



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANÍSTICAS Y SOCIALES**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**MODALIDAD DE GRADO**

ESTUDIO DE CASO

**TESIS DE GRADO**

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICÓLOGO CLÍNICO

**TEMA**

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE UNA PACIENTE CON TRASTORNO  
OBSESIVO COMPULSIVO (TOC) EN LAS INMEDIACIONES DE LA  
CÁMARA DE GESELL

**AUTOR**

Eg. Sr. CARLOS IVAN MANTUANO ARTEAGA

**TUTORA**

MG. ISABEL PATRICIA VALDIVIESO LÓPEZ

**2017**

## **DEDICATORIA**

A mi familia, por ser el pilar de mi esfuerzo y mi prioridad siendo mi Madre:  
Sra. Rosa Arteaga, mi Padre: Sr. José Mantuano, mis hermanos, mi novia y  
familiares.

**Carlos Mantuano**

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Técnica de Manabí, autoridades de la Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales, Carrera de Psicología Clínica que permitieron la formación académica, y de manera especial a los Docentes que compartieron sus conocimientos, por el apoyo que se recibió en el desarrollo de la investigación en busca del título de Psicólogo Clínico.

A mis padres, quienes me ofrecieron incondicionalmente su apoyo. De manera especial a la Magister Isabel Valdivieso, imperecedera gratitud, por haber guiado de manera acertada el desarrollo del presente trabajo.

A los estudios realizados y artículos que facilitaron el desarrollo de un nuevo caso, siendo guías óptimas sumando el desempeño teórico y práctico de mi esfuerzo en mi enseñanza y aprendizaje.

A la oportunidad que me dio la paciente para llevar a cabo un estudio, proceso terapéutico y análisis de los resultados del mismo tras un desarrollo psicológico- paciente.

De igual manera a los partícipes que implementaron la cámara de Gesell en la misma carrera, siendo este, el laboratorio de ejecución de las sesiones.

**El Autor**

## **CERTIFICACIÓN**

**Mg. Isabel Patricia Valdivieso López**, certifica que la titulación estudio de caso titulado: **EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE UNA PACIENTE CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC) EN LAS INMEDIACIONES DE LA CÁMARA DE GESELL**, es trabajo original del Psicólogo Clínico **CARLOS IVAN MANTUANO ARTEAGA**, el que ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión en todo su proceso.

**Mg. Isabel Valdivieso López**  
**TUTORA DE ESTUDIO DE CASO**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANÍSTICAS Y SOCIALES**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE UNA PACIENTE CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC) EN LAS INMEDIACIONES DE LA CÁMARA DE GESELL**

**ESTUDIO DE CASO**

Sometido a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación y legalizado por el Honorable Consejo directivo como requisito previo a la obtención del Título de:

**PSICÓLOGO CLÍNICO**

**Aprobado**

.....  
**PROFESOR DIRECTOR DE ESTUDIO DE CASO**

.....  
**PROFESOR MIEMBRO TRIBUNAL**

.....  
**PROFESOR MIEMBRO TRIBUNAL**

.....  
**PROFESOR MIEMBRO TRIBUNAL**

## **DECLARATORIA**

Responsabilidad de la investigación en el estudio de caso del presente trabajo pertenece exclusivamente a su autor.

**El Autor**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	<b>pág.</b>
1. INTRODUCCIÓN	1
2. PRESENTACIÓN DEL CASO	3
3. HISTORIA DEL PROBLEMA	4
4. BATERÍAS Y TEST	6
5. CURSO DEL TRATAMIENTO	9
6. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)	11
6.1. OBSESIONES	11
6.1.1. OBSESIONES AUTÓGENAS	12
6.1.2. OBSESIONES REACTIVAS	13
6.2. COMPULSIONES	13
6.3. PREVALENCIA	14
6.4. ETIOLOGÍA	15
6.5. COMORBILIDAD	15
6.6. SÍNTOMAS	16
6.7. ASPECTOS DEL TOC	16
7. OBJETIVOS	18
7.1. OBJETIVO GENERAL	18
7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
8. PROPUESTA TERAPÉUTICA	18
9. METOLOGÍA DE INTERVENCIÓN	20
10. EVALUACIÓN DE RESULTADOS	22

11. MARCO REFERENCIAL	23
11.1. ANTECEDENTES DE LA CÁMARA DE GESELL	23
11.2. BASES TEÓRICAS	24
11.2.1. CÁMARA DE GESELL	24
11.2.2. IMPLEMENTOS QUE LA CONSTITUYEN	25
11.3. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DENTRO DE LA CÁMARA DE GESELL	26
11.3.1. ENTREVISTA CLÍNICA	26
11.3.2. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	27
11.3.3. OBSERVACIÓN CLÍNICA	28
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
13. ANEXOS	31



## RESUMEN

Los pensamientos, emociones y conductas, relacionados con la educación y experiencias, hacen que cada persona desarrolle una adaptación diferente a otra. Las obsesiones son imágenes recurrentes, pensamientos o emociones que se pueden presentar ante alguna situación, considerándose como normal entre la sociedad llevándolo poco a poco hacerse una frustración significativa si no se sabe controlar, optando por un comportamiento o ritual lo que se conoce como obsesión para poder atenuar temporalmente el estrés.

El objetivo de este trabajo fue atenuar la intensidad de los síntomas del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), para restablecer la estabilidad de la paciente, pudiéndose conseguir con la voluntariedad de la paciente y la eficiencia del Psicólogo.

Se llevaron a cabo 16 sesiones en terapia, ejecutándose en la Cámara de Gesell de la Carrera de Psicología Clínica en la Universidad Técnica de Manabí.

El presente trabajo pretende ser un medio de información práctica, destinada a la carrera con una aportación investigativa

**Palabras claves:** trastorno, obsesión, compulsión, terapia, investigación, pensamientos, conducta, ansiedad y estrés.

## SUMMARY

The thoughts, emotions and behaviors, related to education and experiences, cause each person to develop a different adaptation to another. Obsessions are reciprocal images, thoughts or emotions that can be presented before a situation, being considered as normal between the society taking little by little to become a significant frustration if it is not known to control, opting for a behavior or ritual that is known as obsession to be able to attenuate temporarily stress.

The objective of this work was to attenuate the intensity of the symptoms of Obsessive Compulsive Disorder (OCD), to restore patient stability, being able to achieve with the patient's voluntariness and the effectiveness of the Psychologist.

There were 16 sessions, running in the Gesell Chamber of the Clinical Psychology Career at the Technical University of Manabí.

This paper aims to be a means of practical information, with a career in favor of research research.

