

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos)



TESIS DOCTORAL

Validación del inventario de actividad cognitiva en los trastornos de ansiedad, subescala para el trastorno obsesivo-compulsivo (IACTA-TOC)

Validation of the cognitive activity in anxiety disorders inventory, subscale for obsessive-compulsive disorder (ICACTA-TOC)

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Laura Leal Carcedo

Director

Antonio Cano Vindel

Madrid, 2013



**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos)

TESIS DOCTORAL

**VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE
ACTIVIDAD COGNITIVA EN LOS
TRASTORNOS DE ANSIEDAD,
SUBESCALA PARA EL TRASTORNO
OBSESIVO-COMPULSIVO (IACTA-TOC)**

D^a. LAURA LEAL CARCEDO

MADRID, 2012

VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE ACTIVIDAD COGNITIVA EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, SUBESCALA PARA EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (IACTA-TOC)

D^a. Laura Leal Carcedo

Junio 2012



Para la obtención de:

TÍTULO DE DOCTORA

Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos)
Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid

TÍTULO

**Validación del Inventario de Actividad Cognitiva en los
Trastornos de Ansiedad, subescala para el Trastorno
Obsesivo – Compulsivo (IAC TA-TOC)**

**Validation of the Cognitive Activity in Anxiety
Disorders Inventory, subscale for Obsessive-
Compulsive Disorder (IAC TA-TOC)**

AUTORA

Laura Leal Carcedo

DIRECTOR

Dr. Antonio Cano Vindel

Este documento corresponde al trabajo de investigación tutelado por el Dr. Antonio Cano Vindel, realizado durante el periodo comprendido entre los años 2004-2011, para el reconocimiento del título de doctor.

Para ti...todavía y siempre

ÍNDICE

Resumen (Abstrat)	3-4
Agradecimientos	7
I REVISIÓN TEÓRICA	9
Capítulo 1. Actividad cognitiva y emoción	11
1. Introducción	13
2. La emoción desde un enfoque cognitivo	15
3. La ansiedad. Conceptualización	17
4. Modelos cognitivos de ansiedad	23
4.1. El modelo de esquemas (Beck, 1976; Beck & Clark, 1988)	25
4.2. El modelo de red asociativa (Bower, 1981)	28
4.3. Hallazgos recientes dentro de la perspectiva del procesamiento de la información. Sesgos cognitivos en la respuesta de ansiedad	30
4.4. El modelo de los Cuatro Factores de Ansiedad (M. W. Eysenck, 1997)	32
Capítulo 2. El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	37
1. Introducción	39
2. Descripción clínica	40
3. Clasificaciones	42
4. Diagnóstico del TOC	44
4.1. Ansiedad y trastorno obsesivo	44
4.2. Criterios diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2000)	46
5. Epidemiología	48
5.1. Prevalencia	48
5.2. Edad de aparición e incidencia por sexos	52
5.3. Curso	54
5.4. Comorbilidad	55
Capítulo 3. Modelos explicativos del TOC	57
1. Introducción	59
1.1. Modelo conductual	60
1.2. Modelo cognitivo	66
1.2.1. Las primeras teorías del "appraisal"	66
1.2.2. Teorías cognitivo-conductuales contemporáneas	68
2. La perspectiva metacognitiva	86
3. La Teoría de los Cuatro Factores de Ansiedad y el TOC	96
3.1. Sesgos atencionales en el TOC. La atención selectiva	99
3.2. Sesgos interpretativos en el TOC	112
4. Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo.	
El modelo de Clark	118
4.1. Introducción	118
4.2. Elementos básicos de la terapia cognitivo-conductual	120

II ESTUDIOS EMPÍRICOS	121
Introducción	123
Estudio 1. Análisis de las propiedades psicométricas del IACTA-TOC	125
1. Objetivo e hipótesis	127
2. Método	128
2.1. Descripción de la muestra	128
2.2. Instrumentos	130
2.3. Procedimientos	134
3. Análisis y resultados	136
3.1. Análisis factorial	137
3.2. Fiabilidad	141
3.2.1. Alfa de Cronbach	142
3.2.2. Método de las dos mitades	143
3.2.3. Test-Retest	144
3.2.4. Estadísticos descriptivos de los elementos	145
3.2.5. Estadísticos total-elemento	148
3.3. Validez	150
3.3.1. Validez convergente	150
3.3.2. Validez discriminante	152
3.3.3. Análisis de covarianza (ANCOVA)	155
3.3.4. Validez predictiva	156
3.3.5. Validez diagnóstica. Sensibilidad y especificidad	157
4. Discusión y conclusiones	160
Estudio 2. Análisis de la relación entre actividad cognitiva y nivel de ansiedad	167
1. Objetivo e hipótesis	169
2. Método	170
3. Resultados	171
4. Discusión y conclusiones	174
III DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES FINALES	177
Referencias bibliográficas	185
Anexo	199

Resumen

Los modelos cognitivos más recientes conciben la ansiedad como fruto de una serie de sesgos cognitivos (cognitive biases) o tendencias en la interpretación de la situación. Cuando esta tendencia o sesgo es muy exagerada o errónea tiende a producir reacciones de ansiedad muy intensas que pueden llegar a ser patológicas (M.W. Eysenck, 1992; 1997).

Se parte del modelo de los cuatro factores de M.W. Eysenck (1997) que señala que los pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) centrarán su actividad cognitiva en sus propios pensamientos y desarrollarán en esta actividad sesgos de tipo atencional e interpretativo, lo que provocará fuertes reacciones de ansiedad a nivel cognitivo, fisiológico y motor.

Partiendo de nuestra percepción de la necesidad de desarrollar y validar instrumentos de evaluación específicos para el TOC susceptibles de uso en la práctica clínica, nos planteamos dos objetivos: a) analizar las propiedades psicométricas básicas del Inventario para la Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad, subescala para el TOC (IACTA-TOC; Cano-Vindel, A. , 2004); b) estudiar la relación entre actividad cognitiva (medida mediante el IACTA-TOC) y el nivel de ansiedad, medido mediante el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Cano Vindel & J. J. Miguel Tobal, 1994) para conocer en qué medida los pacientes con

TOC incluidos en nuestra muestra presentan una actividad cognitiva característica del trastorno y en que medida ésta explica sus niveles de ansiedad.

Para ello se han seleccionado tres muestras de sujetos: una muestra clínica compuesta por sujetos con TOC y dos muestras control: una de ellas compuesta por sujetos con otros trastornos de ansiedad (control TA) y la otra por sujetos sanos (control _ sanos).

A partir de los resultados encontrados, podemos concluir que el IACTA-TOC es un instrumento bidimensional válido y fiable para la evaluación de la actividad cognitiva en el trastorno obsesivo-compulsivo, siendo recomendable su uso en la práctica clínica. Igualmente, nuestros resultados son congruentes con la Teoría de los Cuatro Factores de Ansiedad de M.W. Eysenck (1997) constituyendo un apoyo empírico a la misma.

Abstract

Recent cognitive models understand the anxiety as a result of cognitive biases or tendencies in the situation's interpretation. When this bias or tendency is very exaggerated or wrong, it tends to produce very intensive anxiety responses that will turn pathological.

The Eysenck's Four Factor Theory (EFFT; 1997) points out that obsessive-compulsive patients will centre their cognitive activity in

their own thoughts and consequently will develop interpretative and attentional biases. It will provoke strong anxiety with cognitive, physiological and motor reactions.

We noticed necessity to develop and validate specific measures of cognition in OCD with interests in clinical practice.

The study has two purposes: methodological and substantive. a) from a methodological point of view our study offers psychometric characteristics of Inventario para la Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad, subescala para el TOC (IACTA-TOC; Cano-Vindel, A., 2004) in a Spanish sample; b) from a substantive point of view we want to study the relationship between cognitive activity (measured with IACTA-TOC) and the anxiety level, measured with the Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Cano Vindel & J. J. Miguel Tobal, 1994).

The IACTA-TOC consists of 21 items that refer to interpretations about own thoughts.

Participant volunteers were recruited (N = 172). Three types of samples were sought: 1) people with OCD (n = 45), 2) people with anxiety disorders but not OCD (n = 33), and 3) non-clinical controls (n = 94).

The IACTA-TOC measure studies carried out showed two separate but related factors (discomfort and metacognition). It has also shown good psychometric properties.

The findings confirmed a two factors solution, high internal consistency, and a high correlations indicating overlap between some of the scales, an anxiety trait measure (ISRA) and a dysfunctional obsessive beliefs whit good statistical properties (IVOC).

Our finding illustrates the application of the Eysenck`s Four Factor Theory (1997) in the obsessive –compulsive domain, and allows us to assess whether the theoretical advantages of the (EFFT) are important from an applied point of view.

Son muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida...quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado. Sin ellos no sería quien soy ahora.

A MI FAMILIA...

Diego, Pablo y Manuel por compartir la vida y caminar juntos durante los años más difíciles y más felices de mi vida. Por compartir conmigo el mayor tesoro que puede dársele a una persona: amor.

A mi padre...por respetar mis decisiones y dejarme volar libre.

A mi madre... por enseñarme la importancia de los pequeños detalles y por el amor que pone entre los fogones.

A mis abuelos.... por ser un modelo de amor a seguir.

