionado por algunos algunas investigaciones al presentar resultados que muestran la existencia de relación entre síntomas obsesivos evaluados a través del MOCI -The Maudsley Obsessional-Compulsive lnventory- (Hodgson & Rachman, 1977) y 9 de los 13 tipos de personalidad. De la misma forma que Hyler y Rieder (1987), encontraron relación entre síntomas obsesivos y 10 de los 13 trastornos de personalidad evaluados en el PDQ-R (Personality Diagnostic Questionnaire-Revised).

Si bien las investigaciones no dan una muestra clara de asociación entre el TOC y los

trastornos de la personalidad, algunos autores hacen referencia sobre dicha relación diferenciando los instrumentos de evaluación y empleando evaluaciones estructuradas, se ha demostrado que la mayoría de las personas con TOC cumplen los criterios para al menos una comorbilidad con un trastorno de personalidad (Hollander et al., 1994).

A través de los resultados de esta investigación se pudo precisar que de las dimensiones del MOCI, la de comprobación es la más estrechamente relacionada con los trastornos de la personalidad, específicamente, el paranoide y el trastorno por evitación, lo cual puede tener relevancia al mirar las investigaciones de Joffe et al. (1988), quienes encontraron que el 83% de 23 pacientes con TOC tenían trastornos de personalidad. De los más frecuentes fue el trastorno de personalidad por evitación con un 56%, encontrando coincidencia con la investigación llevada a cabo por Mavissakalian et al. (1990), quienes encuentran que un 53% de pacientes con TOC recibieron al menos un diagnóstico de trastorno de personalidad. Los diagnósticos más frecuentes fueron: evitación (30%) y Paranoide con un 16%. Con respecto a este último, Horesh et al. (1993) evaluaron 45 pacientes con TOC empleando la entrevista estructurada “Structured Clinical lnterview for the Diagnosis of Axis II Disorders” (SCID-II) y encontraron que el 75% de los pacientes tuvo al menos un trastorno de la personalidad, de los cuales al paranoide correspondía el segundo lugar con un 15% de la población evaluada. Los mismos son apoyados en los encontrados por Torres et al. (2006), al determinar que la mayoría de las personas con TOC tienen al menos un trastorno de la personalidad. En una amplia muestra de pacientes encontraron que el 74% cumplían criterios para, al menos, un trastorno de personalidad. Concretamente, los trastornos de personalidad paranoide (35,3%), por evitación (27%) y narcisista (4,5%).

En cuanto a la relación TOC y TPOC los datos suelen ser contradictorios al no apoyar una relación entre TOC y TOCP, en particular al determinar que los trastornos de personalidad más frecuentes en el grupo de pacientes con TOC fueron histriónico, dependiente y límite, pero ningún paciente fue diagnosticado con TPOC (Baer et al., 1990; Black et al., 1989; Mavissakalian et al., 1990; Steketee, 1990). Los hallazgos encontrados en la presente investigación dan cuenta de una estrecha relación. En este caso, el trastorno de la personalidad obsesivo compulsiva (TPOC), correspondiente al grupo C (clasificación DSM IV-R), es el que evidencia mayor correlación con las dimensiones del MOCI, específicamente con las

dimensiones de limpieza y duda. No obstante, si bien este resultado no va en contravía de lo reportado en algunas investigaciones, hace parte de un porcentaje disminuido que si la evidencia como lo mencionan Joffe et al. (1988), encontrando que de la muestra total de 23 pacientes con TOC, sólo un paciente (4%) fue diagnosticado con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los resultados también son apoyados por Baer et al. (1990), al evaluar a través de la entrevista estructurada "Structured Interview for DSM-lll Personality Disorders" (SIDP) determinando que si bien el 52% de los pacientes estudiados (96 sujetos con TOC) tenían algún trastorno de personalidad, la puntuación más baja fue para el de personalidad obsesivo-compulsiva con un 6% de la población estudiada.

Considerando que los resultados de asociación de TOC y TPOC, desde el punto de vista de evaluación de creencias, no ha sido referido por ningún autor anteriormente, la presente investigación evidencia una estrecha relación entre las creencias del trastorno de personalidad paranoide y evitativo con las del subtipo del TOC de comprobación, lo cual se puede interpretar una estrecha relación de creencias sobrevaloradas y generalizadas sobre la desconfianza y la necesidad de cautela, la duda insoportable frente a situaciones peligrosas, amenazantes y de fracaso que lleva a una conducta inminente de comprobación y evitación. Además, es posible que haya cierta relación en la concepción de sí mismo de "soy vulnerable al daño" que conduzca a desarrollar ideas de suspicacia y cuidado sobrevaloradas, manteniéndose, en los tres casos, abocados a una enorme vigilancia y a estar siempre en guardia. Esto podría relacionarse con lo dicho por Foa y Kozak (1986), Kozak et al. (1988), sobre la modalidad de creencias relacionadas con "sobrestimar el peligro", haciendo referencia al mantenimiento de unas expectativas generalizadas sobre la peligrosidad de las situaciones, personas u objetos, o dicho de otro modo, la tendencia a prever daños o consecuencias dañinas en situaciones de la vida cotidiana (Frost et al., 1997), bajo lo cual se podría considerar que se parte del supuesto de que en ambos casos se tiene problemas de razonamiento epistemológico, que se caracteriza por un excesivo temor a posibles daños, y por la creencia de que muchas situaciones y/o personas son peligrosas y/o dañinas, mientras no se demuestre lo contrario. La idea básica es, entonces, que muchas actividades de la vida cotidiana implican ciertos riesgos, que la mayoría de la personas asumen sin excesivos problemas, pero puede que en las personas comprobadores, paranoicas y evitativas, sobrevaloren de forma excesiva estos riesgos. Es posible también interpretar en los tres casos,

comprobaciones estereotipadas a través de una secuencia. Belloch et al. (2011) refiere que en los comprobadores, la verificación va seguida de la duda insoportable de haber comprobado bien, lo que le lleva a una nueva comprobación, comparado por lo mencionado por Beck et al. (2006), en el trastorno paranoico y evitativo de la personalidad, que el ciclo se da a través de la duda de su propia capacidad para tratar con los otros sino se mantiene en guardia y aislado; al mismo tiempo confianza en que podría por lo menos sobrevivir si está suficientemente alerta y solo.