**Keywords:** disorder, obsession, compulsion, therapy, research, thoughts, behavior, anxiety and stress.

## 1. INTRODUCCIÓN

Las personas generalmente presentan actitudes en base a sus pensamientos y sentimientos, es entonces que cuando vivencian experiencias o sucesos representativos en su vida, éstas pueden ocasionar frustraciones o estrés, guiándolos a poder desplazar de alguna manera la externalización de aquello dulcificando la ansiedad. En las personas que presentan y a su vez son diagnosticadas con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), como su nombre lo indica, tienen una obsesión (pensamientos, ideas o creencias) que al principio son normales, pero que poco a poco empiezan a presentar miedo al no hacerlo, generando una compulsión (comportamientos o rituales) que es la conducta que alivia el malestar.

Bados López (2005) agrega que el TOC estuvo considerado hasta hace algunos años como una enfermedad psiquiátrica rara que no respondía al tratamiento. Actualmente es reconocido como un problema común que afecta aproximadamente al 2 % de la población.

Las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que no son experimentados como producidos voluntariamente, sino más bien como pensamientos que invaden la conciencia y que son vividos como repugnantes o sin sentido, mientras que las compulsiones son conductas repetitivas que se realizan según determinadas reglas de forma estereotipada. El acto se realiza con una

sensación de compulsión subjetiva junto con un deseo de resistir a la compulsión, por lo menos inicialmente.

La terapia sugerida para tratar casos de TOC se basa en ofrecer al paciente terapia cognitiva conductual con exposición y prevención de recaídas (NICE, 2005; Stein, Ipser, Baldwin, & Bandelow, 2007). Las sesiones se ajustan de acuerdo a cada paciente y sus rasgos particulares, aunque aproximadamente se necesitan de 12 a 18 sesiones para tener una mejoría significativa.

En el caso que se trabajó se llevaron a cabo 16 sesiones, en las cuales se hizo énfasis en la psicoeducación y en la exposición con prevención de respuestas (EPR), manejo del estrés y prevención de recaídas, el objetivo fue el disminuir los síntomas del TOC y con esto mejorar la calidad de vida de la paciente.

Las sesiones se llevaron a cabo en la cámara de Gesell, misma que es una habitación diseñada para poder tratar directamente intervenciones de psicólogo-cliente, entendiendo mayormente los factores determinantes y específicos del TOC. Esta se implementó con el objetivo de aportar al entrenamiento en la práctica psicológica de los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Manabí.

## 2. PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente mujer, de 39 años de edad, soltera, profesional, actualmente se encuentra laborando en un centro de educación superior, extranjera, acude a consulta debido a los síntomas de TOC, mismo que fue diagnosticado a sus 19 años, le impiden llevar una vida más descansada y feliz.

Su núcleo familiar lo compone su madre (72) y su tía abuela que fue la que le crió (84), hija única y su padre falleció cuando ella tenía 10 años. Actualmente ambas viven en el país de origen de la paciente y ella se comunica a través de medios tecnológicos. La mamá tiene un TOC de acumulación, mismo que es rechazado por la paciente debido a que refiere la dificultad para circular y acomodar todo en la que era su hogar.

La paciente refiere “mi vida es cansada, siempre tengo que hacer algo en mi casa, ya que me gusta el orden, que todo esté en su lugar y que este impecable”, así también se describe como alguien perfeccionista, realizando la misma tarea múltiples veces hasta que quede bien. Tiene muchos pensamientos en su cabeza, la mayoría de los cuales hacen referencia a su madre, el miedo a perderla, tiene imágenes mentales de su madre muriendo, mismas que hacen que se mantenga ocupada para no tener que pensar tanto en éstos, las actividades que realiza para mantenerse ocupada no le han ocasionado problemas pero menciona que “le cansa”, ya que tiene que

realizar distintas actividades para poder eliminar el pensamiento o disminuir el pensamiento y con esto poder bajar la ansiedad causada.

Varios rituales se han presentado en el transcurso de su vida y aún se siguen presentando, como es el caso de que la superstición es tan amplia que incluso es vulnerable y recepta supersticiones de otras personas o culturas, como es el caso de que ella no acepta el número 4 (que le regalen 4 rosas, que compre 4 cosas, que este en cuarto piso, etc.) mismo que en la cultura Japonesa es un sinónimo de mala suerte; la obsesión de la limpieza es muy activa y requiere de limpiar un lugar uno y otra vez; así también la paciente manifiesta rasgos fuertes con relación a las cosas “perfectas”, ella es profesora y sus listas de asistencia tienen que estar a la perfección, sin firmas torcidas, hojas ligeramente arrugadas o papeles que no estén perfectamente limpios, es muy impaciente al momento de esperar en cualquier lugar, necesita siempre estar cómoda, siempre tiende a que ella tiene la razón, entre otras obsesiones y compulsiones.

### **3. HISTORIA DEL PROBLEMA**

La paciente es hija única de padres separados, su padre termina con su vida a los 10 años de edad dejándola sola con su madre, misma que aun joven disfrutaba la vida y salía con frecuencia por las noches. La crió su tía abuela, misma que le brindo la seguridad que no tenía con sus padres. La historia de TOC de la paciente empieza cuando esta tenía 9 años, ya que su

madre empezó a salir por las noches a “vivir su vida”, lo que preocupaba en exceso a la paciente, llevándola a crear rituales por las noches para que su mamá volviera segura a casa. El no realizar los rituales le provocaba una ansiedad intensa.

Una de las obsesiones que mantiene desde el inicio es pensar que la mamá podría estar en peligro o morir y para esto debía hacer comportamientos compulsivos como es el hecho que comenta que cuando era más joven tenía que tocar 3 veces la madera, sean mesas, pasillos, piso o incluso escaleras; comenta “una vez visité a una amiga, ella tenía una escalera de madera y tuve que tocar cada escalón 3 veces, mi amiga me miró y me dijo que sí pasaba algo, y le respondí que nada son cosas más”.

La limpieza excesiva es una de aquellas características que más se ve en pacientes con TOC. Ella debe limpiar su casa todos los días a fondo, incluso hasta dos veces al día, así también detesta que las cosas no funcionen de la manera apropiada o que tengan algún tipo de desperfecto, “la limpieza debo hacerla todos los días, aunque ahora trato de limpiar cada dos días, pues mi vida es cansada paso todos los días ocupada”.

Se debe también mencionar que la mamá tiene un TOC por acumulación bastante fuerte y hasta el día de hoy no ha sido tratado, siendo su casa un cúmulo de objetos donde es extremadamente difícil circular o limpiar, esto

empezó hace 10 años, así también su abuela materna también presentaba un TOC de acumulación.

#### **4. BATERÍAS Y TEST**

- Escala obsesivo-compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS) (Goodman et al., 1989), misma que permite un análisis completo a nivel topográfico y cuantitativo de las obsesiones y los rituales, además de ofrecer una impresión clínica global acerca del TOC.
- Test de personalidad Millon (Millon & Negrotto, 2014), este test multiaxial mide aquellos rasgos de personalidad clínica, así como los trastornos de la personalidad.
- Test de depresión de Beck (Beck, Steer, & Brown, 1996) consta de 21 preguntas mediante las cuales se puede identificar el nivel de depresión que está afectando a la persona.
- Test de ansiedad de Hamilton (Hamilton, 1959) este test mide aquellos rasgos de ansiedad de la persona brindando una cuantificación a los síntomas presentados.