A mi abuela....por contagiarme su espíritu aventurero, su curiosidad por todo y por seguir conservando la frescura del corazón de una niña.

A MIS AMIGOS/AS Y COLEGAS...

...por apoyarme y creer en mi proyecto

A Montserrat Rufo, por ser mi maestra e iniciarme en la terapia cognitivo-conductual.

A Belén y Manuel J., por compartir conmigo sus conocimientos estadísticos y poner a mi disposición todos los medios que estaban en su mano desde el inicio de esta aventura.

A Rosario Morales, por compartir el gusto de pasear y charlar por las playas de piedras con amor y humor y por prestarme su ayuda.

A Ismael, por ser mi fiel compañero y amigo en los momentos buenos y los no tan buenos.

A Rosa Jurado por compartir aquellos maravillosos años de estudiantes y tantos momentos emocionantes que seguimos vivido juntas.

A MIS PROFESORAS/ES...

...por abrirme las puertas al conocimiento y despertar mi curiosidad por la psicología.

He tenido el gusto de tener cerca a la Dra. *Itziar*, un modelo a seguir por el mérito de compatibilizar su labor investigadora y clínica y regalarnos siempre su mejor sonrisa.

A MI PERRO...

...mi gran compañero de la vida, por recordarme el valor de las pequeñas cosas cotidianas y mostrarme los detalles más maravillosos del lenguaje de las emociones.

A JIMMYFREUD...

...por descubrirme cada día que la vida tiene sorpresas maravillosas por los morritos y las mariposas.

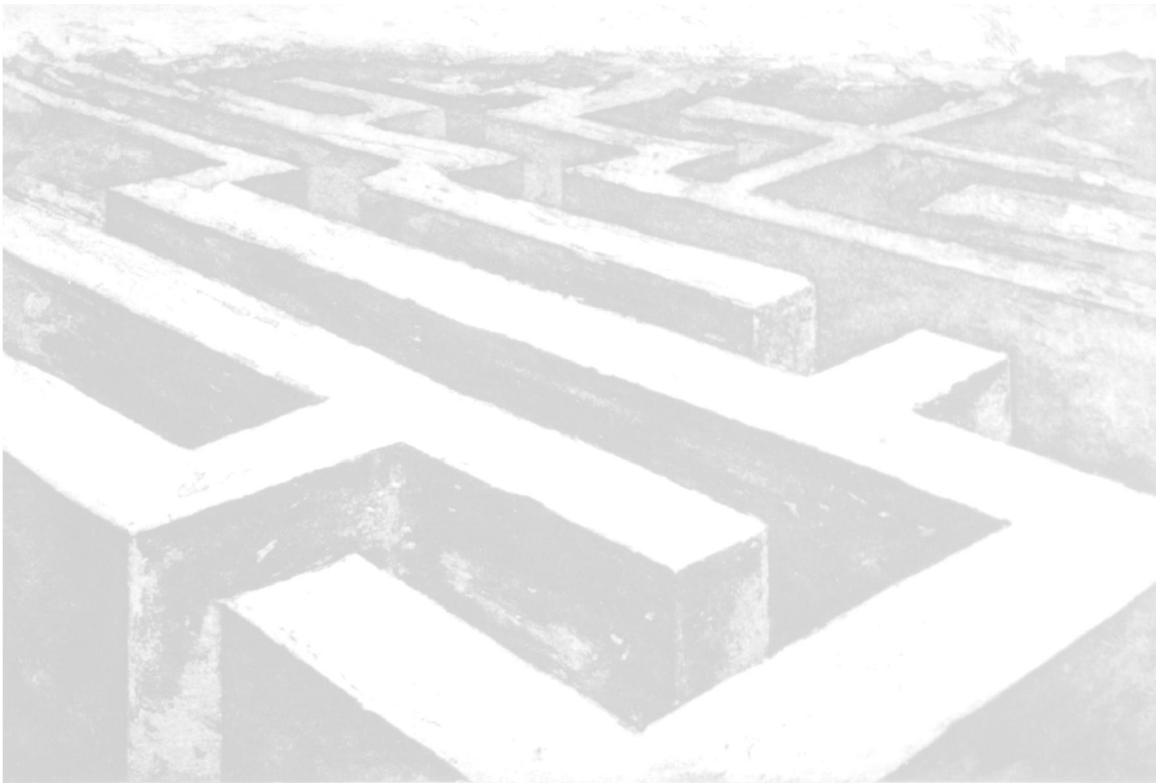
A JAIME...

...por maquetar minuciosamente este trabajo y compartir la ilusión.

Al Dr. ANTONIO CANO-VINDEL...

...por ser un modelo de tesón, voluntad y esfuerzo y por brindarme la oportunidad de trabajar a su lado y empaparme de todo ello.

MUCHAS GRACIAS



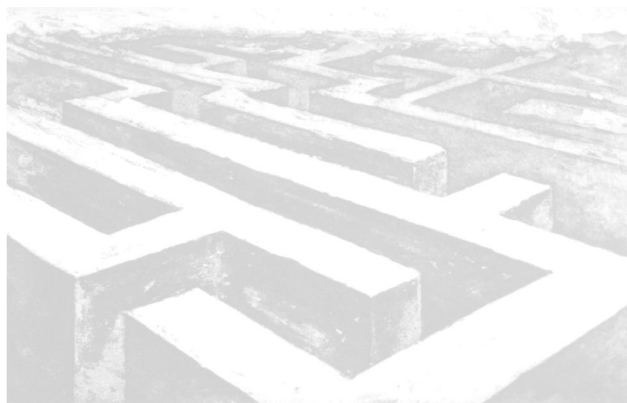
I Revisión teórica

Capítulo 1

Actividad cognitiva y emoción

"Cuando tengas que elegir entre dos caminos, pregúntate cuál de ellos tiene corazón. Quién elige el camino del corazón no se equivoca nunca"

Popol-Vuh



1. Introducción

El estudio del papel que juega la *emoción* es imprescindible para entender los procesos de salud y enfermedad. Además, es un concepto de plena actualidad debido a la necesidad de adaptación a las múltiples demandas y exigencias que impone nuestra sociedad, cada día más competitiva.

Hablamos de emociones para referirse a ciertas reacciones que se vivencian como una fuerte conmoción del estado de ánimo. Esta vivencia suele tener un marcado acento placentero o displacentero y va acompañada por la percepción de cambios orgánicos, a veces intensos. Al mismo tiempo, esta reacción puede reflejarse en expresiones faciales características, así como en otras conductas motoras observables. Por lo general, las emociones surgen como reacción a una situación concreta, aunque también puede provocarlas información interna del propio individuo (Cano-Vindel, 1997).

La emoción es una respuesta compleja, ya que está constituida por diferentes componentes que no siempre funcionan de manera sincrónica. Dentro del concepto de emoción podemos aislar elementos fisiológicos (como por ejemplo un aumento en la tasa cardiaca), fenomenológicos o la experimentación de estados de ánimo (como pueden ser los sentimientos de alegría o tristeza) y observacionales o motores (como reír).

Dada la posibilidad que estas respuestas tienen de presentar divergencias, tanto en la intensidad como en la dirección y el momento de producirse, se ha venido considerando la existencia de tres sistemas de respuesta que son parcialmente independientes. P. J. Lang (1968), fue el primer autor que planteó la importancia de tener en cuenta este triple sistema de respuesta en su Teoría de los tres sistemas de respuesta emocional, denominando a los distintos elementos con los nombres de: cognitivo (cognitivo-subjetivo, las vivencias subjetivas), fisiológico (respuestas fisiológicas) y motor (componente funcional-expresivo que abarca todas las conductas manifiestas).

2. La emoción desde un enfoque cognitivo

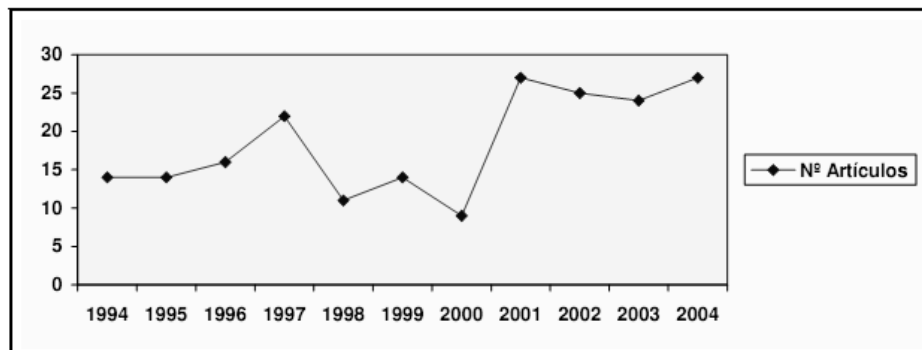
Las teorías cognitivas consideran que la emoción es consecuencia de una serie de procesos cognitivos (elaboración, interpretación, valoración, atribución, etiquetado, expectativas etc.). De este modo, las emociones no dependen tanto de los acontecimientos o estímulos desencadenantes, sino más bien de cómo éstos son interpretados.

En las últimas décadas hemos sido testigos de un aumento considerable de modelos teóricos explicativos de los trastornos emocionales a partir de la actividad cognitiva. Dentro de ella, la *valoración cognitiva* se ha erigido como proceso determinante en la respuesta emocional. La valoración cognitiva de la emoción parece ser un proceso fundamentalmente automático y preatencional que depende de tres tipos de sesgos cognitivos: atencionales, interpretativos y de memoria.