En el mismo orden de ideas, en los resultados de la presente investigación se evidencia relación significativa entre el sistema de creencias del trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva y los subdiagnósticos de TOC, específicamente con el de limpieza y duda, que si bien no ha sido referenciado por algún otro autor, ni se han encontrado investigaciones previas que den cuenta de dicha relación, esta se puede interpretar desde algunos estudios asociados (Samuels et al., 2000) que encuentran que el patrón característico del trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva relacionado con el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal a expensas de la flexibilidad, la apertura y la eficiencia se asocia con frecuencia al TOC. Es posible, por un lado, que los rasgos de personalidad de este tipo estén estrechamente vinculados a algunas clases de manifestación clínica del TOC más que a otras sin especificar a cuáles (Gibbs & Oltmanns, 1995; Tallis et al., 1996). Una hipótesis basada en los resultados es que con frecuencia en los pacientes con TOC, tipo limpieza y duda, ambas obsesiones pueden llegar a ser ideas tan extrañas, sobrevaloradas y extravagantes como en el caso de su propia conciencia perfeccionista en el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva. Se puede mencionar de alguna forma que también puede reflejarse la concepción que se tiene de sí mismo al considerar que para sobrevivir necesita orden, limpieza y control mental en la incertidumbre. A la luz de Belloch, las obsesiones de limpieza y los rituales de limpieza suelen adquirir una forma estereotipada y repetitiva de similar forma como son sostenidas las ideas de perfección en el TPOC, a través de creencias condicionales como “si no soy sistemático, todo se derrumbará”, “si fallo en esto soy un fracaso como persona”. Si se quisiera establecer un patrón relacional con el subtipo del TOC referido a la duda, en el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva la intolerancia a la incertidumbre cobra un significado importante bajo creencias como “es posible estar completamente seguro si me esfuerzo lo suficiente” o “tener dudas resulta insoportable” (Belloch et al., 2011). Podría interpretarse que en la relación TOC Y TPOC, la duda se convierte

en un fenómeno cognitivo de la necesidad de certeza o la intolerancia a la incertidumbre, que se manifiesta de forma extraordinaria y desde el punto de vista clínico es esta el elemento central del TOC (Ciarrocchi, 1995).

También se puede hacer referencia a ciertas creencias instrumentales del TPOC manifestadas por Beck et al. (2006), que se pueden ver reflejadas en el subtipo limpieza y duda del TOC haciéndose visible a través de ciertos imperativos y reglas como: “los detalles son esenciales”, “debo ser yo quien controla”, “prácticamente todo tengo que hacerlo a la perfección”, “para sobrevivir necesito orden (limpieza), sistema y reglas”, “debo estar seguro de todo lo que hago”. De igual manera, se pueden ver manifestados ciertas amenazas en los defectos, la duda, lo sucio y la incertidumbre que conducen a la imperfección. Finalmente, las estrategias también podrían tener algo en común cuando generalmente todo puede girar alrededor de un sistema de reglas, normas y deberes midiendo su propio comportamiento y el de los demás.

10. Conclusiones

El propósito de la presente investigación fue determinar si existe relación entre las creencias de los trastornos de la personalidad de cada uno de los grupos de acuerdo a la clasificación del DSM IV y el trastorno obsesivo compulsivo y los subtipos lavador, chequeador, tipo duda y tipo enlentecimiento. Los resultados evidencian que si bien esta relación no se da en todo los trastornos de la personalidad, si se da con el trastorno paranoide, por evitación y obsesivo compulsivo, apoyado por algunas investigaciones que avalan los resultados al mencionar que se ha demostrado que la mayoría de las personas con TOC cumplen los criterios para al menos una comorbilidad con un trastorno de personalidad (Hollander et al., 1994). Por otro lado, Joffee et al. (1988) encontraron que el 83% de 23 pacientes con TOC tenían trastornos de personalidad. De los más frecuentes fue el trastorno de personalidad por evitación con un 56%, encontrando coincidencia con la investigación llevada a cabo por Mavissakalian et al. (1990), quienes encuentran que un 53% de pacientes con TOC recibieron al menos un diagnóstico de trastorno de personalidad. Los diagnósticos más frecuentes fueron: evitación (30%) y Paranoide con un 16%. Con respecto a este último, Horesh et al. (1993) evaluaron 45 pacientes con TOC empleando la entrevista estructurada “Structured Clinical lnterview for the Diagnosis of Axis II Disorders” (SCID-II) y encontraron que el 75% de los pacientes tuvo al menos un trastorno de la personalidad, de los cuales al paranoide correspondía el segundo lugar con un 15% de la población evaluada. Los mismos son apoyados en los encontrados por Torres et al. (2006), al determinar que la mayoría de las personas con TOC tienen al menos un trastorno de la personalidad. En una amplia muestra de pacientes encontraron que el 74% cumplían criterios para, al menos, un trastorno de personalidad. Concretamente, los trastornos de personalidad paranoide (35,3%), por evitación (27%) y narcisista (4,5%). En cuanto a la relación TOC y TPOC, las investigaciones demuestran un porcentaje muy bajo encontrando que de la muestra total de 23 pacientes con TOC, sólo un paciente (4%) fue diagnosticado con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (Joffe et al., 1988). Estos resultados también son coherentes con los de Baer et al. (1990), al evaluar a través de la entrevista estructurada “Structured Interview for DSM-lll Personality Disorders” (SIDP) determinando que si bien el 52% de los pacientes estudiados (96 sujetos con TOC) tenían algún trastorno de personalidad, la puntuación más baja fue para el de personalidad obsesivo-compulsiva con un 6% de la población estudiada.

En cuanto a los subtipos del TOC, se encontró una relación estrecha del trastorno de la personalidad paranoide, por evitación y el de personalidad obsesivo-compulsivo con el de limpieza, duda y comprobación sobre lo cual no se encuentran investigaciones previas y se decidió realizar interpretaciones e hipótesis de creencias relacionadas de acuerdo al perfil cognitivo del trastorno de la personalidad específico.

11. Referencias

Abramowitz, J. S., Schwartz, S. A., Moore, K. M., & Luenzmann, K. R. (2003). Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, *17*(4), 461–478. doi:10.1016/S0887-6185(02)00206-2

Akhtar, S., Wig, N. N., Varma, V. K., Pershad, D., & Verma, S. K. (1975). A phenomenological analysis of symptoms in obsessive compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, *127*(10), 342–348.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-II*. Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III* (3rd ed.). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales (DSM-IVTR)*. Barcelona: Masson.

Andrews, G., Henderson, S., & Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: Overview of the Australian National Mental Health Survey. *The British Journal of Psychiatry*, *178*(2), 145–153. doi:10.1192/bjp.178.2.145

Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, *10*(2), 176–181. doi:10.1037/1040-3590.10.2.176

Antony, M. M., Downie, F., & Swinson, D. H. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, Research and Treatment* (pp. 3–32). New York: The Free Press.

AuBuchon, P. G., & Malatesta, V. J. (1994). Obsessive compulsive patients with comorbid personality disorder: Associated problems and response to a comprehensive behavior therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, *55*(10), 448–453.

Baer, L., & Jenike, M. A. (1992). Personality disorders in obsessive compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, *15*(4), 803–812.

Baer, L., Jenike, M. A., Ricciardi, J. N., Holland, A. D., Seymour, R. J., Minichiello, W. E., & Buttolph, M. L. (1990). Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, *47*(9), 826–830.

Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: The Guilford Press.

Barlow, D. H., & Di Nardo, P. A. (1991). The diagnosis of generalized anxiety disorder: development, current status, and future directions. In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.),

Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression (pp. 95–118). New York: The Guilford Press.

Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2001). *Psicología anormal: un enfoque integral*. México: Thomson.

Bartlett, F. C. (1995). *Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Penguin.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2006). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.

Beidel, D. C., & Spitelman, B. (2011). Anxiety disorders. In M. Hersen, S. M. Turner, & D. C. Beidel (Eds.), *Adult Psychopathology and Diagnosis* (pp. 349–409). New York: John Wiley & Sons.

Belloch, A., Cabedo, E., & Carrió, C. (2008). Empirically Grounded Clinical Interventions: Cognitive Versus Behaviour Therapy in the Individual Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Changes in Cognitions and Clinically Significant Outcomes at Post-Treatment and One-Year Follow-Up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *36*(05), 521–540. doi:10.1017/S1352465808004451

Belloch, A., Cabedo, E., & Carrió, C. (2011). *TOC: Obsesiones y compulsiones: Tratamiento cognitivo*. Madrid: Alianza.

