

DOCS

En este cuestionario se le pregunta sobre 4 tipos de preocupaciones diferentes que puede que usted esté (o no esté) experimentando. Para cada tipo de preocupación, hay una descripción del tipo de pensamientos (a veces llamados obsesiones) y conductas (a veces llamadas rituales o compulsiones) que son típicas de ese tipo de preocupación en particular, seguida de 5 preguntas sobre sus experiencias en relación con estos pensamientos y conductas. Por favor, lea cada descripción detenidamente y responda a las preguntas para cada categoría basándose en las experiencias que usted ha tenido **durante el último mes.**

Categoría 1: Preocupaciones relacionadas con gérmenes y contaminación.

Ejemplos...

- Pensar o sentir que está contaminado/a porque estuvo en contacto con ciertos objetos o personas o estuvo cerca de ellos.
- Sentir que está contaminado/a porque estuvo en ciertos lugares (por ejemplo, un cuarto de baño).
- Pensar en gérmenes, enfermedades o en la posibilidad de propagar la contaminación.
- Lavarse las manos, usar desinfectante de manos, ducharse, cambiarse de ropa o limpiar objetos debido a preocupaciones sobre la contaminación.
- Seguir una rutina determinada (por ejemplo, en el cuarto de baño o al vestirse) debido a la contaminación.
- Evitar ciertas personas, objetos o lugares debido a la contaminación.

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias con pensamientos y conductas relacionados con la contaminación durante el último mes. Recuerde que sus experiencias pueden ser diferentes de los ejemplos mencionados anteriormente. Por favor, rodee con un círculo el número junto a su respuesta.

1. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo le han ocupado al día los pensamientos de contaminación y las conductas de limpieza debidas a la contaminación?

- 0 Ninguno
- 1 Menos de una hora al día
- 2 Entre 1 y 3 horas al día
- 3 Entre 3 y 8 horas al día
- 4 Ocho horas o más al día

2. ¿ Ha evitado situaciones para no tener pensamientos de contaminación o para no tener que pasar tiempo lavándose, limpiando o duchándose?

- 0 En absoluto
- 1 Evitación leve
- 2 Evitación moderada
- 3 Evitación grave
- 4 Evitación extrema de casi todas las cosas

3. Si ha tenido pensamientos de contaminación pero no ha podido limpiar, lavarse o ducharse (ni eliminar la contaminación de otra forma), ¿cuánto malestar o ansiedad ha tenido?

- 0 Ningún malestar/ansiedad
- 1 Ansiedad/malestar leve
- 2 Ansiedad/malestar moderado
- 3 Ansiedad/malestar grave
- 4 Ansiedad/malestar extremo

4. ¿En qué medida se ha visto afectada su vida diaria (trabajo, escuela, cuidado personal, vida social) por los pensamientos de contaminación y por limpiar, lavarse o ducharse de forma excesiva o realizar conductas de evitación?

- 0 Mi vida no se ha visto afectada
- 1 Un poco afectada, pero en general funciono bien
- 2 Muchas facetas de mi vida están afectadas, pero a pesar de ello me manejo bien
- 3 Muchas facetas de mi vida están afectadas, y me cuesta funcionar
- 4 Mi vida está completamente afectada y no puedo funcionar en absoluto

5. Cuando intenta ignorar los pensamientos de contaminación y abstenerse de conductas como limpiar, lavarse, ducharse u otros rituales para descontaminarse, ¿le resulta difícil?

- 0 En absoluto
- 1 Un poco difícil
- 2 Bastante difícil
- 3 Muy difícil
- 4 Extremadamente difícil

Categoría 2: Preocupaciones relacionadas con causar daño, provocar lesiones o traer mala suerte.

Ejemplos...

- Dudar de si ha cometido un error que podría hacer que sucediera algo horrible o perjudicial.
- Pensar que pueda haber ocurrido un accidente, desastre o daño físico terrible u otra desgracia y que usted no fue lo suficientemente precavido para evitarlo.
- Pensar que usted podía evitar algún daño o desgracia haciendo las cosas de una determinada manera, contando hasta cierto número o evitando determinados números o palabras "negativos".
- Pensar que podía perder algo importante que es poco probable que pierda (por ejemplo, la cartera, papeles, documentos personales...).
- Comprobar cosas como cerraduras, enchufes, la cartera, etc. más de lo necesario.
- Comprobar repetidamente o preguntar a otras personas para asegurarse de que no ha pasado (o no va a pasar) algo malo.
- Repasar mentalmente cosas del pasado para asegurarse de que no hizo nada malo.
- Necesitar hacer las cosas en una secuencia determinada para evitar que ocurran cosas dañinas o desastres.
- Necesitar contar hasta cierto número o evitar ciertos números negativos por miedo a que ocurra algo malo.