El Y-BOCS brinda detalles acerca del área de afectación que tiene el TOC en la persona, la paciente tuvo una puntuación clínicamente significativa en las siguientes áreas:

- Obsesión con la necesidad de simetría o exactitud
- Compulsiones de limpieza/lavado
- Rituales de repetición
- Compulsiones de contar
- Compulsiones de ordenar/arreglar
- Compulsiones – miscelánea

En la aplicación del test multiaxial de Millon, los patrones clínicos de personalidad así como los síndromes clínicos guardan bastante relación con síntomas propios del TOC, como son las compulsiones y la ansiedad.

Patrones clínicos de la personalidad:

- Narcisista (95)
- Compulsivo (102)
- Pasivo agresivo (90)

Patología severa de personalidad

- Borderline (86)

Síndromes clínicos

- Ansiedad ( 99)
- Bipolaridad (87)

- Distimia (90)

El test de Beck aplicado en al paciente arrojó resultados oportunos para poder también trabajar con ella en la depresión, ya que la puntuación arrojó que tiene depresión grave.

Se realizaron dos aplicaciones del test, una al inicio de las sesiones donde se puede apreciar que la paciente tenía una depresión mayor clínicamente significativa y una aplicación al final donde se muestra que existe la perturbación aún pero ha bajado en intensidad.

- Inicio: La paciente tuvo una puntuación de 31 puntos, misma que es compatible con una depresión mayor clínicamente significativa.
- Final: La paciente tuvo una puntuación de 15 puntos, mismos que manifiestan una leve perturbación del estado de ánimo.

El test de Ansiedad de Hamilton, puntúa un rango alto en la ansiedad, manifestándose en los siguientes síntomas:

- Ansiedad
- Tensión
- Miedos
- Síntomas somáticos generales (sensoriales)

## 5. CURSO DEL TRATAMIENTO

Se trabajó en la cámara de Gesell con la paciente, con un tiempo predispuesto de 50 minutos por sesión, durante 16 sesiones, de las cuales se realizó lo siguiente:

**Sesión 1 - 3:** entrevista de historia de la paciente, su anamnesis personal y familiar, observaciones, metas a seguir al transcurso de la terapia, objetivos de la terapia del psicólogo – cliente y el encuadre haciendo el lineamiento de cómo, cuándo y dónde llevar las sesiones destinadas durante la terapia. Se realizó la evaluación psicológica empleando tests que ayudaron a realizar el diagnóstico de la paciente.

**Sesión 4 - 5:** Luego de confirmar el diagnóstico de TOC, se realizaron dos sesiones de psicoeducación, donde se trabajó con información científica acerca del TOC, trabajando así los conceptos, las creencias, las dudas, los mitos, etc., acerca de la naturaleza del trastorno. Así también se le indicó a la paciente el tipo de tratamiento que iba a recibir, en qué consistía y el pronóstico esperado en la terapia.

**Sesión 6 - 13:** Se trabajó con técnicas de confrontación, reestructuración cognitiva, técnicas de desensibilización sistemática, disminución de ansiedad y manejo de estrés.

Se trabajó la sintomatología del TOC, aplicando varias técnicas, de las cuales pudimos obtener resultados favorables para atenuar síntomas, evaluando directamente cuales eran las obsesiones como las ideas o pensamientos (limpieza, miedo a perdida, rituales dándole significado a los objetos de “poder”, perfeccionamiento) que conllevaba a las compulsiones (ir al baño a cada 5 minutos, tocar objetos para evitar la pérdida de su mamá, rechazar objetos imperfectos, rechazo de números en 4 o pares) , se trabajó con la EPR que es la técnica de exposición y prevención de respuestas (Baudou, Walter, García, & Fernández-Álvarez, 2013), donde se pudo gradualmente bajar la intensidad del TOC con imaginación, ejemplos y exposición de forma oportuna y controlada; se trabajó con control de los impulsos, con técnicas de relajación de Schultz y de Jakobson (García Peine et al., 2011).

**Sesión 14 - 15:** Se trabajó con prevención de respuesta y manejo de recaídas, preparando a la paciente para la finalización del tratamiento y para el automanejo de sus trastornos.

**Sesión 16:** Se aplicó la técnica de re-test o post-test para evaluar el estado actual del paciente, habilidades de independencia y evaluación cuantitativa del proceso terapéutico.

## **6. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)**

El TOC es definido por la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) en su manual diagnóstico (DSM-V) como un trastorno que consta de obsesiones y compulsiones. Se difiere del DSM-IV, que es la versión anterior, en que las obsesiones o compulsiones debían estar en la mente de la persona, pero en el DSM-V la persona puede estar convencida de que sus obsesiones son reales.

En el DSM-V, el TOC ya no se incluye entre los trastornos de ansiedad, sino en una nueva categoría denominada “Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados”. Estos últimos incluyen el trastorno dismórfico corporal, el trastorno por acumulación, la tricotilomanía, el trastorno por excoriación y otros (p.ej., celos obsesivos).

Los Criterios Diagnósticos de Investigación del CIE-10 (World Health Organization, 2000) para el trastorno obsesivo compulsivo distinguen obsesiones de compulsiones en función de si se trata de pensamientos, ideas o imágenes (obsesiones) o actos (compulsiones).

### **6.1. OBSESIONES**

Las obsesiones son pensamientos, pueden ser imágenes recurrentes y persistentes, impulsos, actos inapropiados y no concurrentes que llegan a

generar malestar y ansiedad. Al principio las obsesiones no son fáciles de detectar, ya que no tienen una dirección delimitada, siendo complejo de percibir por la misma persona, que generalmente va a presentar malestar algunas veces intensas hacia algunas situaciones incontrolables. Generalmente estas personas piensan en que son las culpables de alguna consecuencia negativa futura y por esto necesitan realizar conductas repetitivas (compulsiones).

La persona es capaz de reconocer voluntaria o involuntariamente que estas obsesiones son producto de su mente. La duración de estas obsesiones de una persona con otra va variando según sus experiencias. Por lo tanto las obsesiones generalmente causan malestar y angustia a la persona que lo padece.

Es importante señalar que las obsesiones no son preocupaciones excesivas o intensas sobre problemas de la vida real. Lee y Kwon (2003) clasifican las obsesiones en autógenas y reactivas:

**6.1.1. Obsesiones autógenas:** En estas obsesiones, es complejo el encontrar los estímulos desencadenantes, suelen darse en personas que relacionan el tema con la inmoralidad (sexo inmoral, religión-blasfemia, supersticiones), las personas que padecen estas obsesiones experimentan angustia y malestar profundo, por lo tanto es considerable para estas personas (imaginar escenas, rezar). “Algunos autores se refieren a esta

tendencia como fusión pensamiento-acción y consideran este tipo de creencias disfuncionales como un aspecto nuclear en una gran proporción de casos de TOC” (Rachman, 2002).