Belloch, A., Morillo, C., Luciano, J. V., García-Soriano, G., Cabedo, E., & Carrió, C. (2010). Dysfunctional belief domains related to obsessive-compulsive disorder: A further examination of their dimensionality and specificity. *Spanish Journal of Psychology*, *13*(1), 376–388.

Bellodi, L., Sciuto, G., Diaferia, G., Ronchi, P., & Smeraldi, E. (1992). Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *42*(2), 111–120. doi:10.1016/0165-1781(92)90075-E

Biddle, D. (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, *39*(8), 987–1006. doi:10.1016/S0005-7967(00)00085-1

Black, D. W., Yates, W. R., Noyes, R., Pfohl, B., & Kelley, M. (1989). DSM-III personality disorder in obsessive-compulsive study volunteers: A controlled study. *Journal of Personality Disorders*, *3*(1), 58–62.

Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(4), 611–619. doi:10.1037//0022-006X.61.4.611

Borkovec, T. D., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, *28*(2), 153–158. doi:10.1016/0005-7967(90)90027-G

Borkovec, T. D., Shadick, R., & Hopkins, M. (1991). The nature of normal and pathological worry. In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression*. New York: The Guilford Press.

Bower, G. H. (1987). Commentary on mood and memory. *Behaviour Research and Therapy*, *25*(6), 443–455.

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*(4), 585–599.

Brown, T. A., Moras, K., Zinbarg, R. E., & Barlow, D. H. (1993). Diagnostic and symptom distinguishability of generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, *24*(2), 227–240. doi:10.1016/S0005-7894(05)80265-5

Caballo, V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.

Ciarrocchi, J. W. (1995). *The Doubting Disease: Help for Scrupulosity and Religious Compulsions*. Mahwah, N. J.: Paulist Press.

Clark, D. A. (2005). *Intrusive Thoughts in Clinical Disorders: Theory, Research, and Treatment*. New York: The Guilford Press.

Clark, D. A. (2012). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. New York: The Guilford Press.

Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. Cali: Ministerio de la Protección Social.

Crino, R. D., & Andrews, G. (1996). Obsessive-compulsive disorder and axis I comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, *10*(1), 37–46. doi:10.1016/0887-6185(95)00033-X

De Silva, P., & Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *37*(10), 941–51. doi:10.1016/S0005-7967(98)00185-5

Demal, U., Lenz, G., Mayrhofer, A., Zapotoczky, H.-G., & Zitterl, W. (1993). Obsessive-compulsive disorder and depression: A retrospective study on course and interaction. *Psychopathology*, *26*(3-4), 145–150.

Dent, H. R., & Salkovskis, P. M. (1986). Clinical measures of depression, anxiety and obsessionality in non-clinical populations. *Behaviour Research and Therapy*, *24*(6), 689–691.

Diaferia, G., Bianchi, I., Bianchi, M. L., Cavedini, P., Erzegovesi, S., & Bellodi, L. (1997). Relationship between obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *38*(1), 38–42.

Dolan, B., Evans, C., & Norton, K. (1995). Multiple axis-II diagnoses of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, *166*, 107–112.

Epstein, S. (1972). The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy. In C. D. Spielberger & E. S. Barratt (Eds.), *Anxiety: current trends in theory and research* (pp. 292–338). New York: Academic Press.

Fernández, A., & Madrid, A. (2009). Absentismo escolar, ansiedad y adaptación en adolescentes: estudio preliminar. *Ansiedad Y Estrés*, *15*(2-3), 181–192.

Fernández, J. R., & Pérez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, *13*(3), 337–344.

Ferrari, J. R. (1995). Perfectionism cognitions with nonclinical and clinical samples. *Journal of Social Behavior & Personality*, *10*(1), 143–156.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin*, *99*(1), 20–35.

Foa, E. B., & Wilson, R. (2001). *Venza sus obsesiones* (Vol. 1). Barcelona: Robinbook.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rhéaume, J., Letarte, H., & Bujold, A. (1997). Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*(3), 405–413.

Frost, R. O., & Shows, D. L. (1993). The nature and measurement of compulsive indecisiveness. *Behaviour Research and Therapy*, *31*(7), 683–692. doi:10.1016/0005-7967(93)90121-A

Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(4), 291–296.

Frost, R. O., Steketee, G., Amir, N., Bouvard, M., Carmin, C., Clark, D. A., … Yaryura-Tobias, J. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(7), 667–681. doi:10.1016/S0005-7967(97)00017-X

Gabbard, G. O., Goin, M., Gunderson, J., Soloff, P., Spiegel, D., Stone, M., & Pillips, K. (2006). Guía clínica para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. In *Guías Clínicas para el Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos* (pp. 1009–1131). Barcelona: Ars Médica.

Gibbs, N. A., & Oltmanns, T. F. (1995). The relation between obsessive-compulsive personality traits and subtypes of compulsive behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, *9*(5), 397–410. doi:10.1016/0887-6185(95)00020-O

Gili, M., Ferrer, V., Roca, M., & Bernardo, M. (2000). Trastornos psiquiátricos y comorbilidad médica en un estudio epidemiológico comunitario. *Psicothema*, *12*(1), 131–135.

Gunderson, J. G., Links, P. S., & Reich, J. H. (1991). Competing models of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, *5*(1), 60–68.

Hare, R. D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, *1*(2), 111–119.

Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, *15*(5), 389–395. doi:10.1016/0005-7967(77)90042-0

Hollander, E., Stein, D. J., DeCaria, C. M., Cohen, L., Saoud, J. B., Skodol, A. E., … Oldham, J. M. (1994). Serotonergic sensitivity in borderline personality disorder: Preliminary findings. *The American Journal of Psychiatry*, *151*(2), 277–280.

Horesh, N., Kimchi, N., Kindler, S., Sason, Y., & Zohar, J. (1993). Personality traits of OCD patients. In *First International Obsessive-Compulsive Disorder Congress*. Capri: International OCD Foundation.

Horney, K. (1991). *Neurosis and Human Growth: The Struggle Toward Self-realization*. New York: Norton.

Hyler, S. E., & Rieder, R. O. (1987). *PDQ-R: Personality Diagnostic Questionnaire - Revised*. New York: New York State Psychiatric Institute.

Ingram, I. M. (1961). The obsessional personality and obsessional illness. *The American Journal of Psychiatry*, *117*(11), 1016–1019.

Insel, T. R., & Akiskal, H. S. (1986). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A phenomenologic analysis. *The American Journal of Psychiatry*, *143*(12), 1527–1533.

Janet, P., & Raymond, F. (1903). *Les obsessions et la psychasténie*. Paris: F. Alcan.

Joffe, R. T., Swinson, R. P., & Regan, J. J. (1988). Personality features of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *145*(9), 1127–1129.

Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*, *58*(6), 1459–1473.

Karno, M., & Golding, J. M. (1991). Obsessive-compulsive disorder. In L. N. Robins & D. E. Regier (Eds.), *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (pp. 204–219). New York: The Free Press.

Kolada, J. L., Bland, R. C., & Newman, S. C. (1994). Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *Supplementum*, *376*, 24–35.