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias con los pensamientos y conductas relacionados con causar daño o desastres durante el último mes. Recuerde que sus experiencias pueden ser ligeramente diferentes de los ejemplos mencionados anteriormente. Por favor, rodee con un círculo el número situado junto a su respuesta.

1. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo le han ocupado al día los pensamientos sobre posibles daños o desastres y las comprobaciones o esfuerzos para que le tranquilicen asegurándole que esas cosas cosas no pasan (o no han pasado)?

- 0 Ninguno/
- 1 Menos de una hora al día
- 2 Entre 1 y 3 horas al día
- 3 Entre 3 y 8 horas al día
- 4 Ocho horas o más al día

2. ¿Ha evitado situaciones para no tener que comprobar si había algún peligro o para no tener que preocuparse por la posibilidad de haber causado algún daño o provocado algún desastre?

- 0 En absoluto
- 1 Evitación leve
- 2 Evitación moderada
- 3 Evitación grave
- 4 Evitación extrema de casi todas las cosas

3. Cuando ha tenido pensamientos sobre la posibilidad de provocar algún daño o desastre, o en el caso de no poder comprobar o pedir que le tranquilizaran, ¿cuánto malestar o ansiedad ha sentido?

- 0 Ningún malestar/ansiedad
- 1 Ansiedad/malestar leve
- 2 Ansiedad/malestar moderado
- 3 Ansiedad/malestar grave
- 4 Ansiedad/malestar extremo

4. ¿En qué medida su vida diaria (trabajo, colegio, cuidado personal, vida social) se ha visto afectada por los pensamientos sobre causar algún daño o provocar desastres, o por comprobar demasiado o pedir que le tranquilicen en exceso?

- 0 Mi vida no se ha visto afectada
- 1 Un poco afectada, pero en general funciona bien
- 2 Muchas facetas de mi vida están afectadas, pero a pesar de ello me manejo bien
- 3 Muchas facetas de mi vida están afectadas, y me cuesta funcionar
- 4 Mi vida está completamente afectada y no puedo funcionar en absoluto

5. Cuando intenta ignorar los pensamientos sobre daños o desastres y abstenerse de comprobar o de solicitar a otros que le tranquilicen, ¿le resulta difícil?

- 0 En absoluto
- 1 Un poco difícil
- 2 Bastante difícil
- 3 Muy difícil
- 4 Extremadamente difícil

Categoría 3: Pensamientos inaceptables/prohibidos

Ejemplos...

- Tener pensamientos desagradables sobre sexo, cosas inmorales o violencia que le vienen a la mente en contra de su voluntad.
- Pensar que podría hacer algo horrible, indecente o que le avergüence que en realidad usted no quiere hacer.
- Repetir una acción o hacer las cosas en una secuencia determinada debido a un mal pensamiento.
- Realizar mentalmente alguna acción o rezar para deshacerse de un pensamiento no deseado o desagradable.
- Evitar ciertas personas, lugares o situaciones que le provocan pensamientos no deseados o desagradables.

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias con pensamientos no deseados que vienen a su mente en contra de su voluntad y a comportamientos dirigidos a afrontar este tipo de pensamientos durante el último mes. Recuerde que sus experiencias pueden ser ligeramente diferentes de los ejemplos mencionados anteriormente. Por favor, rodee con un círculo el número situado junto a su respuesta.

1. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo le han ocupado al día los pensamientos desagradables no deseados y las acciones (físicas o mentales) que realiza debido a estos pensamientos?

- 0 Ninguno
- 1 Menos de una hora al día
- 2 Entre 1 y 3 horas al día
- 3 Entre 3 y 8 horas al día
- 4 Ocho horas o más al día

2. ¿Ha evitado situaciones, lugares, objetos u otras cosas (por ejemplo, números o personas) que le desencadenan pensamientos no deseados o desagradables?

- 0 En absoluto
- 1 Evitación leve
- 2 Evitación moderada
- 3 Evitación grave
- 4 Evitación extrema de casi todas las cosas

3. Cuando le han venido a la mente pensamientos no deseados o desagradables en contra de su voluntad, ¿ha sentido ansiedad o malestar?