**6.1.2. Obsesiones reactivas:** A diferencia de las obsesiones autógenas, estas obsesiones son activadas en situaciones y estímulos directos o específicos, generadas principalmente en situaciones algo lógicas ante estímulos que se han considerado como execración, como el rechazo, la suciedad, errores, etc.

Muchas personas pueden experimentar este tipo de obsesiones sobreestimando el grado de responsabilidad y control, limitando eventos tales como contaminantes, acceso a personas a la casa, miedo a robos, etc. Cuando aparecen estas obsesiones, pues las personas llegan a ejecutar rituales (conducta) bajando el estrés de la obsesión con el objetivo de prevenir futuras consecuencias negativas, estos rituales se convierten en compulsiones, siendo la liberación directa de las obsesiones.

## **6.2. COMPULSIONES**

Las compulsiones son conductas cognitivas y motora consecuentes de las obsesiones para poder reducir el malestar, previniendo consecuencias negativas futuras. Generalmente manifiestan poca conexión con la realidad de prevención (tener que repetir 50 veces un nombre para prevenir accidentes). Pueden ser conductas observables (rituales de limpieza, rituales

de manipulación de objetos, etc.) y también pueden ser respuestas encubiertas como actos cognitivos neutralizadores (pensar que otra persona se enfermó por decir su nombre y no completar el ritual).

### **6.3. PREVALENCIA**

El TOC principalmente puede aparecer durante la adolescencia o a primicias de la edad adulta. Hay una prevalencia mayor en niños que en niñas, ya que se dice que las mujeres pueden estar presentando o desarrollando el TOC a partir de los 20 a 29 años y los varones pueden estar presentando de los 5 años a 15 años, con un índice de prevalencia más vulnerable en los hombres que en mujeres, ya que en los hombres por comenzar en edad temprana es más complejo y desorganizado y a su vez su tratamiento psicológico debe ser más técnico. Se puede dar de forma progresiva, poco a poco, aunque en algunos casos se presenta de forma aguda, brusca, normalmente por un factor desencadenante o situación de estrés.

El detectar el trastorno a tiempo e intervenirlos, pueden ser muy favorables con un proceso psicoterapéutico menor a diferencia de personas con TOC durante más de 10 años, pues este será tratado con una ayuda profesional constante y eficiente.



#### **6.4. ETIOLOGÍA**

No se conocen bien las causas del TOC, aunque se han identificado diferentes factores que pueden intervenir en el desarrollo de esta enfermedad psiquiátrica. Desde una perspectiva biológica se ha constatado que las personas que la sufren presentan alteraciones del lóbulo frontal del cerebro y en la secreción de serotonina. Este neurotransmisor está implicado en la regulación del estado de ánimo, la agresividad y la impulsividad, además de modular la transmisión de información de una neurona a otra, un proceso este último que en las personas con TOC se desarrolla con mayor lentitud que en las personas normales.

También se sabe que existen factores genéticos que condicionan el desarrollo del TOC, aunque se desconoce el modo en que se transmiten. No obstante también hay que tener en cuenta que existen acontecimientos o situaciones puntuales en la vida de una persona que pueden actuar como desencadenantes: pueden ser enfermedades propias o de un familiar, la muerte de un ser querido, una separación o divorcio, una educación muy rígida durante la infancia, algún trauma, etc.

#### **6.5. COMORBILIDAD**

- Depresión
- Trastorno de ansiedad
- Fobia social

- Fobias específicas
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de evitación
- Trastorno de dependencia

## 6.6. SÍNTOMAS

Hay muchas obsesiones y compulsiones que pueden presentar, pero generalmente:

Obsesiones: temor de contaminación, temor a causar daños a personas cercanas o lejanas, religiosidad excesiva, pensamiento prohibido socialmente, necesidad de confesar directamente, etc.

Compulsiones: repetición constante de una acción hasta hacerla “bien” o que haya completado el ritual, lavarse continuamente, serrar y asegurar todo a su alrededor, tocar, contar los números hasta limitaciones y exclusiones, orden, acumulación, rezo continuo.

## 6.7. ASPECTOS DEL TOC

- Manifestaciones principales del trastorno: compulsiones, obsesiones, conducta de evitación
- Variables funcionales: antecedentes, consecuentes del trastorno o mantenimiento

- Variables disponibles: los factores que pueden predisponer directamente o factores de vulnerabilidad biológica y psicológica, aprendizaje significativo contribuyente al TOC.
- Facilitadores ambientales: los estresores, el pasado y presente que ha facilitado el desarrollo y mantenimiento del problema.

## 7. OBJETIVOS

### 7.1. OBJETIVO GENERAL

Atenuar la intensidad de los síntomas del Trastorno Obsesivo compulsivo (TOC), para restablecer la estabilidad del paciente

### 7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Degradar las ideas intrusas obsesivas de la paciente
- Disminuir los rituales y comportamientos obsesivos
- Atenuar la ansiedad del paciente.
- Evaluar el resultado del paciente

## 8. PROPUESTA TERAPEÚTICA

Tomando en cuenta procesos y técnicas aplicadas científicamente en pacientes con TOC, se llevó a cabo la evaluación diagnóstica, el proceso psicoterapéutico y los resultados a una paciente con TOC, misma que se ejecutaron las sesiones, proceso de evaluación y proceso terapéutico en una paciente con TOC realizados en la Cámara de Gesell.

Las primeras sesiones con psicoeducación, lo cual consistió en educar al paciente en cuanto a lo que es el TOC, como se presenta y como se trata; el objetivo del mismo fue que la paciente colaborara de mejor manera al entender que es parte activa del proceso y de que parte de los resultados

dependen de su colaboración. Así también se llegó a entender el proceso de la mejor forma de afrontar los síntomas del trastorno orientándolos a objetivos totalmente definidos, con técnicas pedagógicas, información sobre la naturaleza del TOC y su tratamiento, motivación y soporte al cumplimiento del tratamiento, cambio de actitudes y distanciamiento psicológico, que fueron ejecutados desde la primera sesión.

Las sesiones se dieron con un enfoque Cognitivo-Conductual, donde se aplicaron técnicas de exposición y prevención de respuesta (EPR), confrontación, reestructuración cognitiva, técnicas de desensibilización sistemática, técnicas de control, disminución de la ansiedad, prevención de recaídas, complementando algunas técnicas cognitivas: obsesiones puras, dudas obsesivas, escrupulosidad y culpas morales, con técnicas de reforzamiento y acompañamiento, de lo cual se llegaron a realizar 16 sesiones.