Kozak, M. J., Foa, E. B., & McCarthy, P. (1988). Assessment of Obsessive compulsive disorder. In C. G. Last & M. Hersen (Eds.), *Handbook of Anxiety Disorders*. New York: Pergamon Press.

Kringlen, E., Torgensen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(7), 1091–1098. doi:10.1176/appi.ajp.158.7.1091

Kupfer, D. J., First, M. B., & Regier, D. A. (2004). *Agenda de investigación para el DSM-V*. Barcelona: Masson.

Lensi, P., Cassano, G. B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J. L., & Akiskal, H. S. (1996). Obsessive-compulsive disorder familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry*, *169*(1), 101–107.

Lewis, A. (1936). Problems of Obsessional Illness. In *Proceedings of the Royal Society of Medicine* (pp. 325–336).

Lewis, A. (1980). Handbook of studies on anxiety. In G. D. Burrows & B. Davies (Eds.), *Handbook of studies on anxiety*. Amsterdam: Elsevier/North-Holland Biomedical Press.

Lewis, G., & Pelosi, A. J. (1990). *Manual of the Revised Clinical Interview Schedule*. London: Institute of Psychiatry.

Livesley, W. J. (2001). *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. New York: The Guilford Press.

Londoño, N. H., Calvete, E., & Palacio, J. (2012). Validación del “Cuestionario de Creencias de Personalidad-versión Breve” (PBQ-SF) en población no clínica Colombiana. *Psicología Conductual*, *20*(2), 305–321.

Marks, I. M. (1969). *Fears and phobias*. New York: Academic Press.

Marks, I. M. (1987). *Fears, Phobias and Rituals : Panic, Anxiety, and Their Disorders*. Oxford: Oxford University Press.

Masterson, J. F. (1978). *New perspectives on psychotherapy of the borderline adult*. New York: Brunner/Mazel.

Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(2), 228–38. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.228

Mavissakalian, M., Hamann, M. S., & Jones, B. (1990). DSM-III personality disorders in obsessive-compulsive disorder: Changes with treatment. *Comprehensive Psychiatry*, *31*(5), 432–437. doi:10.1016/0010-440X(90)90028-Q

McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., … Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, *24*(3), 283–313. doi:10.1016/j.cpr.2004.04.003

McNally, R. J., & Kohlbeck, P. A. (1993). Reality monitoring in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *31*(3), 249–253. doi:10.1016/0005-7967(93)90023-N

Millon, T. (1976). *Psicopatología moderna: enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.

Millon, T. (1998). *The Millon Multiaxial Clinical Inventory-II*. Minneapolis: National Computer Systems.

Millon, T., Davis, R. D., & Millon, C. M. (2000). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler, G. L., Holzer, C. E., Leaf, P. J., Orvaschel, H., … Kramer, M. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, *41*(10), 959–967.

Nestadt, G., Romanoski, A. J., Brown, C. H., Chahal, R., Merchant, A., Folstein, M. F., … McHugh, P. R. (1991). DSM-III compulsive personality disorder: an epidemiological survey. *Psychological Medicine*, *21*(2), 461–471.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *CIE 10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Ginebra: OMS.

Parkinson, L., & Rachman, S. (1981a). Part II. The nature of intrusive thoughts. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *3*(3), 101–110. doi:10.1016/0146-6402(81)90008-4

Parkinson, L., & Rachman, S. (1981b). Part III — Intrusive thoughts: The effects of an uncontrived stress. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *3*(3), 111–118. doi:10.1016/0146-6402(81)90009-6

Parkinson, L., & Rachman, S. (1981c). Part IV — speed of recovery from an uncontrived stress. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *3*(3), 119–123. doi:10.1016/0146-6402(81)90010-2

Persons, J. B., & Foa, E. B. (1984). Processing of fearful and neutral information by obsessive-compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, *22*(3), 259–265. doi:10.1016/0005-7967(84)90006-8

Rachman, S. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *3*(3), 89–99. doi:10.1016/0146-6402(81)90007-2

Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(9), 793–802. doi:10.1016/S0005-7967(97)00040-5

Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, *36*(4), 385–401. doi:10.1016/S0005-7967(97)10041-9

Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and Compulsions*. New Jersey: Prentice Hall.

Rachman, S., & Shafran, R. (1998). Cognitive and behavioral features of obsessive-compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, Research and Treatment* (pp. 51–78). New York: The Guilford Press.

Rapee, R. M. (1991). Psychological factors involved in generalized anxiety. In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression*. New York: The Guilford Press.

Rapopor, J. L. (1989). *Obsessive-compulsive Disorder in Children and Adolescents*. Washington: American Psychiatric Press.

Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *15*(4), 743–758.

Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *143*(3), 317–322.

Reed, G. F. (1985). *Obsessional experience and compulsive behaviour: a cognitive-structural approach*. London: Academic Press.

Rhéaume, J., Freeston, M. H., Léger, E., & Ladouceur, R. (1998). Bad Luck: An Underestimated Factor in the Development of Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *5*(1), 1–12.

Rosen, K. V., & Tallis, F. (1995). Investigation into the relationship between personality traits and OCD. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(4), 445–450. doi:10.1016/0005-7967(94)00073-S

Rueda-Jaimes, G. E. (2010). Trastorno obsesivo compulsivo. In R. J. Toro, L. E. Yepes, C. A. Palacio, & J. E. Téllez (Eds.), *Fundamentos de medicina: psiquiatría* (pp. 267–273). Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.

Sáiz, J., Ibáñez, Á., & Montes, J. M. (2001). *Trastorno por angustia: crisis de pánico y agorafobia en atención primaria*. Barcelona: Masson.

Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *23*(5), 571–583. doi:10.1016/0005-7967(85)90105-6

Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, *27*(6), 677–682. doi:10.1016/0005-7967(89)90152-6

Salkovskis, P. M., & Forrester, E. (2002). Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Theory, Assessment, and Treatment. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Theory, Assessment, and Treatment* (pp. 45–61). Oxford: Elsevier.

Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (1985). Cognitive therapy of obsessive - compulsive disorder: Treating treatment failures. *Behavioural Psychotherapy*, *13*(3), 243–255.

Samuels, J., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Costa, P. T., Riddle, M. A., Liang, K. Y., … Cullen, B. A. M. (2000). Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive--compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, *177*(5), 457–462. doi:10.1192/bjp.177.5.457

Sandín, B., & Chorot, P. (1991). Psicopatología de la ansiedad. In A. Belloch (Ed.), *Manual de psicopatologia*. Valencia: Promolibro.

Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *10*(5), 379–391. doi:10.1016/0887-6185(96)00018-7

Sheehan, D. V, Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., … Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *59*(S2), 22–33;quiz 34–57.

Siever, I. J. (1981). Schizoid and schizotypal personality disorders. In *Personality Disorders*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-Year Follow-up of Patients With Obsessive-compulsive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, *56*(2), 121–127. doi:10.1001/archpsyc.56.2.121

Spranca, M., Minsk, E., & Baron, J. (1991). Omission and commission in judgment and choice. *Journal of Experimental Social Psychology*, *27*(1), 76–105.

Stein, D. J., & Hollander, E. (1993). The spectrum of obsessive-compulsive-related disorder. In *Obsessive-compulsive-related Disorders* (pp. 241–271). Washington: American Psychiatric Press.