Revistas españolas con un alto índice de impacto dentro del campo de la ansiedad, el estrés y el comportamiento, han prestado especial atención al papel de la actividad cognitiva como proceso determinante para los trastornos emocionales, asistiendo a un incremento de las publicaciones que relacionan ambos constructos. Para ilustrar esta realidad realizamos una revisión al respecto en la base de datos PsycArticles (PsycInfo de APA, CPA, Hogrefe & Huber), encontrando un especial incremento del interés en esta relación en el

periodo comprendido entre los años 1994-2004.

Figura 1. Número de artículos publicados por autores españoles entre 1994-2004 sobre ansiedad y cognición, en las revistas españolas.



A pesar de considerar los factores cognitivos como condición necesaria para que ocurra una emoción, consideramos que es importante no perder de vista la influencia del papel modulador del estado afectivo actual del sujeto que ya postulaba Bower (1981) en su Teoría de red asociativa, y sigue teniendo mucha influencia en los planteamientos actuales. De este modo, si bien el proceso emocional (proceso afectivo) requiere de un procesamiento cognitivo previo, el propio procesamiento cognitivo se ve influenciado, modulado e incluso determinado por el estado afectivo actual (proceso afectivo) del sujeto (Palmero, 2000).

3. La ansiedad. Conceptualización

La *ansiedad* puede entenderse desde una gran diversidad de facetas: como reacción emocional, respuesta, experiencia interna, rasgo de personalidad, estado, síntoma etc. La mayoría de los libros de ansiedad se han centrado únicamente en un único aspecto o campo de acción. Más específicamente, se centran en una de las tres áreas de investigación en las que la ansiedad es de mayor importancia: emoción, personalidad y psicología anormal o clínica. La ansiedad ha sido estudiada como respuesta emocional y como rasgo de personalidad.

Como emoción, la ansiedad puede ser entendida como un conjunto de manifestaciones experienciales, fisiológicas y expresivas; ante una situación o estímulo que es evaluado por el individuo como potencialmente amenazante, aunque objetivamente pueda no resultar peligroso (Cano Vindel, 1989).

Igualmente, hace referencia a una reacción que se vive como una fuerte conmoción del estado de ánimo. Esta vivencia suele tener un marcado acento placentero o displacentero y va acompañada por la percepción de cambios orgánicos, a veces intensos. Al mismo tiempo, esta reacción puede reflejarse en expresiones faciales características, así como en otras conductas motoras observables.

Partiendo del concepto de respuesta emocional, en los años sesenta se impone la Teoría de P.J. Lang (1971). Con ella, la ansiedad lejos de ser un patrón unitario de respuesta, como era mantenido por las concepciones teóricas anteriores, va a ser considerada como un triple sistema de respuesta subjetivo cognitivo, fisiológico y motor o conductual, pudiendo encontrarse una escasa correlación entre ellas.

Como rasgo de personalidad, la ansiedad se estudia a partir de las diferencias individuales en la propensión a manifestar estados o reacciones de ansiedad. Dicho estado se caracteriza por sentimientos de tensión, aprensión, inseguridad y autovaloraciones negativas. Así mismo, en el nivel fisiológico se observan distintas alteraciones, que pueden reflejar diferentes niveles de activación del sistema nervioso autónomo (SNA) y tensión muscular. Se pueden observar también, distintos índices característicos de activación motora que interfieren en la conducta normal adaptada.

Desde la psicología de la personalidad, ha surgido el modelo rasgo-estado que recoge esta doble vertiente (rasgo y emoción). *Rasgo de ansiedad* se entiende como una tendencia a reaccionar de forma ansiosa con independencia de la situación. Por el contrario, *estado de ansiedad* es un concepto que se refiere a una situación concreta donde la emoción es algo transitorio y fluctuante y que está determinado por las circunstancias ambientales (Cattell, 1961).

Ambos conceptos son interdependientes ya que las personas con un elevado rasgo de ansiedad, tienen más probabilidad para desarrollar estados de ansiedad.

Existen varios modelos que intentan explicar las diferencias individuales como son los que se centran en aspectos fisiológicos y los psicológicos. Las teorías psicológicas aportan explicaciones multidimensionales y poseen una mayor confirmación empírica que las fisiológicas, que además son unidimensionales. Así, poco a poco los factores cognitivos han ido teniendo cada vez más peso.

Las teorías fisiológicas consideran que son los factores hereditarios fundamentalmente, los que afectan al rasgo de ansiedad, siendo las personas con puntuaciones altas en dicho rasgo, más sensibles genéticamente a la información potencialmente amenazante del entorno y por tanto, más propensas a presentar estados de ansiedad. H.J. Eysenck (1967) presenta al respecto, el Visceral Brain compuesto por hipocampo, cíngulo, amígdala, septum, e hipotálamo, como el sistema responsable de las diferencias individuales en neuroticismo. En el mismo sentido, Gray (1981) plantea que la ansiedad se activa a través de un mecanismo mediacional llamado sistema de inhibición comportamental regido por el sistema septo-hipocampal. El hipocampo es el encargado de comparar los estímulos entrantes con una expectativa específicamente elaborada para dicha situación. Las diferencias en cuanto al rasgo de ansiedad se

provocarían por una mayor activación de este sistema ante los estímulos aversivos o novedosos. Sin embargo, gracias a los estudios realizados con gemelos homocigóticos y dicigóticos, se ha comprobado que la influencia de los factores genéticos en la determinación del rasgo de ansiedad es muy modesta (Tongersen, 1983). Estas teorías tienen una visión unidimensional del rasgo, dejando sin estudiar los factores medioambientales que tienen un gran peso en las diferencias individuales en ansiedad.

Las teorías psicológicas ponen énfasis en el aprendizaje y la determinación medioambiental, dando cada vez más peso a los factores cognitivos en la explicación del rasgo ansioso. Este énfasis puede apreciarse en algunas descripciones como la que hace Spielberger (1966) acerca del estado de ansiedad. Él lo describe como una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión y temor y una alta activación del SNA ante cualquier situación percibida por el sujeto como amenazante, independientemente del peligro real. Para Spielberger el mecanismo fundamental es la valoración cognitiva de la amenaza que realiza la persona de los estímulos externos (estresores) e internos (pensamientos, sentimientos o necesidades biológicas). En la actualidad, los modelos cognitivos son plenamente aceptados (M.W. Eysenck, 1992).

Desde los modelos cognitivos de la valoración (Lazarus, 1984), la situación es percibida por el sujeto y sometida a un proceso de evaluación de las implicaciones que esa situación tiene para él. Si el resultado de la valoración supone que existe una amenaza, comenzará una reacción de ansiedad, siendo ésta mediada por los procesos de afrontamiento que intentarán reducirla (Fernández-Abascal, 1995).

Estas teorías se han fusionado con las concepciones multidimensionales del rasgo a partir del modelo interactivo (Endler, 1983; Endler & Magnusson, 1974, 1976). Endler propone su hipótesis de la congruencia o diferencial, por la cual para que la interacción entre rasgo y situación de lugar al estado de ansiedad, debe darse una congruencia entre el rasgo del individuo y el tipo de situación.

Partiendo de esta perspectiva, J. J. Miguel-Tobal & Cano-Vindel (2002) construyen el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), que evalúa el nivel general de ansiedad (rasgo), la ansiedad en los tres niveles de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), además de cuatro rasgos específicos o áreas situacionales: a) ansiedad ante las situaciones de la vida cotidiana, b) ansiedad ante la evaluación, c) ansiedad fóbica y d) ansiedad interpersonal, conjugando tanto las aportaciones del modelo interactivo como las del triple sistema de respuesta.

En todo lo expuesto anteriormente, la ansiedad se ha considerado como una reacción “normal” y adaptativa de los seres humanos, que aparece en determinadas situaciones, dependiendo de cómo los sujetos evalúen o interpreten dichas situaciones. Cuando la intensidad de la reacción es muy elevada y desproporcionada respecto a la amenaza que la provoca, podemos comenzar a hablar de ansiedad patológica que es característica de los trastornos de ansiedad. Existen criterios universales para definir los diferentes trastornos de ansiedad (APA, 2000). Entre ellos, nos centraremos en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

4. Modelos cognitivos de ansiedad

Paralelamente a la teoría de P. J. Lang, se desarrollan otras orientaciones teóricas de corte cognitivo con notable repercusión sobre la psicología de la ansiedad. Nos referimos a las teorías de Beck (1976) y Bower (1981). En ambas se asume que en los pacientes que presentan algún trastorno de ansiedad podemos presuponer la existencia de una estructura cognitiva disfuncional que les lleva a producir sesgos en todos los aspectos del procesamiento de la información (atención/codificación, interrelación/razonamiento y recuperación), y finalmente, al desarrollo de un proceso emocional alterado. Aunque ambos autores han desarrollado su teoría centrándose inicialmente más en la depresión que en la ansiedad, sus implicaciones se han extendido a los problemas de ansiedad. Para una visión más amplia véase Williams (1986).