Finalmente se evaluó el estado de la paciente dando a conocer la degradación del TOC y su adaptación. .

## 9. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

Se puede ver una síntesis de los objetivos terapéuticos y las técnicas de intervención utilizadas para cada uno de ellos en la tabla.

<b>OBJETIVOS</b>	<b>TÉCNICAS</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TIEMPO DE EJECUCIÓN</b>
Degradar las ideas intrusas obsesivas de la paciente	Manejo de información pedagógica, psicoeducación.	Revistas Libros Internet Estudios Información Recursos humanos	Se realizará antes y durante el proceso terapéutico. Aproximadamente 2 sesiones.
Disminuir los rituales y comportamientos obsesivos	Información sobre la naturaleza del TOC y su tratamiento, motivación y soporte al cumplimiento del tratamiento, cambio de actitudes y distanciamiento psicológico Técnicas de exposición y prevención de las respuestas, confrontación, reestructuración cognitiva, técnicas de desensibilización sistemática, técnicas de control, complementar, si es necesario para mejorar el cumplimiento, técnicas cognitivas: obsesiones puras, dudas obsesivas, escrupulosidad y culpas morales, con técnicas de reforzamiento y acompañamiento. Técnicas de exposición, imaginación, recreación de situaciones y prevención de recaídas	Cámara de Gesell Recursos humanos Registros de sesiones Tests Fichas varias	Alrededor de 6 sesiones

Atenuar ansiedad paciente.	la del	Técnicas relajación mediante lugar seguro se trabajó con control de los impulsos en técnicas de relajación de Schultz y de Jakobson	Recursos humanos Cámara de Gesell	Alrededor de 2 sesiones
Evaluar resultado paciente	el del	Re-test o pos-test, control y manejo de estrés.	Cámara de Gesell Recursos humanos Tests Formularios	Entre 2 a 3 sesiones

## **10. EVALUACIÓN DE RESULTADOS**

La paciente gradualmente pudo disminuir las obsesiones y compulsiones, desarrollando técnicas para controlar los pensamientos que persisten y con ello las conductas repetitivas. El cumplimiento del tratamiento que tiene que ver con la voluntariedad del paciente y la eficacia del terapeuta, logró resultados favorables.

Psicoeducación acerca del trastorno misma que se dio a conocer a la paciente, generando mayor comprensión, conocimiento de características del tratamiento y factores estimulantes.

Llevar la terapia acorde a los objetivos planteados, para generar una adecuada intervención.

Se prestó atención ante las situaciones, evitando y controlando que se pueda generar estrés en la paciente, ya que había que trabajar en que los síntomas no se agraven y sean más evidentes.

Mediante las técnicas que se utilizaron, la paciente ahora puede experimentar situaciones de estrés controladamente y mediante aquello también ha logrado bajar niveles de obsesiones y compulsiones.



Se trabajó con el progreso y desarrollo de la persona en las sesiones, con la anticipación y prevención de posibles recaídas, aunque se debe decir que se llegó a aliviar los síntomas pero puede presentar posibles recaídas, teniendo en cuenta que es normal que pueda tener una recaída ya que el trastorno no se ha curado, pero si se han degradado significativamente sus síntomas.

Mediante la Cámara de Gesell se realizaron las intervenciones psicoterapéuticas, en la que se llegaron a invitar a estudiantes, docentes y autoridades que sean espectadores el proceso terapéutico, firmando consigo una capsula de confidencialidad sobre las sesiones, la paciente y el terapeuta, con una finalidad educativa.

## **11.MARCO REFERENCIAL**

### **11.1. ANTECEDENTES DE LA CÁMARA DE GESELL**

La mayoría de los estudios y la creación de cámaras de Gesell tanto a nivel mundial como nacional han sido con la finalidad de minimizar la re victimización.

Como lo mencionaba el psicólogo y pediatra estadounidense Arnold Gesell creador de la cámara, esta sirve para observar la conducta en niños sin ser perturbados o que la presencia de una persona extraña cause alteraciones.

Según la psicóloga Diana Regalado, misma que labora en la fiscalía de Pichincha, indica que la cámara se utiliza en su gran mayoría por menores de edad que son víctimas de abuso sexual, evitándoles el trauma de tener que declarar delante de mucha gente. Debido a que los estudios relacionados con la cámara de Gesell han sido tanto a nivel mundial como nacional, mayormente con un objetivo de evitar la re victimización, y son pocos los trabajos relacionados con un enfoque didáctico

*“La Cámara Gesell es un aula especializada que nos permite el desarrollo de competencias profesionales. El trabajo en la Cámara de Gesell, desde el punto de vista didáctico, permite entrenar a los estudiantes en diversas técnicas de entrevista, observación sistematizada, estrategias de evaluación e intervención y juego de roles”* (Rueda Sánchez & López Lucas, 2013).

## **11.2. BASES TEÓRICAS**

**11.2.1. Cámara de Gesell:** La cámara de Gesell o cámara de visión unidireccional es un salón provisto de equipos de video y audio, así como de un espejo unidireccional anexo a un salón donde se puede ubicar un grupo de observadores, analistas, expertos o aprendices entre otros.

Es un espacio acondicionado fundamentalmente para observar conductas sin afectar la privacidad del entrevistado u observado, en un marco de absoluto respeto por las normas éticas que dejan a salvo la privacidad de los participantes.

**11.2.2. Implementos que la constituyen.** Una cámara de Gesell debe estar constituida por dos espacios; sala de entrevista y sala de observación. Estos dos espacios deben estar divididos por un vidrio unilateral, es decir que tenga una visión clara en una de las caras de los vidrios, mientras que la otra no debe tener, sino que deber ser ahumado o laminado. El espacio de entrevista debe estar ambientando a la realidad de lo que se desea, escritorio, sillas, mesa, muebles, etc., incluso para trabajar con niños, en la misma podemos encontrar juegos didácticos, juguetes anatómicos o tests que permitan desarrollar el trabajo. El espacio de entrevista debe contar como mínimo con dos cámaras de grabación que permitan tener una visión clara de las personas que ingresan a la misma y un micrófono ubicado de manera que no se convierta en un factor distractor. Los colores de las paredes deben ser armoniosos y no contener variedad de colores fuertes o alguna imagen que pueda ocasionar distracción.

### **11.3. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DENTRO DE LA CÁMARA DE GESELL**

Se pretende que el estudiante de psicología por medio de este laboratorio de simulación, cree en él la capacidad para poder explorar y analizar un sujeto de estudio, con la ayuda de los conocimientos adquiridos en clases y junto con la simulación práctica podrá desarrollar capacidades innatas y hábiles propias para poder hacer un diagnóstico presuntivo del sujeto.

Entre las herramientas encontramos las dos principales:

- Observación Clínica.
- Entrevista Clínica.