Steketee, G. (1990). Personality traits and disorders in obsessive-compulsives. *Journal of Anxiety Disorders*, *4*(4), 351–364. doi:10.1016/0887-6185(90)90032-5

Steketee, G., Frost, R. O., & Cohen, I. (1998). Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *12*(6), 525–537. doi:10.1016/S0887-6185(98)00030-9

Steketee, G., Grayson, J. B., & Foa, E. B. (1985). Obsessive-compulsive disorder: Differences between washers and checkers. *Behaviour Research and Therapy*, *23*(2), 197–201. doi:10.1016/0005-7967(85)90028-2

Summerfeldt, L. J., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Personality and obsessive-compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, Research and Treatment* (pp. 79–119). New York: The Guilford Press.

Tallis, F. (1995). *Obsessive Compulsive Disorder: A Cognitive Neuropsychological Perspective*. Chichester: Wiley.

Tallis, F., & de Silva, P. (1992). Worry and obsessional symptoms: A correlational analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *30*(2), 103–105. doi:10.1016/0005-7967(92)90132-Z

Tallis, F., Rosen, K., & Shafran, R. (1996). Investigation into the relationship between personality traits and OCD: a replication employing a clinical population. *Behaviour Research and Therapy*, *34*(8), 649–653. doi:10.1016/0005-7967(96)00023-X

Téllez, J. E., & Forero, J. (2010). Estrés y estrés postraumático. In R. J. Toro, L. E. Yepes, C. A. Palacio, & J. E. Téllez (Eds.), *Fundamentos de medicina: psiquiatría* (pp. 250–266). Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.

Thomsen, P. H., & Mikkelsen, H. U. (1993). Development of personality disorders in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. A 6- to 22-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *87*(6), 456–462.

Torres, A. R., Moran, P., Bebbington, P., Brugha, T., Bhugra, D., Coid, J. W., … Prince, M. (2006). Obsessive-compulsive disorder and personality disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(11), 862–867.

Torres, Y., Posada, J., Mejía, R., Silva, J. B., Sierra, G. M., Montoya, L. P., & Agudelo, A. (2012). *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012*. Medellín: Alcaldía de Medellín.

Tyrer, P., Casey, P., & Gall, J. (1983). Relationship between neurosis and personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, *142*(4), 404–408.

Tyrer, P., & Simmonds, S. (2003). Treatment models for those with severe mental illness and comorbid personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, *182*(S44), S15–S18.

Van Den Hout, M., Tenney, N., Huygens, K., & De Jong, P. (1997). Preconscious processing bias in specific phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(1), 29–34. doi:10.1016/S0005-7967(96)00080-0

Welner, A., Reich, T., Robins, E., Fishman, R., & Van Doren, T. (1976). Obsessive-compulsive neurosis: Record, follow-up, and family studies. I. Inpatient record study. *Comprehensive Psychiatry*, *17*(4), 527–539.

Williams, S. L. (1987). On anxiety and phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, *1*(2), 161–180. doi:10.1016/0887-6185(87)90006-5

Wroe, A. L., & Salkovskis, P. M. (2000). Causing harm and allowing harm: a study of beliefs in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, *38*(12), 1141–1162. doi:10.1016/S0005-7967(99)00145-X

Zubeidat, I., Salinas, J. M., & Sierra, J. C. (2009). Implicación de competencias psicosociales, problemas de conducta y variables de personalidad en la predicción de la ansiedad social ante la interacción social en adolescentes: diferencias de sexo y edad. *Ansiedad Y Estrés*, *15*(2-3), 231–247.

Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGACIÓN: Creencias de los trastornos de la personalidad asociadas al Trastorno Obsesivo – Compulsivo

Yo _____

He sido informado ampliamente sobre los objetivos de esta investigación y acepto participar en ella para facilitar la mejor comprensión científica sobre la relación entre las creencias de los trastornos de la personalidad y el trastorno obsesivo-compulsivos.

Acepto participar en la investigación de la siguiente manera:

Contestando objetivamente una serie de preguntas formuladas en la entrevista y en los cuestionarios.

Aceptando que los resultados de las evaluaciones sean utilizadas en la preparación de publicaciones científicas, siempre y cuando se conserve en el anonimato la identidad.

Entiendo que en caso de detectarse una dificultad en torno a la salud mental, estabilidad psicológica y física, seré informado ampliamente y los investigadores me recomendarán el tratamiento adecuado más no asumirán los gastos del mismo.

No se recibirá dinero por parte de los investigadores

Se reserva el anonimato aún cuando no sean publicados los resultados

Esta investigación contempla parámetros establecidos en la resolución No 008430 de 1993 del 4 de Octubre, emanada por el Ministerio de Salud, en cuanto a investigaciones con riesgo mínimo, realizadas en seres humanos.

He sido informado sobre las incomodidades que se pueden presentar en esta investigación, tales como:

Pueden existir preguntas que me molesten o me causen vergüenza, las cuales no estaré obligado a responder o puedo solicitar que me las expliquen.

Puedo retirarme de la investigación cuando lo desee.

Todas las evaluaciones clínicas realizadas serán gratuitas.

_____	_____
Participante (firma)	Auxiliar de Investigación (firma)
Documento de Identificación	Documento de Identificación

Para menores de edad: _____

Padre de Familia o Responsable del Tratamiento

Documento de Identificación

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN A LOS PARTICIPANTES

Sr (a)
Apreciado señor(a)

El Grupo de Investigación Estudios clínicos y sociales en psicología de la Universidad de San Buenaventura-Medellín, a través de la Línea de investigación Perfiles cognitivos y psicopatología, está adelantando una investigación sobre **Creencias de los trastornos de Personalidad asociados al Trastorno Obsesivo – Compulsivo.** Esta investigación tiene por objetivo determinar si existe relación entre los trastornos de personalidad y los comportamientos (síntomas) obsesivo-compulsivos en una población.

La colaboración prestada por usted para este estudio es fundamental y consiste en lo siguiente:
Contestar una serie de cuestionarios y encuestas sobre Trastornos Mentales, y diferentes creencias con relación a la vida cotidiana y maneras de responder frente al estrés.
Permitir que los resultados de las evaluaciones sean utilizadas en la preparación de publicaciones científicas, siempre y cuando se conserve en el anonimato su identidad.
En caso de detectarse una dificultad en torno a la salud mental, estabilidad psicológica y física, serán informados ampliamente y el equipo investigador recomendará el tratamiento adecuado más no asumirá los gastos del mismo.
No se recibirá honorarios económicos de los investigadores
Se reserva el anonimato aún cuando no sean publicados los resultados

Esperamos su activa colaboración para el adelanto de ésta investigación, que finalmente beneficiará a la población que acude a los centros de atención psicológica.
Para aclarar cualquier inquietud puede dirigirse o llamar a la Universidad de San Buenaventura, sede Medellín, al 5145600, 300 304 31 55

Atentamente,

ANTONIO JOSÉ VILLA LONDOÑO (TUTOR)
CC. 71.575.596

OMAR AMADOR SÁNCHEZ (INVERTIGADOR PRINCIPAL)
CC 79’625.914

ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Todos los investigadores y auxiliares de investigación se comprometen a usar la información proporcionada por esta investigación sólo para fines académicos y científicos.

Los participantes en esta investigación no cobrarán ningún tipo de honorarios o de gastos a los sujetos examinados ni a las instituciones seleccionadas para el estudio.