Desde esta perspectiva cognitiva, la ansiedad es el resultado del procesamiento cognitivo que realiza la persona a partir de una situación o estímulo. De este modo, es la interpretación y no el estímulo en sí mismo lo que va a determinar la emoción. Así, la respuesta de ansiedad será más intensa si interpretamos una situación como amenaza que si que si la interpretamos como un desafío o como irrelevante (Lazarus & Folkman, 1984).

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por la aparición de pensamientos automáticos negativos y distorsiones cognitivas que actuarían como filtros a través de los cuales las personas interpretan la realidad.

Para algunos autores, las interpretaciones son el resultado de la activación de creencias almacenadas en los circuitos de la memoria a largo plazo, generando esquemas en las estructuras cerebrales de la memoria que contienen este tipo de información (Wells, 2000). Parece ser que los esquemas disfuncionales, que caracterizan a los sujetos con trastornos emocionales, son más rígidos, inflexibles y concretos que los de los individuos normales.

Para los modelos cognitivos más recientes del sesgo, la ansiedad es el resultado de una serie de sesgos cognitivos o tendencias en la interpretación de la situación. Cuando esta tendencia o sesgo es muy exagerada o errónea tiende a producir reacciones de ansiedad muy intensas que pueden llegar a ser patológicas (M.W. Eysenck, 1992, 1997).

4.1. El modelo de esquemas (Beck, 1976; Beck & Clark, 1988)

Beck (1976) es uno de los pioneros en el estudio de la relación entre emoción y cognición. Los datos de su primera aportación se basan fundamentalmente en observaciones clínicas, mientras que en su segunda formulación Beck y Clark (1988) ofrecen datos de laboratorio y experimentales.

Desde este modelo, los sujetos ansiosos y depresivos presentan esquemas cognitivos característicos, de un modo latente, los cuales constituyen cierta vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo y mantenimiento de las diferentes patologías. Un *esquema* es un cuerpo almacenado de conocimientos que interactúa con la codificación, la comprensión y el recuerdo. Los esquemas operan de modo que, desde un procesamiento dirigido por los datos, el sistema cognitivo busca el esquema que se acomode al input estimular. Una vez localizado, desde un procesamiento dirigido conceptualmente, la activación de este esquema dirige la atención, la interpretación de los estímulos y su posterior recuerdo (Beck & Clark, 1988). De acuerdo con la teoría, tendrán prioridad en el procesamiento aquellos estímulos congruentes con el esquema adquirido.

Beck (1976), y Beck, Emery & Greenberg (1985), propusieron 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, existe un esquema

(schemata) disfuncional que juega un papel central en el desarrollo y mantenimiento de la depresión y la ansiedad. La diferencia entre ambos trastornos se explica 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).

En cuanto a la ansiedad, según Beck, Emery y Greenberg (1985), las personas con un trastorno de ansiedad poseen un sesgo sistemático para procesar selectivamente la información relacionada con peligro personal. Éste sería el 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 a la organización del flujo de nueva información (por ejemplo, cuando un esquema es activado, éste asigna un significado sobre los nuevos estímulos) facilitando la subsiguiente atención, codificación y recuperación futura del material codificado. Estos esquemas están organizados en constelaciones o subsistemas llamados *modos*, que corresponden a diferentes aspectos motivacionales (e.g., modo de peligro o de miedo). La activación de un esquema cognitivo particular

depende (además de las variables situacionales), de cual sea el modo predominante en la persona. Sin embargo, esta teoría no explica suficientemente las razones por las que persiste la dominancia de un determinado modo.

4.2. La teoría de la red asociativa de Bower (1987)

Bower, basándose en sus investigaciones sobre los efectos cognitivos de los estados emocionales, propuso una teoría conocida como Teoría de la Red Asociativa. En ella, defiende que las emociones están representadas en la memoria en unidades o *nodos* en forma de red asociativa (red semántica).

De acuerdo con su teoría, cada emoción posee en la memoria un nodo o unidad específica que congrega a su vez 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 elicitación de la emoción, reacciones viscerales, recuerdos de acontecimientos agradables o desagradables, etc. Una hipótesis fundamental 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 consecuentemente, conduce a un sesgo en 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 la persona se encuentra en un estado de ánimo determinado.

Esta hipótesis (Hipótesis de la Congruencia del Estado de Ánimo) guarda cierta similitud con la hipótesis de Beck, Emery y Greenberg (1985) sobre el sesgo en el procesamiento selectivo de la información. Además, de esta teoría se desprende una segunda hipótesis (Hipótesis de la Dependencia del Estado de Ánimo). Se predice que el material memorizado se recuerda mejor cuando existe acoplamiento entre las condiciones en que se aprendió dicho material y aquéllas bajo las que se intenta recordar. En otras palabras, la dependencia del estado de ánimo implica que lo que uno recuerda en presencia de un estado de ánimo concreto, está en parte determinado por lo que se aprendió cuando se encontraba bajo un estado de ánimo semejante.

Consideramos que esta teoría sigue aportando un conocimiento muy valioso a la hora de entender el proceso emocional. Entendiendo que es una teoría compatible con otras teorías cognitivas actuales.

4.3. Hallazgos recientes dentro de la perspectiva del procesamiento de la información. Sesgos cognitivos en la respuesta de ansiedad

La presencia de diferentes sesgos cognitivos en el procesamiento de la información sería una de las explicaciones cognitivas para las diferencias existentes en el rasgo de ansiedad entre los individuos.

Según la Teoría de la Hipervigilancia propuesta por M. W. Eysenck (1992), las personas con alto rasgo de ansiedad, presentarán tres tipos de sesgos cognitivos o tendencias en el procesamiento de la información: a) sesgo atencional, o la tendencia a centrar la atención en los estímulos potencialmente amenazantes frente a los de carácter neutro, b) sesgo interpretativo, o la tendencia a interpretar las situaciones ambiguas o neutras como amenazantes y c) sesgo de memoria, siendo éste la tendencia a recordar los acontecimientos congruentes con el estado de ánimo negativo. Para una revisión más amplia véase Mathews (1997).

Los trastornos emocionales también están caracterizados por la presencia de sesgos cognitivos hacia la información con contenido negativo. Tal como han constatado numerosos estudios experimentales, estos sesgos podrían ser el resultado de un déficit en la atención selectiva, es decir, una tendencia excesiva a focalizar la atención en la información relevante negativa.

El concepto de automaticidad ha sido clave a la hora de entender y estudiar la naturaleza de los sesgos cognitivos. Algunos autores puntualizan algunos criterios: a) el inicio y el fin son involuntarios, b) se requieren algunos medios atencionales para el procesamiento, c) el procesamiento es inaccesible a la conciencia.

Sin embargo, todavía faltan datos concluyentes para poder demostrar la hipótesis de la automaticidad. Por el momento podemos afirmar que los sesgos pueden ser predominantemente estratégicos, es decir, pueden ser conducidos por estrategias de afrontamiento en el control voluntario de la atención (Matthews & Wells, 2000).

4.4. Teoría de los Cuatro Factores de Ansiedad (M.W. Eysenck, 1997)

Esta teoría surge de la mano de M. W. Eysenck (1997), con el propósito general de contemplar la ansiedad dentro de un marco teórico común. A partir de ella, se propuso predecir la existencia de un trastorno de ansiedad y establecer hipótesis a priori. Para ello, partió de un enfoque de arriba-abajo (top-down).

Más específicamente, intenta ofrecer una explicación teórica de la ansiedad como estado emocional. Dentro de este enfoque, se asume la existencia de un continuo entre pacientes clínicamente ansiosos y normales, en términos tanto de síntomas como de sesgos cognitivos. Esta continuidad puede entenderse dentro de un modelo de diátesis-estrés, en el cual existe un factor de vulnerabilidad cognitivo constituido por la presencia de sesgos atencionales e interpretativos.

Es importante puntualizar que el aspecto crucial para la experiencia de ansiedad sería la forma en la que el sujeto percibe e interpreta la información más allá de sus características objetivas. Además existen diferencias individuales en el procesamiento cognitivo de las fuentes de información.

En el contexto de la ansiedad clínica, serán especialmente relevantes la atención selectiva y los sesgos interpretativos. La atención selectiva se define como "la tendencia a atender a la

información de tipo amenazante más que a la estimulación de tipo neutral"; y el sesgo interpretativo se define como "la tendencia a interpretar las situaciones ambiguas como amenazantes" (M.W. Eysenck & Derakshan, 1997).

Finalmente, otro aspecto relevante es que el grado de influencia del procesamiento de los sesgos cognitivos del sujeto sobre el sistema emocional depende del estado de ansiedad previo. Por tanto, la ansiedad clínica aparece cuando existe un feedback positivo entre estos sesgos y el estado de ansiedad. Así, la elevación de los niveles de ansiedad conduce a la exacerbación de estos sesgos y ésta de nuevo al incremento del estado de ansiedad dando lugar a un círculo vicioso (M.W. Eysenck & Derakshan, 1997, p. 125).

La premisa teórica fundamental es que el nivel de ansiedad experimentada viene determinado por cuatro fuentes de información diferentes, destacando la información basada en la valoración cognitiva de la situación. Las otras tres fuentes de información dependen más de la estimulación interna, y son: a) el nivel de actividad fisiológica, b) las conductas y c) las cogniciones basadas en la información proveniente de la memoria a largo plazo del individuo.