**11.3.1. Entrevista clínica:** Es un acto único donde se generan dos facetas que se relacionan: la interpersonal, en que dos o más personas entran en sociedad de relación, comunicándose de forma irrepetible, y la otra se llega a producir acto técnico, poniéndose en relación y juego las aptitudes del profesional clínico.

La entrevista clínica es una comunicación verbal, en que pueden estar involucradas dos o más personas que sean voluntarias para el proceso, en base a una comunicación progresivamente entre experto- cliente. El paciente o cliente generalmente presenta dificultades, en revelación del cual requiere obtener algún beneficio.

La entrevista clínica como aquel acto único en el que se dan dos facetas de forma casi inseparable: una faceta interpersonal, en la que dos o más individuos entran en relación y se comunican de una forma irreplicable, y otra en la que se produce un acto de tipo técnico, en la que se ponen en juego las aptitudes del clínico.

La entrevista clínica es principalmente una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresivamente desarrollada de experto-cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente y qué pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas, y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio.

**11.3.2. Intervención Psicológica:** La intervención psicológica tiene como principal objetivo controlar “los aspectos emocionales (ansiedad y depresión, principalmente), cognitivos (la percepción de la propia eficacia, la creencia sobre la capacidad personal para sobreponerse o manejar los síntomas del estrés), conductuales (actividades ordinarias que se ven reducidas o eliminadas como consecuencia del estrés) y sociales (impacto de la enfermedad en la esfera socio-familiar del paciente) (Castel-Bernal, de Felipe García-Bardón, & Tornero-Molina, 2006).

**11.3.3. Observación clínica:** Es la principal acción para la aplicación del método científico. En el que tiene objetivos direccionados a recoger información para poder verificar o formular hipótesis. La observación, es la estrategia fundamental del método científico, es el modo de comprobar en primera persona las hipótesis planteadas. La experiencia adquirida dentro de la cámara de Gesell, permite que el diagnóstico de un paciente o de un entrevistado sea mucho más profunda, porque se recoge información no verbal que no quiere aflorar el paciente, la posibilidad de grabar las sesiones en videocámara nos ha permitido tener, no solo la posibilidad de poder utilizar las grabaciones para la formación académica sino también la posibilidad de analizarlas de manera específica al objeto a estudiar y de lo que su lenguaje corporal nos quiere decir.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association, A. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Bados López, A. (2005). Trastorno obsesivo compulsivo. *Universitat de Barcelona. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i tractament Psicològics*.
- Baudou, B., Walter, A., García, F., & Fernández-Álvarez, H. (2013). Psicoterapia cognitiva individual del TOC. *Salud mental, 36*(4), 347-354.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio, 78*(2), 490-498.
- Castel-Bernal, B., de Felipe García-Bardón, V., & Tornero-Molina, J. (2006). Evaluación psicológica en el dolor crónico. *Reumatología clínica, 2*, S44-S49.
- García Peine, J., Burgos Varo, M., Paz Galiana, J., Santa Cruz Talledo, J., Canalejo Echeverría, A., & Muñoz Cobos, F. (2011). Estudio controlado de utilidad de la intervención grupal mediante técnicas de relajación en la reducción de la ansiedad. *MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA, 141*.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., . . . Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry, 46*(11), 1006-1011.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology, 32*(1), 50-55.
- Lee, H., & Kwon, S. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 41*(1), 11-29.
- Millon, T., & Negrotto, A. (2014). *Inventario Millon de estilos de personalidad*: Paidós.

- NICE. (2005). Compulsive Disorder: core interventions in the treatment of obsessive–compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *London: NICE*.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour research and therapy, 40*(6), 625-639.
- Rueda Sánchez, M. I., & López Lucas, J. (2013). Observación de casos reales en la cámara Gesell. Una experiencia piloto en casos de asesoramiento a familias de alumnos con dificultades de aprendizaje.
- Stein, D. J., Ipser, J. C., Baldwin, D. S., & Bandelow, B. (2007). Treatment of obsessive-compulsive disorder. *CNS spectrums, 12*(S3), 28-35.
- World Health Organization, W. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.



# **ANEXOS**

Escala de Ansiedad de Hamilton			
Nombre del paciente: _____			
Fecha de evaluación _____		Ficha clínica: _____	
1 Ansiedad	<b>Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.</b>		Puntaje
	0	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	4	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
2 Tensión	<b>Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.</b>		Puntaje
	0	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
3 Miedo	<b>Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siento alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.</b>		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	

	<b>2</b>	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	<b>3</b>	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	<b>4</b>	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	

<b>4</b> <b>Insomnio</b>	<b>Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	Profundidad y duración del sueño usuales	
	<b>1</b>	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	<b>2</b>	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	<b>3</b>	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	<b>4</b>	Hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
<b>5</b> <b>Dificultades en la concentración y la memoria</b>	<b>Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	<b>1</b>	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	<b>2</b>	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	<b>3</b>	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	<b>4</b>	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	

<b>6</b>  <b>Animo deprimido</b>	<b>Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.</b>		<b>Puntaje</b>
	<b>0</b>	Animo natural	
	<b>1</b>	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	<b>2</b>	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	<b>3</b>	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	<b>4</b>	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
<b>7</b>  <b>Síntomas somáticos generales (musculares)</b>	<b>Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.</b>		
	<b>0</b>	No se encuentran presentes	<b>Puntaje</b>
	<b>1</b>	Presencia dudosa	
	<b>2</b>	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	<b>3</b>	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	<b>4</b>	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	

<b>8</b>  <b>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b>	<b>Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.</b>		<b>Puntaje</b>
	<b>0</b>	No presente	
	<b>1</b>	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	<b>2</b>	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	

	<b>3</b>	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>9</b> <b>Síntomas cardiovasculares</b>		<b>Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.</b>	Puntaje
	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes	
	<b>2</b>	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	<b>4</b>	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>10</b> <b>Síntomas respiratorios</b>		<b>Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..</b>	Puntaje
	<b>0</b>	No presente	
	<b>1</b>	Dudosamente presente	
	<b>2</b>	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	<b>4</b>	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>11</b> <b>Síntomas gastrointestinales</b>		<b>Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.</b>	Puntaje
	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	<b>2</b>	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	

	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	<b>4</b>	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	

<b>12</b> <b>Síntomas genito urinarios</b>	<b>Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.</b>		<b>Puntaje</b>
	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	<b>2</b>	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>13</b> <b>Síntomas autonómicos</b>	<b>Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.</b>		<b>Puntaje</b>
	<b>0</b>	No se encuentran presentes	
	<b>1</b>	Presencia dudosa	
	<b>2</b>	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>14</b> <b>Conducta durante la entrevista</b>	<b>Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, palido, hiperventilando o transpirando</b>		<b>Puntaje</b>
	<b>0</b>	El paciente no parece ansioso	