Los investigadores se comprometen a informar a los participantes y a los directivos de las instituciones acerca de la detección de cualquier tipo de alteración clínica que se detecte en cualquiera de las personas examinadas, y deberá orientarlos acerca de los procedimientos para lograr una atención rápida del problema detectado. Esta asesoría no implicará el pago de ningún tipo de honorarios por parte de los auxiliares de investigación.

Funciones del Personal del Equipo de Investigadores:

Director de la Investigación: Asumir todas las responsabilidades a nivel académico, científico y legales del proyecto y su ejecución. Hacer la coordinación general del equipo y programar las actividades. Será responsable de la difusión nacional e internacional de los resultados de la investigación.

Investigador: Se encargará, siguiendo las políticas del director, del diseño, recolección bibliográfica, ejecución operativa del proyecto. Participará en el análisis de las entrevistas y de los datos estadísticos. Orientará y entrenará a los auxiliares de investigación en el proceso investigativo, en el uso instrumental y en la recolección de datos confiables. Presentará informes preliminares de acuerdo con los requerimientos de la Universidad.

Asesor Estadístico: Definirá de acuerdo con el director y el asesor metodológico, el tipo de pruebas y programas estadísticos a usar para lograr el análisis propuesto en los objetivos. Asesorará al director y al asesor metodológico en la definición de la muestra para que la investigación tenga la mayor validez posible.

Auxiliares de Investigación: Se encargarán de la recolección directa de los datos, previo entrenamiento en el uso instrumental por parte del director, del investigador y de los asesores. Estarán bajo la supervisión directa y tutorial del investigador para garantizar la confiabilidad de los datos.

_____

_____

_____

Creencias de los trastornos de la personalidad asociados al Trastorno Obsesivo – Compulsivo

Ficha de identificación

1. Datos de identificación	
Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )	
Edad (en años cumplidos):	
Estado civil: Soltero ( ) Casado o en convivencia ( ) Separado ( ) Viudo ( ) Religioso ( )	
Estrato socioeconómico: (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Ocupación: Estudiante ( ) Empleado ( ) Desempleado ( )	
Escolaridad:	
Básica Primaria ( )	
Secundaria ( )	
Técnico ( )	
Profesional ( )	

PBQ-SF Belief Questionnaire
Aaron T. Beck, M.D., Judith S. Beck, PhD. hb 4/14/95 rev

INSTRUCCIONES: Por favor lea las afirmaciones que aparecen a continuación, y evalúe que tanto cree en cada una de ellas. Trate de calcular cómo se siente LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO frente a cada afirmación. OPCIONES DE RESPUESTA:

4. 3 2 1 0
|----------|----------|----------|----------|
Lo creo totalmente Lo creo mucho Lo creo moderadamente Lo creo poco No lo creo para nada

	Quedar expuesto como inferior o inadecuado sería intolerable.	4 3 2 1 0
	Debo evitar a toda costa sentimientos desagradables.	4 3 2 1 0
	Si las personas se comportan de forma amigable, quizás traten de usarme o explotarme.	4 3 2 1 0
	Busco no ser dominado por personas con autoridad, pero al mismo tiempo conservo su aprobación y aceptación.	4 3 2 1 0
	No puedo tolerar sentimientos desagradables.	4 3 2 1 0
	Las imperfecciones, los defectos o los errores son intolerables.	4 3 2 1 0
	Con frecuencia, los demás son demasiado exigentes.	4 3 2 1 0
	Debería ser el centro de atención.	4 3 2 1 0
	Si no soy sistemático, todo se derrumbará.	4 3 2 1 0
	Es intolerable que no se me tenga el debido respeto o que no consiga aquello a lo que tengo derecho	4 3 2 1 0
	Es importante que cualquier tarea se realice a la perfección.	4 3 2 1 0
	Disfruto más haciendo cosas a solas que con otros.	4 3 2 1 0
	Si no me mantengo alerta, los otros intentarán usarme o manipularme.	4 3 2 1 0
	La gente actúa por motivos ocultos.	4 3 2 1 0
	Ser abandonado es lo peor que me podría pasar.	4 3 2 1 0
	Los demás deberían reconocer lo especial que soy.	4 3 2 1 0
	Los demás intentarán menospreciarme a propósito.	4 3 2 1 0
	Necesito que los demás me ayuden a tomar decisiones diciéndome qué hacer.	4 3 2 1 0
	Los detalles son extremadamente importantes.	4 3 2 1 0
	Si considero a la gente muy mandona, tengo derecho a no tener en cuenta sus exigencias.	4 3 2 1 0
	Las figuras con autoridad tienden a ser impertinentes, exigentes, entrometidas y controladoras.	4 3 2 1 0
	La forma en que consigo lo que quiero es impresionando o divirtiendo a la gente.	4 3 2 1 0
	Debo hacer lo que sea para poderme salir con la mía.	4 3 2 1 0
	Si los demás descubren cosas sobre mí, las usarán en mi contra.	4 3 2 1 0
	Las relaciones son complicadas e interfieren con la libertad.	4 3 2 1 0
	Solo me comprenden las personas tan brillantes como yo.	4 3 2 1 0
	Puesto que soy superior, tengo derecho a un trato especial y a privilegios.	4 3 2 1 0
	Es importante para mí ser libre e independiente de los demás.	4 3 2 1 0
	En muchas ocasiones, estoy mucho mejor si me dejan solo.	4 3 2 1 0

	Es necesario ceñirse siempre a los estándares más altos, de lo contrario todo se vendrá abajo.	4 3 2 1 0
	Los sentimientos desagradables aumentarán y se volverán incontrolables.	4 3 2 1 0
	Vivimos en una selva y el más fuerte es quien sobrevive.	4 3 2 1 0
	Debería evitar situaciones en las que llamo la atención, o ser lo más discreto posible.	4 3 2 1 0
	Si no atraigo la atención de los demás, no les gustaré.	4 3 2 1 0
	Si quiero algo, debería hacer lo que sea necesario para conseguirlo.	4 3 2 1 0
	Es mejor estar solo que sentirme “pegado” a otras personas.	4 3 2 1 0
	Si no entretengo o impresiono a la gente, no soy nada.	4 3 2 1 0
	Me golpearán si no golpeo primero.	4 3 2 1 0
	Cualquier señal de tensión en una relación indica que va mal; por lo tanto, debería terminar.	4 3 2 1 0
	Si no me desempeño al más alto nivel, fracasaré.	4 3 2 1 0
	Establecer plazos, satisfacer requerimientos, y adaptarme a los demás son golpes directos a mi orgullo y auto-suficiencia.	4 3 2 1 0
	He sido tratado injustamente y tengo derecho a conseguir por cualquier medio lo que me corresponde.	4 3 2 1 0
	Si la gente se acerca a mí, descubrirá mi yo “real” y me rechazarán.	4 3 2 1 0
	Soy una persona necesitada y débil.	4 3 2 1 0
	Cuando me dejan solo, quedo indefenso.	4 3 2 1 0
	Otras personas deberían satisfacer mis necesidades.	4 3 2 1 0
	Si sigo las reglas de la forma en que la gente lo espera, limitaré mi libertad de acción.	4 3 2 1 0
	Las personas se aprovecharán de mí si les doy la oportunidad.	4 3 2 1 0
	Tengo que estar en guardia todo el tiempo.	4 3 2 1 0
	Mi privacidad es mucho más importante para mí que la cercanía con la gente.	4 3 2 1 0
	Las reglas son arbitrarias y me asfixian.	4 3 2 1 0
	Es horrible que la gente me ignore.	4 3 2 1 0
	No me importa lo que piensan los demás.	4 3 2 1 0
	Necesito que los demás me pongan atención para ser feliz.	4 3 2 1 0
	Si entretengo a la gente, no notarán mis debilidades.	4 3 2 1 0
	Necesito a alguien que esté siempre a mi lado para que me ayude en caso de que algo salga mal.	4 3 2 1 0
	Cualquier imperfección o defecto en mi desempeño podría llevar a la catástrofe.	4 3 2 1 0
	Como soy tan talentoso, la gente debería preocuparse por promocionarme.	4 3 2 1 0
	Si no desplazo a los demás, ellos me desplazarán a mí.	4 3 2 1 0
	A mi no me obligan las reglas que aplican para los demás.	4 3 2 1 0
	La fuerza o la astucia es la mejor manera de hacer las cosas.	4 3 2 1 0
	Debo tener acceso a la persona que me apoya todo el tiempo.	4 3 2 1 0
	Estoy básicamente solo – a menos que me pueda apegar a una persona más fuerte.	4 3 2 1 0
	No puedo confiar en los demás.	4 3 2 1 0
	No puedo resolver las cosas tan bien como lo hacen los demás.	4 3 2 1 0

H. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

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

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (ej. La idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas).	NO ➔H4	SÍ	1

(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA, NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL JUEGO PATOLÓGICO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS).

H2	Estos pensamientos volvían a su mente aún cuando trataba de ignorarlos librarse de ellos?	NO ➔H4	SÍ	2
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son productos de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SÍ obsesiones	3

H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como el lavar o limpiar en exceso, el contar y verificar las cosas una y otra vez o el repetir, el coleccionar, el ordenar las cosas o el realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ compulsiones	4

¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4? NO SÍ ➔

H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	NO	SÍ ➔	5
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de una manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	NO	SI	6

TRASTORNO OBSESIVO - COMPULSIVO ACTUAL

Inventario Maudsley de Obsesión-Compulsión (MOCI)

Identificación: …….....Fecha .....

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

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

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

RESULTADOS/PRODUCTOS ESPERADOS Y POTENCIALES BENEFICIARIOS

Los resultados/productos pueden clasificarse en tres categorías:

Relacionados con la Generación de Conocimiento y/o Nuevos Desarrollos Tecnológicos.

Incluye resultados/productos que corresponden a nuevo conocimiento científico o tecnológico o a nuevos desarrollos o adaptaciones de tecnología que puedan verificarse a través de publicaciones científicas, productos o procesos tecnológicos, patentes, normas, mapas, bases de datos, colecciones de referencia, secuencias de macromoléculas en bases de datos de referencia, registros de nuevas variedades vegetales, entre otros. (Ver Tabla 1.)

Conducentes al Fortalecimiento de la Comunidad Académica y Científica Interna y Externa.

Incluye resultados/productos tales como formación de talento humano a nivel profesional o de postgrado (trabajos de grado o trabajos de investigación de maestría o tesis de doctorado sustentadas y aprobadas), realización de cursos relacionados con las temáticas de los proyectos (deberá anexarse documentación soporte que certifique su realización), formación y consolidación de redes de investigación (anexar documentación de soporte y verificación) y la construcción de cooperación científica (anexar documentación de soporte y verificación).

Aquí también se atiende a los aportes de la investigación a los respectivos planes, programas, proyectos y acciones de la Sede o las Seccionales, en consonancia con sus procesos sustanciales. (Ver Tabla 2.)

Dirigidos a la Apropiación Social del Conocimiento.

Incluye aquellos resultados/productos que son estrategias o medios para divulgar o transferir el conocimiento o tecnologías generadas en el proyecto, a los beneficiarios potenciales y a la sociedad en general. Incluye tanto las acciones conjuntas entre investigadores y beneficiarios como planes, programas, proyectos, acciones, artículos o libros divulgativos, cartillas, videos, programas de radio, presentación de ponencias, entre otros. Se debe *evidenciar la aplicabilidad de los resultados* de la investigación a través del estudio y análisis de la comunidad beneficiada. (Ver Tabla 3.)

Dirigidos a Contribuir al Fortalecimiento y Efectiva Articulación de los Procesos Sustanciales de la Universidad.

Incluye resultados/productos mediante el diseño y ejecución de planes, programas y acciones que permitan su aplicación y apropiación social para la generación de innovación y desarrollo a través de la efectiva articulación de la investigación con la docencia, la proyección social y el bienestar institucional. (Ver Tabla 4.)

Para cada uno de los resultados/productos esperados identifique (en los cuadros a continuación) indicadores de verificación (ej: publicaciones, patentes, registros, videos, certificaciones, etc.) así como las instituciones, gremios y comunidades beneficiarias, nacionales o internacionales, que podrán utilizar los resultados de la investigación para el desarrollo de sus objetivos, políticas, planes, programas, proyectos o acciones:

Generación de Nuevo Conocimiento. (en caso de requerir aumente el número de filas correspondiente)

Resultado/Producto Esperado	Indicador	Beneficiario
Artículo sobre la asociación de creencias de los trastornos de la personalidad y el trastorno obsesivo compulsivo	Publicación	Comunidad científica y académica

Fortalecimiento de la Comunidad Académica y Científica Interna y Externa.

Resultado/Producto Esperado	Indicador	Beneficiario
Red de investigadores entre líneas de investigación de la maestría en psicología	Investigadores de maestría en psicología	Comunidad académica en general
Grupo de estudios clínicos y sociales en psicología	Investigadores de grupos clínicos y sociales en psicología	Comunidad académica en general

Apropiación Social del Conocimiento.

Resultado/Producto Esperado	Indicador	Beneficiario
Profesionales del área clínica y de la salud	Participación de profesionales	Profesionales y estudiantes
Estudiantes de maestría en psicología	Coloquio	Estudiantes y comunidad en general

Fortalecimiento y Efectiva Articulación de los Procesos Sustanciales de la Universidad.

Resultado/Producto Esperado	Indicador	Beneficiario
Fortalecimiento de la Investigación	Participación en publicación	Comunidad académica

IMPACTOS ESPERADOS A PARTIR DEL USO DE LOS RESULTADOS

Estos no se satisfacen exclusivamente con la finalización del proyecto o con la consecución de los resultados/productos. Los impactos esperados son una descripción de la posible incidencia del uso de los resultados del proyecto en función de la solución de los asuntos o problemas abordados.

Generalmente se logran en el mediano y largo plazo, como consecuencia de la aplicación de los conocimientos o tecnologías generadas a través del desarrollo de una o varias líneas de investigación en las cuales se inscribe el proyecto. Pueden agruparse, entre otras, en las siguientes categorías: institucionales, sociales, organizacionales, económicos, ambientales, de productividad y competitividad. Para cada uno de los impactos esperados se deben identificar indicadores cualitativos o cuantitativos verificables.

Impactos Esperados.

Impacto esperado	**Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1-4), mediano (5-9), largo (10 o más)**	**Indicador verificable**	**Supuestos***
Fortalecimiento de la línea de investigación perfiles cognitivos y psicopatología	Mediano plazo	Número de publicaciones	Incrementar el número de investigaciones de corte científico
Apertura de nuevos conocimientos en el grupo de estudios clínicos y sociales	Mediano plazo	Número de publicaciones	Incrementar el número de investigaciones de corte científico

***** Los supuestos indican los acontecimientos, las condiciones o las decisiones, necesarios para que se logre el impacto esperado.