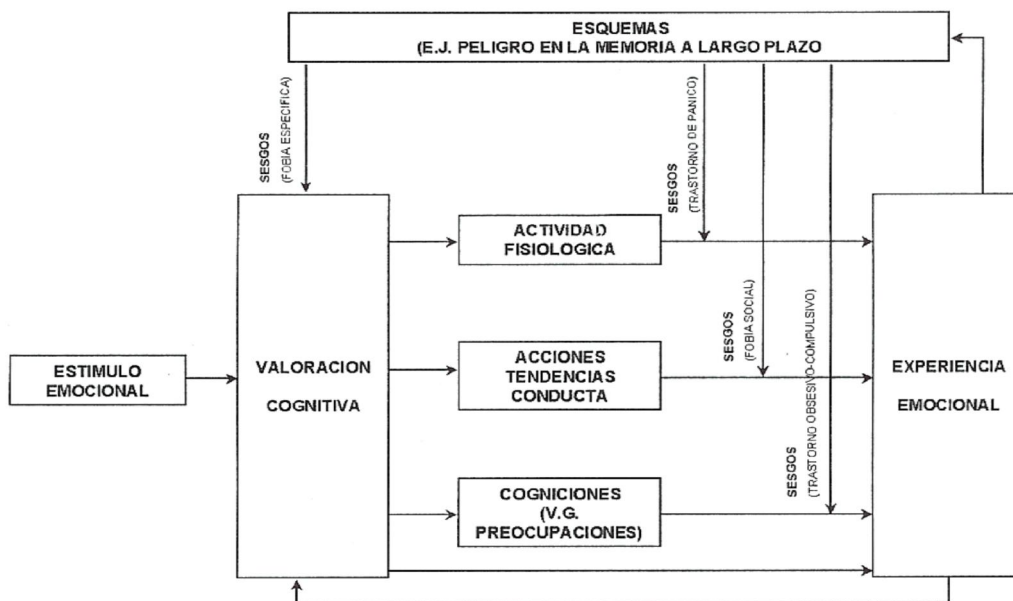
La teoría de los cuatro factores, aplicada a la ansiedad clínica, concentra su interés en los trastornos de ansiedad que más claramente manifiestan sesgos atencionales e interpretativos centrados en una de las cuatro fuentes de información: la fobia

social, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por estrés postraumático.

M.W. Eysenck (2007) sugiere que aquellos pacientes que muestran sesgos cognitivos sobre su propia actividad fisiológica y sensaciones corporales, desarrollarán un trastorno de pánico sin agorafobia; aquellos pacientes que muestran sesgos cognitivos principalmente sobre sus propias acciones y conductas, presentarán fobia social; los pacientes que muestran sesgos cognitivos centrados en sus propias cogniciones sufrirán un trastorno obsesivo-compulsivo; y finalmente, los sujetos que muestran sesgos cognitivos sobre la valoración cognitiva de determinada estimulación ambiental presentarán un trastorno por estrés postraumático.

En cuanto al trastorno de ansiedad generalizada (TAG), podemos afirmar que existe una clara relación entre dicho trastorno y el rasgo de ansiedad. En este sentido, M.W. Eysenck (1992) postuló que los sujetos normales con alto grado de ansiedad, presentaban un factor de vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo del TAG, presentando un patrón de sesgos muy similar (véase Figura 2 para observar un resumen de la teoría). Además, según la última revisión del modelo el TAG estaba más relacionado con trastornos de la personalidad y fuertes sesgos cognitivos sobre las cuatro fuentes de información (M. W. Eysenck, 2007).

Figura 2. Teoría de los cuatro factores de ansiedad (M. W. Eysenck, 1997).



Capítulo 2

El trastorno obsesivo-compulsivo

"Una de las definiciones de locura consiste en hacer las mismas cosas una y otra vez y esperar resultados diferentes"

Albert Einstein



1. Introducción

El término obsesión viene del latín *obsessio*, -onis, que significa asediar o sitiar. Este trastorno era considerado bastante raro hasta la última década. A raíz de los resultados de diversas encuestas epidemiológicas efectuadas durante la década de los 80, en las que se halló una prevalencia sorprendentemente elevada, se ha reavivado mucho el interés, y han aumentado con rapidez los conocimientos sobre los rasgos clínicos y el tratamiento del trastorno.

2. Descripción clínica

Como su nombre indica, el TOC es un trastorno de ansiedad que implica dos componentes principales: obsesiones y compulsiones.

Las *obsesiones* son pensamientos persistentes, imágenes, impulsos o ideas que son experimentadas como inapropiadas y que generan ansiedad o estrés, que resultan inaceptables para quien las padece. A pesar de reconocer la irracionalidad de los pensamientos que irrumpen en su mente, las personas intentan resistirse a ellos sin éxito. El resultado es la sensación de falta de control y un alto grado de malestar subjetivo (Rachman, 1985).

El contenido de las obsesiones es muy variado siendo frecuentes las temáticas relacionadas con suciedad/contaminación, agresión, duda patológica, conductas sexuales inaceptables, religión, orden/simetría y perfeccionismo.

Las *compulsiones* se definen como conductas o actos mentales repetitivos y estereotipados, las cuales frecuentemente se ejecutan como respuesta a una obsesión, con la finalidad de prevenir o reducir el malestar que ésta genera (APA, 2000; Riggs & Foa, 1993). Una compulsión generalmente va acompañada por una urgencia irresistible para realizar el ritual. De este modo, se produce una disminución de la sensación de control voluntario sobre el mismo (Rachman & Hodgson, 1980). Algunas de las compulsiones más comunes son comportamientos observables (e.g., rituales de lavado, comprobar, repetir frases, ordenar o acumular), mientras que en otros casos encontramos rituales mentales o encubiertos (e.g., repetir palabras o frases asociadas a supersticiones).

Los síntomas esenciales del trastorno obsesivo-compulsivo son la ocurrencia repetida de obsesiones y/o compulsiones, con una severidad suficiente como para consumir más de una hora al día o causar un malestar significativo (DSM-IV-TR; APA, 2000).

3. Clasificaciones

Cuando nos enfrentamos a la práctica clínica, observamos que el TOC es un trastorno de ansiedad especialmente heterogéneo. Son muchos los autores que han intentado delimitar las diferentes manifestaciones o subtipos clínicos que podemos encontrar entre los pacientes diagnosticados de TOC (De Silva & Rachman, 1992; Foa & Kozak, 1986; Marks, 1991; Rachman 1993), surgiendo así diversas clasificaciones. No obstante, es importante remarcar que en un gran número de casos encontramos un solapamiento de rituales (Botella, 1995).

En nuestro estudio, por el énfasis puesto en la actividad metacognitiva, optamos por desarrollar la clasificación de De Silva y Rachman (1992). Dentro de esta clasificación cabe destacar la inclusión de un subtipo caracterizado por obsesiones sin que vayan necesariamente asociadas a la presencia de conducta compulsiva manifiesta.

Concretamente De Silva y Rachman (1992) distinguen las siguientes manifestaciones o subtipos clínicos: a) compulsiones de limpieza/lavado, b) compulsiones de comprobación, c) otro tipo de compulsiones manifiestas (e.g., seguir un orden muy estricto al realizar una rutina o compulsiones de tocar), d) obsesiones no acompañadas de conducta compulsiva manifiesta que suelen ir seguidas de compulsiones encubiertas o rituales mentales (e.g.,

contar siguiendo una secuencia, pensar en una frase que contrarreste la obsesión, etc.) y e) lentitud obsesiva primaria.

Las compulsiones de limpieza/lavado son la forma más común de TOC siendo más frecuente en mujeres. Las compulsiones de comprobación son el siguiente subtipo en cuanto a la frecuencia de aparición en la clínica. Éstas se presentan con la misma frecuencia en ambos sexos. El subtipo caracterizado por lentitud obsesiva se manifiesta especialmente en varones al inicio de la vida adulta y está frecuentemente asociado a un alto nivel de incapacidad y aislamiento social.

4. Diagnóstico del TOC

4.1. Ansiedad y trastorno obsesivo

El punto de vista más aceptado es considerar al trastorno obsesivo como un trastorno de ansiedad, debido a que éste tiene un perfil de sintomatología similar a otros trastornos ansiosos como pueden ser el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y las fobias específicas. Sin embargo Brown, Chorpita, & Barlow (1998) sugieren la existencia de una vulnerabilidad común con trastornos como la hipocondría y la dismorfofobia.

Más específicamente, los síntomas consistentes con un trastorno de ansiedad incluyen: un sentimiento subjetivo de ansiedad y/o malestar elicitado por las obsesiones, b) un ritual o compulsión como respuesta a la obsesión, c) un disparador interno o externo de la obsesión o de la urgencia para realizar la compulsión, d) ansiedad o malestar como resultado de una provocación, e) reducción de la ansiedad tras la realización de una compulsión, f) intentos de reaseguración, g) miedo a futuras desgracias, h) aparición de acontecimientos disruptivos que pueden interferir o invalidar la compulsión, e i) evitación conductual (De Silva, 1986). Teniendo en cuenta estas consideraciones, el DSM-IV-TR (APA, 2000) sitúa al trastorno obsesivo-compulsivo dentro de la clasificación de los trastornos de ansiedad.