- 0 Ningún malestar/ansiedad
- 1 Ansiedad/malestar leve
- 2 Ansiedad/malestar moderado
- 3 Ansiedad/malestar grave
- 4 Ansiedad/malestar extremo

4. ¿En qué medida se ha visto afectada su vida diaria (trabajo, escuela, cuidado personal, vida social) a causa de estos pensamientos no deseados o desagradables o por las acciones (físicas y/o mentales) para evitar o afrontar estos pensamientos?

- 0 Ningún tipo de alteración
- 1 Un poco de alteración, pero en general funciono bien
- 2 Bastantes cosas/aspectos están alteradas/os, pero todavía me manejo bien
- 3 Mi vida está alterada en muchos aspectos y tengo dificultades para afrontarla
- 4 Mi vida está completamente alterada y no puedo funcionar en absoluto

5. Cuando intenta ignorar los pensamientos no deseados o desagradables o dejar de realizar acciones (físicas o mentales) para afrontar estos pensamientos, ¿le resulta difícil?

- 0 Nada difícil
- 1 Un poco difícil
- 2 Moderadamente difícil
- 3 Muy difícil
- 4 Extremadamente difícil

Categoría 4: Preocupaciones sobre simetría y la necesidad de que las cosas estén “bien” o “como tienen que estar”.

Ejemplos...

- Necesitar que las cosas sean/estén simétricas, uniformes, equilibradas o exactas.
- Sentir que algo no está “del todo bien”.
- Repetir algo del día a día hasta que tiene la sensación de que lo ha hecho “bien” o “equilibradamente”.
- Contar cosas absurdas (por ejemplo, azulejos del techo, el número de palabras en una frase, etc.).
- Poner las cosas en un orden determinado cuando no es necesario.
- Tener que repetir algo de una manera determinada hasta que está “bien”.

Las siguientes preguntas se refieren a sus sensaciones de que algo no está “bien” y sus conductas dirigidas a conseguir una sensación de orden, simetría o equilibrio durante el último mes. Recuerde que sus experiencias pueden ser ligeramente diferentes a los ejemplos mencionados anteriormente. Por favor, rodee con un círculo el número situado junto a su respuesta.

1. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo le han ocupado al día los pensamientos no deseados sobre simetría, orden o equilibrio o las conductas dirigidas a conseguir simetría, orden o equilibrio?

- 0 Ninguno
- 1 Menos de una hora al día
- 2 Entre 1 y 3 horas al día
- 3 Entre 3 y 8 horas al día
- 4 Ocho horas o más al día

2. ¿Ha evitado situaciones, lugares u objetos asociados con sensaciones de que algo no estaba simétrico o no estaba “del todo bien”?

- 0 En absoluto
- 1 Evitación leve
- 2 Evitación moderada
- 3 Evitación grave
- 4 Evitación extrema de casi todas las cosas

3. Cuando ha tenido la sensación de que algo no estaba “del todo bien”, ¿ha sentido malestar o ansiedad?

- 0 Ningún malestar/ansiedad
- 1 Ansiedad/malestar leve
- 2 Ansiedad/malestar moderado
- 3 Ansiedad/malestar grave
- 4 Ansiedad/malestar extremo

4. ¿En qué medida se ha visto afectada su vida diaria (trabajo, escuela, cuidado personal, vida social) por la sensación de que las cosas no estaban “del todo bien”, y por los esfuerzos para conseguir que las cosas estuvieran en orden o como usted sentía que tenían que estar??

- 0 Mi vida no se ha visto afectada
- 1 Un poco afectada, pero en general funciona bien
- 2 Muchas facetas de mi vida están afectadas, pero a pesar de ello me manejo bien
- 3 Muchas facetas de mi vida están afectadas, y me cuesta funcionar
- 4 Mi vida está completamente afectada y no puedo funcionar en absoluto.

5. Cuando intenta ignorar los pensamientos sobre la falta de simetría y orden, y no ceder al impulso de ordenar las cosas o de repetir ciertas conductas, ¿le resulta difícil?

- 0 Nada difícil
- 1 Un poco difícil
- 2 Moderadamente difícil
- 3 Muy difícil
- 4 Extremadamente difícil

Escala dimensional de síntomas obsesivo-compulsivos.

Traducción/adaptación al español: Miquel A. Fullana*, Clara López-Solà, Alberto Pertusa. *Miquel.Fullana@kcl.ac.uk

Referencia original: Abramowitz, J. S. et al. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 22, 180-98.