IMPACTO AMBIENTAL DEL PROYECTO

Una de las características que tienen las personas que son diagnosticadas con algún trastorno mental consiste en que los síntomas y/o manifestaciones del mismo interfieren con la vida cotidiana y desempeño adecuado de quien lo padece. El conocer mediante investigaciones de este tipo y comprender el fenómeno patológico de cómo permanece en el sujeto, abre la posibilidad de estrategias de intervención y prevención de empeoramiento.

Además de ser un propósito de formación la investigación en maestría, constituye a su vez un abanico de posibilidades al transmitir a las nuevas generaciones de profesionales de la salud el conocimiento cada vez más profundo y específico de las psicopatologías, que le sirve como sustento importante en la implementación de herramientas de prevención de enfermedades y promoción de la salud mental.

CONFORMACIÓN Y TRAYECTORIA DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN

La línea de investigación perfiles cognitivos y psicopatología se conformó en el año 2000 en la facultad de psicología de la Universidad de San Buenaventura – Medellín, bajo la coordinación del psicólogo Walter Riso Mg. Desde el mismo año, asumió la dirección la psicóloga Nora Helena Londoño PhD., y la coordinación de los proyectos en Perfiles cognitivos y psicopatología en el adulto y el viejo. La línea tiene como propósito mejorar las condiciones de vida de los colombianos por medio de investigaciones psicológicas de alto nivel.

El Grupo de investigación Estudios clínicos y sociales en psicología, fue creado en el año 2001 y tiene como propósito promover el desarrollo y la producción investigativa de alto nivel, articulados con las demandas y necesidades a las problemáticas del país. Establecer relaciones con otros grupos y comunidades para el intercambio y fortalecimiento de la construcción de conocimiento. Difundir y compartir la producción investigativa a los sectores que requieran de los conocimientos generados a través de la investigación. Apoya actualmente programas de postgrados y pregrado: Doctorado en psicología, Maestría en Psicología y Programa de Psicología. Reconocido en Colciencias en categoría B.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	OBJETIVOS	MES													RESPONSABLE
		1	2	3	4	5	5	6	7	8	9	10	11	12	
Antecedentes Anteproyecto de investigación	Establecer propuesta de investigación Determinar objetivos, general y específicos que guíen el propósito del trabajo investigativo	X	X	X	X	X									Estudiante de la maestría en psicología
Constitución del marco teórico	Analizar los referentes teóricos que sustenten el factor explicativo de los fenómenos a investigar.							X	X	X	X	X			Estudiante de la maestría en psicología
Plan de análisis estadístico de acuerdo con el diseño y los objetivos del proyecto de investigación.	Establecer los procedimientos estadísticos requeridos de acuerdo al tipo de estudio, número de variables y la muestra poblacional.	X	X	X	X	X									Estudiante de la maestría en psicología
Trabajo de campo, aplicación de instrumentos, análisis de resultados, discusión y conclusiones Elaboración de informe	Contribuir al desarrollo de los objetivos planteados como parte fundamental del trabajo investigativo. Analizar la información recogida mediante los instrumentos seleccionados para la investigación.							X	X	X	X	X			Estudiante de la maestría en psicología

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

ACTIVIDAD	% REQUERIDO DEL PRESUPUESTO	MES													RESPONSABLE
		1	2	3	4	5	5	6	7	8	9	10	11	12	
Antecedentes - Anteproyecto de investigación	15	X	X	X	X	X									Estudiante de la maestría en psicología
Construcción del marco teórico	15							X	X	X	X	X			Estudiante de la maestría en psicología
Plan de análisis y estadístico	15	X	X	X	X	X									Estudiante de la maestría en psicología
Trabajo de campo y elaboración de informe	15							X	X	X	X	X			Estudiante de la maestría en psicología

CONSIDERACIONES ADICIONALES

- Si se contemplan asesores durante la ejecución del proyecto, es necesario presentar de forma resumida, su respectivo curriculum vitae, conjuntamente con un plan de actividades a desarrollar. Además, certificación por escrito (carta de intención) de la voluntad y disponibilidad del asesor (es) de participar y de sus compromisos para con el proyecto. Los asesores propuestos deben acreditar una mayor experiencia y capacitación que los proponentes en los aspectos relacionados con la asesoría.

- Anexar las cartas de intención (para la presentación) y de compromiso (para iniciar la ejecución) de las otras entidades participantes contempladas para el desarrollo y/o ejecución del proyecto.

- Cuando exista la participación de más de un grupo de investigación en la ejecución del proyecto, es necesario que se establezca claramente cuáles serán las actividades a desarrollar por cada una de las partes, así como los compromisos adquiridos por cada una de ellas.

- En el caso de que la temática propuesta o los resultados/productos del proyecto sean del interés del sector público o privado, se deberá buscar su vinculación y su participación activa en la ejecución y/o aplicación del mismo. De igual modo, presentar una propuesta de estrategia de transferencia de resultados/productos a los posibles beneficiarios, que posibiliten la innovación y el desarrollo.

PRESUPUESTO

Ver anexo

HOJAS DE VIDA

Nombres y Apellidos	Función dentro del Proyecto	Documento de Identificación	Institución
Antonio José Villa Londoño	Asesor	71.575.596	Universidad de San Buenaventura - Medellín
Omar Amador Sánchez	Investigador principal	79’625.914	Universidad de San Buenaventura - Medellín

FICHA TÉCNICA DE LA PROPUESTA

Título de la Propuesta: Trastornos de personalidad asociados a trastorno obsesivo-compulsivo			
Tipo de Proyecto: Investigación Básica:	Investigación Aplicada: X	Desarrollo Tecnológico o Experimental:	
Grupo de Investigación:	Línea: Perfiles cognitivos y Psicopatología		
Integrantes:	**IP**	**COI**	**AUX**
1.Omar Amador Sánchez	X		
2. Antonio José Villa Londoño		X	
Descriptores / Palabras Claves: Trastorno de la personalidad, creencias, trastorno obsesivo Compulsivo			
Problema u Objeto de Investigación: Determinar si existe relación entre las creencias de los trastornos de la personalidad y el trastorno obsesivo-compulsivo en población clínica y no clínica.			
Resumen (máximo dos párrafos): Estudios recientes han demostrado que la mayoría de las personas con trastorno obsesivo compulsivo cumplen los criterios para al menos un tipo de comorbilidad con trastornos de personalidad, por lo general de la agrupación ansiosa, aunque la mayoría con diagnóstico de tipo mixto, puede hacer referencia a posibles asociaciones con otros trastornos de personalidad pertenecientes a agrupaciones depresivas (AuBuchon & Malatesta. 1994).			
Objetivo General: Determinar si existe relación entre las creencias de los trastornos de la personalidad y el trastorno obsesivo-compulsivo en población clínica y no clínica.			
Productos Esperados: Artículo sobre la asociación de trastornos de la personalidad y el trastorno obsesivo compulsivo			
Medios de Divulgación:	Revistas científicas		

Fecha de Inicio de Actividades:	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	15	Junio	2011
Fecha de Entrega Final del Proyecto de Investigación:	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	15	Abril	2014