Sin embargo, algunos investigadores clínicos han mantenido una postura diferente respecto al diagnóstico del TOC. Por ejemplo, Summerfeldt & Endler (1998) concluyeron que el TOC, con la excepción de las compulsiones de lavado, no puede ser considerado como trastorno de ansiedad, debido a que el sesgo selectivo para la amenaza presente en la mayoría de los trastornos de ansiedad, no siempre está presente en los estados obsesivos. Enright (1996) puntualiza que existen diferencias importantes entre el TOC y otros trastornos de ansiedad, incluyendo posibles diferencias en cuanto a la bioquímica, la presencia de un daño funcional mayor en el TOC, así como una mayor complejidad y vaguedad en torno a los estímulos que eliciten la respuesta de miedo en el TOC. Otros autores sugieren que el TOC puede compartir una etiología común con los trastornos por tic y el síndrome de Gilles de la Tourette (O'Connor, 2001).

También es posible que la amplia variabilidad y la naturaleza abstracta de la sintomatología puedan dar lugar a la especulación de relaciones con otros trastornos psicopatológicos. Al menos, el incremento de la heterogeneidad de los síntomas obsesivos-compulsivos sugiere que el diagnóstico de TOC es una entidad más heterogénea que la que puede apreciarse para otros trastornos de ansiedad.

4.2. Criterios diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2000)

En nuestro trabajo adoptaremos los criterios diagnósticos DSM-IV-TR debido a que es la perspectiva más ampliamente aceptada tanto en la teoría como en la terapia cognitivo-conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo.

Además, existe evidencia empírica que avala que el trastorno obsesivo-compulsivo puede ser diagnosticado con un alto nivel de confianza cuando se lleva a cabo una entrevista clínica por evaluadores entrenados (Brown, Di Nardo, Lehman, & Campbell, 2001). En la Tabla 1 se presenta un resumen de los criterios diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2000).

Tabla 1. Resumen de los criterios diagnósticos para el trastorno obsesivo-compulsivo (DSM-IV-TR; APA, 2000).

Criterios	Descripción
Criterio A	<p>Presencia de obsesiones y/o compulsiones:</p> <p><i>Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real 3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos 4. 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) <p><i>Las compulsiones se definen por 1 y 2:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamientos (e.g., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) 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 2. 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.
- Criterio B Reconocimiento en algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.
- Criterio C Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.
- Criterio D Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).
- Criterio E El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (e.g., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.
- Especificar Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

5. Epidemiología

5.1. Prevalencia

Tradicionalmente se pensaba que el TOC era un trastorno bastante raro, ya que las tasas de prevalencia que ofrecían los estudios llevados a cabo con anterioridad a 1970 no superaban el 0.1% (Marks, 1991). Sin embargo, los resultados de un amplio estudio epidemiológico psiquiátrico, la encuesta ECA estadounidense, una de las investigaciones más amplias en cuanto a la prevalencia de trastornos mentales en los Estados Unidos realizado en 1984, cambió esta idea. El Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) encuentra que más de un 12% de los sujetos adultos padecieron algún trastorno de ansiedad en el último año ($n = 20,861$). Además, sitúan al TOC como el cuarto trastorno psiquiátrico más común después de las fobias, los trastornos relacionados con sustancias y la depresión mayor.

Las mujeres menores de 45 años, aquellas personas separadas o divorciadas, y aquéllas con un nivel socioeconómico bajo, mostraron un nivel de ansiedad mayor que aquellos individuos pertenecientes a otros grupos. En concreto, para el trastorno obsesivo-compulsivo, los datos arrojan una prevalencia a lo largo de un año de 2.3% en sujetos con edades comprendidas entre 18 y 54 años (E.C.A.; William, Narrow, Donald, Rae, Robins, Darle y Regier, 2002).

Según el DSM-IV-TR, la prevalencia vida del trastorno asciende a 2.5% y la prevalencia anual se sitúa entre el 1.5% y el 2.1% (APA, 2000). Las cifras ofrecidas por diversos estudios epidemiológicos actuales muestran una prevalencia de hasta un 3% en la población general. Entre los pacientes no hospitalizados, menos del 1% padecen este trastorno. Sin embargo, entre los pacientes hospitalizados la cifra es mayor pero inferior al 5%.

Es importante puntualizar que los datos son muy variables debido a la falta de sistematización de los diagnósticos en los distintos estudios. Entre los factores que inciden en el bajo reconocimiento del TOC en la clínica estarían: a) la escasa demanda de atención psiquiátrica, b) el nivel de gravedad moderado en una gran mayoría de pacientes, c) la dificultad diagnóstica y d) la dificultad terapéutica (Bousoño y col., 1998).

El proyecto ESEMeD-España es un estudio epidemiológico sobre los trastornos mentales en nuestro país que incluye las tasas de prevalencia-año y prevalencia-vida de los principales trastornos de ansiedad. Se trata de una encuesta personal domiciliaria realizada a una muestra representativa de población española mayor de 18 años de 5.473 individuos. El instrumento utilizado fue la versión del Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) desarrollada para la iniciativa Encuestas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO World Mental Health

Surveys). La tasa de respuesta fue del 78,6%. Los resultados se presentan ponderados a la población española.

Los resultados del Estudio Europeo Epidemiológico de los Trastornos Mentales (ESEMeD/MHEDEA, 2004), muestran que un 9.4 % habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida y más del 6% lo habían sufrido en el último año. Este estudio no aporta datos para el TOC específicamente.

Según el análisis de la World Health Organization (Kessler, Berglund, Demler, Jin, & Walters, 2005; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005), en el cuál participaron 2,282 sujetos de habla inglesa, encontramos que aproximadamente un 18% de los sujetos habían presentado un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida.

A continuación se presenta una Tabla resumen que contiene los datos comparativos de las distintas investigaciones (véase, Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de estudios las tasas de prevalencia para los trastornos de ansiedad (edades >18)

Fuente	E.S.E.Me.D. (2002) España				E.C.A. (2002) EEUU		Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters (2005) Países de habla inglesa	
	Prevalencia-año		Prevalencia-vida		Prevalencia-año		Prevalencia-vida	
	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	Sensibilidad
Algún trastorno de ansiedad	6.20	4.63-7.77	9.39	8.41-10.37	12.70	12.10-13.30	18.10	0.70
TAG	0.50	0.30-0.70	1.89	1.49-2.29	-	-	-	-
Fobia social	0.60	0.33-0.87	1.17	0.81-1.54	1.70	1.50-1.90	6.80	0.30
Fobia específica	3.60	2.82-4.38	4.52	3.82-5.23	8.10	7.50-8.70	8.70	0.40
TEP	0.50	0.30-0.70	1.95	1.18-2.73	-	-	-	-
Agorafobia	0.30	0.10-0.50	0.62	0.36-0.89	4.70	4.30-5.10	0.80	0.10
Trastorno de Pánico	0.60	0.40-0.80	1.70	1.32-2.09	1.30	1.10-1.50	-	-
TOC	-	-	-	-	2.30	1.90-2.70	1.00	0.30

5.2. Edad de aparición e incidencia por sexos

La edad de aparición del TOC es variable. Aunque suele aparecer en la adolescencia o al principio de la edad adulta, también puede hacerlo en la infancia. Existen pruebas que demuestran que la edad de inicio es menor en los hombres que en las mujeres: entre 6 y 15 años para los varones y entre 20 y 29 años para las mujeres (DSM-IV). Se calcula que el periodo medio que transcurre entre la aparición y la primera presentación clínica es de 7 u 8 años aproximadamente. Algunos estudios destacan la existencia de un subgrupo de aparición tardía caracterizado por la presencia de obsesiones fundamentalmente, frente a un subgrupo de aparición más precoz con un predominio de compulsiones.

En cuanto a la distribución por sexos, el trastorno muestra una incidencia similar en varones que en mujeres; pudiendo encontrarse que el sexo femenino se halla ligeramente más afectado por el trastorno que el masculino. En este sentido, el ensayo de campo del DSM-IV (APA, 1995), muestra que el 51% de los 431 afectados eran mujeres. Se ha descrito también un predominio masculino en poblaciones adolescentes e infantiles. Según el estudio del National Institute of Mental Health, entre 70 personas con este trastorno de 6 a 18 años, 47 (67%) eran varones (Leonard et al., 1989). Este dato puede deberse a que los varones manifiestan el trastorno antes que las mujeres.

Sin embargo, puede haber diferencias de género relacionadas con la sintomatología presentada. Así, encontramos que el subtipo relacionado con el miedo a la contaminación, asociado a rituales de limpieza y lavado, se presenta con mayor frecuencia en mujeres, mientras que en los hombres encontramos un predominio de lentitud obsesiva.

Los datos genéticos han revelado una frecuencia significativamente mayor entre los familiares de los pacientes que presentan el trastorno antes de los 14 años, es decir, además de la distribución por sexos, hay diferencias entre el trastorno pediátrico y el de adultos (Bellodi, Sciuto, Diaferia, Ronchi, & Smeraldi, 1992).