	<b>1</b>	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	<b>2</b>	El paciente está moderadamente ansioso	
	<b>3</b>	El paciente está claramente ansioso	
	<b>4</b>	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

Cuestionario de Millon

		V	F
1	Siempre sigo mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan de mí		
2	Siempre he encontrado más cómodo hacer las cosas solo(a) tranquilamente en vez de hacerlas con otros		
3	Hablar con otras personas ha sido casi siempre difícil y duro para mí		
4	Creo que hay que ser dedicado y tener fuerza de voluntad en todo lo que hago		
5	En las últimas semanas me pongo a llorar apenas la mínima de las cosas sale mal		
6	Alguna gente me considera engreído(a) y egoísta		
7	De adolescente me metía en muchos problemas debido a mi mala conducta escolar		
8	Siempre siento que no soy querido(a) en un grupo		
	Frecuentemente critico a la gente si está mal		
10	Me conformo con seguir a los demás		
11	Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir qué hacer primero		
12	A veces puedo ser muy tosco(a) y malo(a) en mis relaciones con mi familia		
13	Me interesa muy poco hacer amigos		
14	Creo que soy una persona muy sociable y extrovertida		
15	Creo que soy una persona superior, por lo tanto, no me importa lo que la gente piensa		
16	La gente nunca ha reconocido debidamente lo que he hecho o logrado		
17	Tengo un problema con el alcohol que he tratado insatisfactoriamente de superar		
18	Últimamente siento como una angustia en el estómago y me pongo a sudar frío		
19	No me gusta hacerme notar durante las actividades sociales		
20	Frecuentemente hago cosas por el simple hecho de que son divertidas		
21	Me enfado mucho con la gente que parece que nunca hace las cosas bien		
22	Si mi familia me presiona es muy probable que me sienta enojado(a) y que me resista a hacer lo que ellos quieren		
23	Frecuentemente siento que debería ser castigado(a) por lo que he hecho		
24	La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de como actuó o de mi aspecto		
25	Los demás parecen más seguros que yo de lo que son y de lo que quieren		
26	Tiendo a romper en llanto y tener ataques de cólera sin saber porque		
27	Empecé a sentirme solo(a) y vacío(a) hace un año o dos		
28	Tengo talento para ser dramático		
29	Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino		
30	Disfruto de la competencia intensa		
31	Cuando entro en crisis, rápidamente busco a alguien para que me ayude		
32	Me protejo a mí mismo(a) de problemas no dejando que la gente sepa mucho de mí		
33	La mayor parte del tiempo me siento débil y cansado (a)		
34	Otra gente se enoja más ante pequeños inconvenientes que yo		
35	Mi consumo de drogas frecuentemente me ha llevado a una buena cantidad de problemas en el pasado		
36	Últimamente me encuentro llorando sin ninguna razón		
37	Creo que soy una persona especial que merece atención especial de los otros		
38	Bajo ninguna circunstancia me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda		
39	Una manera segura de hacer un mundo pacífico es mejorando la moral de la gente		
40	En el pasado me he involucrado sexualmente con muchas personas que no me importaban mucho		
41	Encuentro difícil comprender a la gente que nunca tiene las cosas claras		



42	Soy una persona sumisa y fácil		
43	Mi mal genio ha sido una de las grandes causas de mis problemas		
44	No me importa mangonear a otros para conseguir que hagan lo que yo quiera		
45	En los últimos años incluso cosas mínimas parecen deprimirme		
46	Frecuentemente, mi deseo de hacer las cosas perfectamente demora mi trabajo		
47	Soy tan tranquilo(a) y aislado(a) que la mayoría de la gente no sabe siquiera que existo		
48	Me gusta coquetear con miembros del sexo opuesto		
49	Soy una persona tranquila y miedosa		
50	Soy una persona muy inconstante, cambio de opinión y de forma de sentir todo el tiempo		
51	Me siento muy tenso cuando pienso en los sucesos del día		
52	Beber alcohol nunca me ha causado ningún problema realmente serio en mi trabajo		
53	Últimamente parecería que las fuerzas se me escapan, incluso en las mañanas		
54	Empecé a sentirme un fracasado(a) hace unos años		
55	No me gusta nada la gente de éxito que siempre piensa que puede hacer las cosas mejor que yo		
56	Siempre he tenido un miedo terrible de perder el amor de la gente que necesito mucho		
57	Daría la impresión que hago todo lo posible para que la gente se aproveche de mi		
58	Últimamente siento ganas de romper cosas.		
59	Recientemente he pensado seriamente en acabar con mi vida.		
60	Siempre estoy tratando de hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.		
61	Mantengo un control riguroso de mi dinero, así estoy preparado (a) en caso de necesidad.		
62	Aparecí en la portada de varias revistas el año pasado.		
63	Le gusto a poca gente.		
64	Si alguien me criticara por cometer un error, yo rápidamente señalaría algunos de sus errores.		
65	Algunas personas dicen que me gusta sufrir.		
66	Frecuentemente expreso mis sentimientos de rabia y después me siento terriblemente culpable.		
67	Últimamente me siento nervioso (a) y bajo una terrible presión, pero no sé por qué.		
68	Muy frecuentemente pierdo la sensibilidad en partes de mi cuerpo.		
69	Creo que hay personas que usan telepatía para influenciar mi vida.		
70	Consumir drogas ilícitas puede ser poco inteligente, pero en el pasado sentí que las necesitaba.		
71	Me siento cansado (a) todo el tiempo.		
72	No puedo dormir bien, y me levanto tan cansado (a) como cuando me acosté.		
73	He hecho varias cosas estúpidas de puro impulso que han terminado causándome muchos problemas.		
74	Nunca perdono un insulto. , ni olvido una vergüenza que alguien me haya hecho pasar.		
75	Deberíamos respetar las generaciones anteriores y no pensar que sabemos más que ellos.		
76	Ahora me siento terriblemente deprimido (a) y triste gran parte del tiempo.		
77	Soy el tipo de personas del que otros se aprovechan.		
78	Siempre me esfuerzo mucho de complacer a los demás, incluso cuando no me agradan.		
79	He tenido serios pensamientos suicidas por varios años.		
80	Rápidamente me doy cuenta cómo la gente está intentando causarme problemas.		
81	Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.		
82	No puedo entenderlo, pero parecería que disfruto hiriendo a las personas que quiero.		
83	Hace mucho tiempo decidí que era mejor tener poco que ver con la gente.		
84	Estoy dispuesto (a) a pelear a muerte antes que dejar que nadie me quite mi autodeterminación.		