En cuanto al estado civil, en un estudio de Rasmussen & Eisen (1991) con 250 personas diagnosticadas de TOC, el 43% jamás se había casado, el 52% lo había hecho en alguna ocasión, y el 5% se había divorciado. Pese a que el estado civil no predijo la evolución en diversos estudios de seguimiento, en un estudio prospectivo reciente sobre 107 sujetos con TOC, se encontró que el matrimonio aumentaba considerablemente la probabilidad de remisión parcial y que los pacientes casados remitían dos veces más que los no casados (Steketee, Eisen, Dyck, Warshaw, & Rasmussen, 1999).

5.3. Curso

En la mayoría de los casos, el trastorno aparece de manera gradual, aunque existen casos de inicio agudo. El curso del TOC es variable. La mayoría de los sujetos presentan un curso crónico. Sin embargo, puede haber periodos en los que el problema está presente, seguido de etapas relativamente buenas aunque con cierta persistencia de los síntomas en la mayoría de los casos. Aproximadamente un 5% de los casos cursa de manera episódica con síntomas mínimos o ausentes en periodos comprendidos entre crisis (APA, 1995). Generalmente, las exacerbaciones de los síntomas están relacionadas con sucesos estresantes.

Alrededor del 15% sufren un deterioro progresivo de sus relaciones sociales y laborales. En la mitad de los casos encontramos un empeoramiento progresivo del trastorno. Los síntomas tienden a empeorar ante situaciones estresantes y cuando se desarrolla una depresión comórbida.

5.4. Comorbilidad

Según un estudio realizado por Rasmussen, Jane, & Eisen (2001) partiendo de una muestra de 100 pacientes diagnosticados de TOC primario, encontraron que dos tercios de los pacientes tenían una historia de depresión mayor a lo largo de su vida y un tercio sufría depresión mayor en el momento de la primera evaluación.

Estimaron que un 85% tenían un trastorno del estado de ánimo secundario al TOC y un 15% fueron diagnosticados de depresión mayor recurrente asociada.

También se encontró comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de pánico, la fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad por separación. Otros síndromes asociados fueron los trastornos de la conducta alimentaria (sobretudo la anorexia nerviosa), el síndrome de la Tourette y la esquizofrenia.

En el Eje II los trastornos más frecuentemente asociados al TOC serían: personalidad dependiente, evitativa, pasivo-agresiva y obsesiva. Como rasgos de personalidad, encontramos: sentimientos de insatisfacción e imperfección, indecisión, perfeccionismo, ambivalencia, dedicación excesiva al trabajo, marcada moralidad, temor a la evaluación, valoración excesiva del peligro y necesidad de tenerlo todo controlado (intolerancia a la incertidumbre).

Capítulo 3

Modelos explicativos del Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

"Los que se enamoran de la práctica sin la teoría son como los pilotos sin timón ni brújula, que nunca podrán saber a dónde van"

Leonardo Da Vinci



1. Introducción

Cuando revisamos la literatura especializada en el estudio de la sintomatología obsesivo-compulsiva descubrimos que existen tres corrientes psicológicas que han desarrollado sus propias teorías explicativas: a) la corriente psicodinámica b) la perspectiva biológica, y c) el modelo cognitivo-conductual.

No obstante, no todas las escuelas ni todas las hipótesis de partida de los diferentes modelos explicativos son fáciles de conciliar con los hallazgos empíricos actuales. De este modo, mientras la terapia de exposición con prevención de respuesta (EPR), tratamiento estrella del modelo conductual, se erigía como tratamiento de elección para el TOC en la década de los 60, investigaciones recientes han demostrado que determinados pacientes no se benefician de este tratamiento poniéndose en duda su eficacia (Salkovskis, 1989).

A continuación desarrollaremos los modelos teóricos explicativos para la génesis y el mantenimiento del TOC que han demostrado evidencia empírica. Además presentaremos los modelos cognitivo-conductuales actuales que enfatizan el papel de la cognición y la emoción.

1.1. El modelo conductual

En los años 60-70 emerge la perspectiva conductual como pionera en el estudio y tratamiento del TOC. Las primeras teorías conductuales se centraron en compulsiones observables, especialmente en los subtipos de lavado y comprobación.

La premisa fundamental en la que se basa el modelo conductual es la "hipótesis de la reducción de la ansiedad". Esta hipótesis plantea que la clave del mantenimiento de los rituales es su capacidad para reducir la ansiedad. De este modo, cuando una persona comprueba compulsivamente si ha cerrado la llave del gas, estaría reduciendo los niveles de ansiedad subjetiva que le genera el pensamiento indeseable de la posibilidad de que se produzca una explosión.

Sin embargo, sabemos que realizar rituales para reducir los niveles de ansiedad y/o malestar refuerza paradójicamente la capacidad de la obsesión para elicitarse nuevamente ansiedad, generándose un "circulo vicioso" a través del cual las obsesiones se vuelven más frecuentes e intensas (Rachman y Hodgson, 1980).

La teoría conductual para el TOC está basada en la Teoría bifactorial de Mowrer (1939, 1960) del miedo y la evitación. Según esta teoría, el trastorno obsesivo-compulsivo se desarrollaría en dos fases: en una primera fase (fase de adquisición de miedo), un estímulo neutro (e.g. un cigarrillo) adquiere la capacidad de elicitarse ansiedad mediante una asociación con una experiencia aversiva (e.g.

pensar en la posibilidad de provocar un incendio). En una segunda fase (fase de evitación), la persona comienza a realizar rituales compulsivos y/o neutralizaciones con el objetivo de aliviar el malestar que le provoca la ansiedad. De este modo, el miedo obsesivo se ve negativamente reforzado por el alivio que supone la reducción de la ansiedad (proceso de reforzamiento negativo).

Por tanto, siguiendo el ejemplo anterior, comprobar de manera repetitiva si se ha apagado el cigarro puede ser entendida como un intento de afrontamiento del miedo a provocar un incendio. Desafortunadamente para quienes lo padecen la evitación suele ser una estrategia de afrontamiento ineficaz o incluso en algunos casos es imposible de llevar a la práctica.

Por tanto, parafraseando a Mowrer (1953) aprender a evitar impide la exposición al estímulo temido. De modo que las compulsiones existen porque aprendemos a evitar. En el caso del TOC la compulsión toma la forma de conducta de evitación porque reduce la ansiedad asociada con la obsesión (Emmelkamp, 1982). Sin embargo, el efecto de la reducción de la ansiedad dura apenas unos minutos en el caso de pacientes graves, dando paso inmediatamente al círculo *ansiedad - compulsión - alivio* que comentábamos más arriba.

Estudios posteriores puntualizan que existe una minoría de casos en los que no se obtienen cambios ni incrementos de los

niveles de ansiedad a largo plazo tras la realización de rituales compulsivos. Así mismo, consideramos que la reducción de la ansiedad es un mecanismo necesario pero no suficiente para explicar la persistencia de las obsesiones que exhiben nuestros pacientes.

En este punto, algunos autores plantean que es posible que las compulsiones estén aliviando otras emociones negativas como podrían ser la culpa o la disforia. Incluso se han descrito casos en los que las compulsiones reducen la probabilidad de experimentar sentimientos desagradables, alcanzando cierto grado de seguridad a largo plazo, a costa de aumento de la ansiedad a corto plazo (Carr, 1974; Rachman y Hodgson, 1980).

En resumen, podemos concluir que existe apoyo empírico suficiente para un gran número de hipótesis que se derivan del modelo conductual. La mayoría son el resultado de investigaciones realizadas por Rachman, Marks, Foa, Emmelkamp y otros. Entre las predicciones del modelo con mayor consenso destacan las siguientes:

1. La mayoría de los pensamientos intrusos provocan ansiedad y/o malestar, siendo las personas diagnosticadas de TOC más proclives a sufrir pensamientos intrusos no deseados y obsesiones. Además estos serán más intensos, estresantes e inaceptables que los pensamientos intrusos que irrumpen en la conciencia de personas sanas o población normal (Calamari & Janeck, 1997).

2. La mayoría de las compulsiones u otras formas de neutralización conducen a una reducción del malestar al menos a corto plazo.

Sin embargo, existen determinados hallazgos del modelo conductual difíciles de reconciliar con los datos empíricos. Por ejemplo, existe un escaso apoyo a la hipótesis del origen de las obsesiones que plantea el modelo conductual: "*las obsesiones se adquieren por asociación con una experiencia traumática o altamente aversiva*" (Mowrer, 1960). La presencia de obsesiones que no provocan ansiedad y la persistencia de compulsiones que elevan los niveles de ansiedad a corto plazo también son difíciles de conciliar con el modelo conductual. Otra objeción al modelo es que no explica por qué muchos individuos manifiestan múltiples obsesiones con diversos contenidos que además pueden variar a lo largo del tiempo.

Clark (2004) en su libro *Cognitive-behavioral: Theory and Research* hace una revisión pormenorizada de los hallazgos y limitaciones del modelo conductual. Un resumen de los hallazgos negativos puede observarse en la Figura 3.

Figura 3. Hallazgos del apoyo del modelo conductual (Clark, 2004).

Hallazgos negativos para la perspectiva conductual
Poca evidencia a favor de que las obsesiones se adquieren en asociación con experiencias traumáticas
Una minoría de las obsesiones no provoca ansiedad o malestar significativo (frases, simetría, etc.)
En algunos casos, las compulsiones elevan la ansiedad
Muchas personas con TOC presentan múltiples obsesiones
Las compulsiones pueden aparecer en respuesta a otras emociones negativas.
El contenido de las obsesiones varía con el tiempo.