85	Desde que era niño (a) siempre he tenido que cuidarme de la gente que estaba tratando de engañarme.		
86	Cuando las cosa se ponen aburridas, me gusta despertar situaciones emocionantes.		
87	Tengo problemas de alcohol que me han generado problemas a mí y a mi familia.		
88	Si una persona quiere que se haga algo que requiera mucha paciencia, deberían pedírmelo a mí.		
89	Soy probablemente la persona con ideas más creativas entre las personas que conozco.		
90	Hace diez años que no veo un carro.		
91	No veo nada de malo en usar a la gente para obtener lo que quiero.		
92	El castigo nunca me frenó a hacer lo que yo quería.		
93	Hay muchas veces que sin razón alguna, me siento muy contento (a) y muy emocionado (a).		
94	Yo me escapé de mi casa cuando era adolescente por lo menos una vez.		
95	Muchas veces digo cosas rápidamente de las que luego me arrepiento.		
96	En las últimas semanas me siento agotado sin ninguna razón.		
97	De un tiempo a esta parte me siento muy culpable porque ya no puedo hacer las cosas bien.		
98	Las ideas me dan vueltas y vueltas en la cabeza y no se van.		
99	De un año o dos a esta parte, me siento bastante desanimado (a) y triste acerca de la vida.		
100	Mucha gente lleva años espionando mi vida privada.		
101	No sé por qué pero a veces digo cosas crueles simplemente para hacer infelices a los otros.		
102	Odio y temo a la mayoría de la gente.		
103	Expreso mis opiniones sobre las cosas, no importa lo que los otros piensen.		
104	Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es muy probable que lo posponga o lo haga mal a propósito.		
105	Mi hábito de abusar de las drogas me ha causado que falte al trabajo en el pasado.		
106	Siempre estoy dispuesto (a) a ceder con los demás para evitar problemas.		
107	Frecuentemente estoy molesto (a) y renegón (a).		
108	Simplemente ya no tengo la fuerza para defenderme.		
109	Últimamente y sin ninguna razón en especial tengo que pensar las cosa una y otra vez		
110	Frecuentemente pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.		
111	Utilizo mis encantos para obtener las atenciones de los demás.		
112	Frecuentemente cuando estoy solo (a), siento la fuerte presencia de alguien invisible cerca de mí.		
113	Me siento muy desorientado (a) y no sé adónde voy en la vida.		
114	Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.		
115	A veces siento que debería hacer algo para hacerme daño a mí o a otra persona.		
116	He sido injustamente castigado (a) por la ley por crímenes que no he cometido.		
117	Me he vuelto muy nervioso (a) en las últimas semanas.		
118	Constantemente tengo pensamientos extraños de los que quisiera librarme.		
119	Me resulta muy difícil controlar el impulso de beber en exceso.		
120	Mucha gente piensa que soy un ente que no vale nada.		
121	Me puedo excitar mucho sexualmente cuando peleo o discuto con la persona que amo.		
122	A través de los años, he tenido éxito en mantener mi consumo de alcohol al mínimo.		
123	Siempre he puesto a prueba a las personas para averiguar cuánto se puede confiar en ellas.		
124	Incluso despierto (a) parece que no percibo a la gente que está junto.		
125	Me resulta muy fácil hacer muchos amigos.		
126	Siempre me aseguro que mi trabajo esté bien planificado y organizado.		

127	Con frecuencia oigo cosas tan bien que me molesta.		
128	Mi estado de ánimo parece variar mucho de un día a otro.		
129	No me parece mal que una persona se aproveche de otra que se lo permite.		
130	Me he cambiado de trabajo más de tres veces en los últimos dos años.		
131	Tengo muchas ideas que se adelantan a su tiempo.		
132	De un tiempo a esta parte me siento triste y melancólico (a) y no puedo salirme de eso.		
133	Creo que siempre es mejor buscar ayuda en lo que haga.		
134	Con frecuencia me enojo con la gente que hace las cosas lentamente.		
135	Me enfado muchísimo con personas que pretenden que yo haga lo que no quiero hacer.		
136	En los últimos años, me he sentido tan culpable que podría hacer algo terrible a mí mismo (a)		
137	Nunca paso desapercibido (a) cuando estoy en una fiesta.		
138	La gente me dice que soy una persona muy correcta y moral.		
139	A veces me siento confundido y perturbado (a) cuando la gente es amable conmigo.		
140	Mi uso de las así llamadas drogas ilegales me ha llevado a discusiones con mi familia.		
141	Me siento incómodo (a) con los miembros del sexo opuesto.		
142	Hay miembros de mi familia que dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.		
143	No me importa que la gente no esté interesada en mí.		
144	Francamente miento bastante seguido para librarme de problemas.		
145	La gente puede fácilmente cambiar mis ideas incluso si pensaba que mi decisión ya estaba tomada.		
146	Los otros han tratado de engañarme, pero tengo fuerza de voluntad para superarlos.		
147	Mis padres generalmente me decían que yo no era bueno (a) para nada.		
148	Con frecuencia, la gente se enfada conmigo porque los mangoneo.		
149	Yo siento gran respeto por aquellas autoridades que están encima de mí.		
150	Casi no tengo vínculos cercanos con otras personas.		
151	En el pasado me han dicho que me interesaba o me emocionaba demasiado por demasiadas cosas.		
152	Yo he volado sobre el Atlántico treinta veces en el último año.		
153	Yo creo en el dicho "Quien madruga Dios lo ayuda".		
154	Me merezco el sufrimiento que he tenido en la vida.		
155	Mis sentimientos hacia la gente importante en mi vida generalmente oscilan del amor al odio hacia ellos.		
156	Mis padres nunca estaban de acuerdo.		
157	En ocasiones he tomado hasta diez tragos o más sin emborracharme.		
158	En grupos sociales casi siempre me siento muy inseguro (a) y tenso (a).		
159	Valoro mucho las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.		
160	Desde que era niño he ido perdiendo contacto con el mundo real.		
161	Rara vez tengo sentimientos fuertes acerca de algo.		
162	Era muy inquieto (a) viajaba de un lado a otro sin ninguna idea de dónde iría a parar.		
163	No puedo tolerar la gente que llega tarde a las citas.		
164	Gente oportunista con frecuencia trata de obtener crédito por cosas que yo he hecho o pensado.		
165	Me enfado mucho si alguien exige que yo haga las cosas a su manera en vez de la mía.		
166	Tengo la habilidad de ser exitoso (a) en casi cualquier cosa que haga.		
167	Últimamente me derrumbo.		
168	Pareciera que animo a la gente que me quiere para que me hiera.		
169	Nunca he tenido un pelo en mi cabeza o en mi cuerpo.		

170	Cuando estoy con otros me gusta ser el centro de atención.		
171	Con frecuencia, personas que al principio he admirado mucho, después me han desilusionado fuertemente.		
172	Soy la clase de persona que puede abordar a cualquiera y agredirlo (a) verbalmente.		
173	Prefiero estar con gente que vaya a protegerme.		
174	Ha habido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan alegre y he gastado tanta energía que luego caía en bajadas de ánimo.		
175	He tenido dificultades en el pasado para dejar de abusar de las drogas o alcohol.		