Del mismo modo que el modelo conductual desarrolló la primera teoría psicológica con base empírica en el estudio del TOC, surgieron a partir de la misma aplicaciones clínicas para el tratamiento del trastorno. Algunas de ellas como la desensibilización sistemática, el condicionamiento operante, la terapia aversiva y la relajación que ya se habían aplicado a otros trastornos de ansiedad produjeron resultados modestos (Emmelkamp, 1982; Foa, Franklin & Kozac, 1998; Kozac & Foa, 1997). Sin embargo, el gran legado del modelo conductual vino de la mano de Victor Meyer (1966).

Victor Meyer (1966) describió un tratamiento de corte conductual para el TOC llamado exposición con prevención de respuesta (EPR) que revolucionó y cambió radicalmente el abordaje de las obsesiones y las compulsiones (Meyer 1966; Meyer, Levy & Schurer, 1974). La EPR sentaba sus bases en la teoría bifactorial de Mowrer del miedo y la evitación antes expuesta.

En el intervalo de 30 años una gran cantidad de trabajos indicaron que un 60-85 % de pacientes que recibían este tratamiento obtenían una mejoría de la sintomatología erigiéndose como tratamiento de primera elección para el TOC (para una revisión y metaanálisis ver Abramowitz, 1998; Emmelkamp, 1982; Foa & Steketee, 1979; Rachman y Hodgson, 1980, Stanley y Turner, 1982; y Van Balkom y col., 1994).

Los datos clínicos así como diferentes investigaciones posteriores han demostrado que existe un gran número de pacientes que no se benefician de dicho tratamiento poniéndose en duda su eficacia (Salkovskis, 1989; Salkovskis & Westbrook, 1989) como técnica única para el tratamiento del TOC.

Hoy en día la EPR se contempla como un componente esencial dentro de cualquier tratamiento psicológicos empíricamente validado, específico para el TOC.

1.2. El modelo cognitivo

1.2.1. Las primeras teorías del "appraisal"

Tanto la teoría como la terapia cognitiva no fueron consideradas relevantes para el TOC hasta la publicación del artículo: *Obsesional - compulsive problems: a cognitive behavioural analysis*, en el que Salkovskis (1985) analiza las obsesiones y compulsiones.

Cuando revisamos los primeros trabajos de Beck (1967, 1976) acerca de la formulación cognitiva de los trastornos emocionales, observamos que apenas hace referencia al estado obsesivo. Hollon y Beck (1986) en su capítulo dedicado a las terapias cognitivas y cognitivo-conductuales para los trastornos de ansiedad y emocionales, tampoco ofrecen un tratamiento de corte cognitivo específico para el tratamiento del TOC, concluyendo que el tratamiento más efectivo es la EPR y que "*poco podía ofrecer la terapia cognitiva a este trastorno*" (pág. 467).

Fue en el año 1974 cuando Alan Carr propone una de las primeras teorías cognitivas del "appraisal" como respuesta a las limitaciones que planteaba el modelo conductual y más concretamente, a la hipótesis de la reducción de la ansiedad.

El principio fundamental de este modelo radicaba en la sobreestimación de la probabilidad de la ocurrencia de un suceso o resultado negativo. Por tanto, la aparición de síntomas obsesivo-compulsivos en una situación específica dependerá de la percepción

subjetiva de la ocurrencia de un acontecimiento amenazante.

En este contexto, los rituales compulsivos tendrían la función de reducir la sobreestimación de la amenaza. El mismo Carr (1974) admite que el modelo de la valoración de la amenaza no explica cómo se origina esta sobreestimación. Mc Fall y Wollersheim (1979), basándose en la formulación de la valoración de amenaza planteada por Carr (1974), añaden el concepto de valoración secundaria. De este modo, a la valoración disfuncional primaria se añadiría una subestimación de la propia capacidad para hacer frente a esta amenaza. Según este modelo, ambas valoraciones disfuncionales son el resultado de creencias preconscientes erróneas.

Salkovskis (1985) hace varias críticas al modelo de Mc Fall y Wollersheim (1979): en primer lugar, considera que es un intento de aunar la perspectiva cognitiva y la psicoanalítica, utilizando conceptos como "preconsciente" e "inconsciente" sin elaborar la definición dentro de los distintos marcos teóricos, y finalmente no diferencia entre las valoraciones disfuncionales que presentan los sujetos con TOC y otros trastornos de ansiedad. Sin embargo, cabe destacar que muchos modelos cognitivos contemporáneos han asimilado conceptos clave de este modelo tales como el exceso de responsabilidad, fusión pensamiento-acción, y la excesiva preocupación por controlar los pensamientos, que ya se perfilaban como creencias disfuncionales que estaban en la base de las valoraciones erróneas.

1.2.2. Teorías cognitivo - conductuales contemporáneas

La mayoría de los modelos cognitivo-conductuales contemporáneos que han estudiado la etiología y el mantenimiento del TOC coinciden en destacar el papel de determinados constructos cognitivos como factor determinante en la génesis del trastorno.

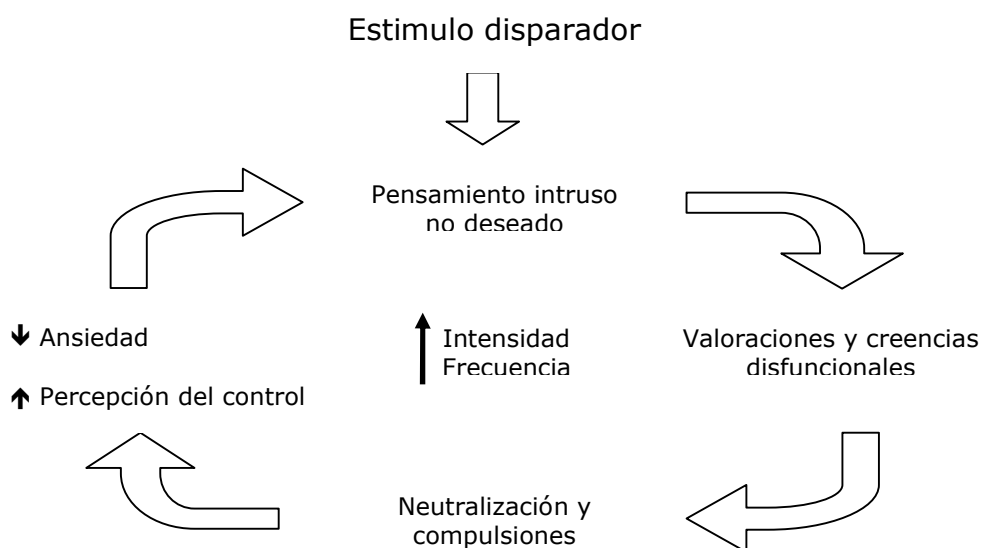
Más concretamente, mantienen que el punto de partida para el desarrollo de un trastorno obsesivo-compulsivo radica en la aparición de pensamientos intrusos, imágenes e impulsos no deseados que irrumpen en la conciencia de la persona de manera súbita. Generalmente, estos pensamientos intrusos no deseados se desencadenan a partir de un estímulo externo.

En este punto, las teorías cognitivo-conductuales de la última década coinciden en destacar como factor determinante la interpretación que se hace del pensamiento intruso y no el contenido concreto del mismo. Sin embargo difieren en qué constructos cognitivos o combinación de los mismos son más característicos y tienen mayor implicación en la patogénesis del trastorno.

Comparten también la siguiente idea: *"la presencia de interpretaciones erróneas de los pensamientos es necesaria pero no suficiente para que un pensamiento intruso se convierta en obsesión"*. Es necesario el uso de las neutralizaciones, compulsiones o cualquier otro tipo de estrategia de control para que se desarrolle el trastorno.

Estas estrategias de control producirán un alivio del malestar y/o ansiedad a corto plazo, pero provocarán un aumento de la intensidad del malestar así como de la frecuencia de pensamientos intrusos a largo plazo. En la Figura 4 se presenta un esquema de un modelo integrador explicativo para las teorías cognitivo-conductuales actuales realizado por Clark (2004).

Figura 4. Modelo integrador para las teorías cognitivo-conductuales actuales para el TOC



*Con permiso, adaptado y traducido de Clark (2004).

A continuación desarrollaremos brevemente los modelos cognitivo-conductuales que han recibido una mayor atención en la última década. Destacaremos las aportaciones de Salkovskis y Rachman así como los hallazgos del Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG).

El modelo del exceso de responsabilidad (Salkovskis, 1985)

Salkovskis parte de la premisa con base empírica que demuestra que la mayoría de las personas experimentan pensamientos intrusos, imágenes e impulsos no deseados similares a los que experimentan los sujetos con TOC (Salkovskis, 1996a; Purdon y Clark, 1993).

Según el modelo y simulando el proceso de toma de decisiones, un pensamiento intruso podría ser algo así como el primer producto de un proceso de "tormenta de ideas". Para que este pensamiento tenga una utilidad en la solución de un problema deberá ser sometido a una evaluación y análisis posterior.

De este modo, si el resultado de la evaluación sugiere que dicho pensamiento tiene una gran implicación personal para nosotros, tendrá una mayor prioridad en el procesamiento de la información, y cobrará importancia y saliencia. Por el contrario, si el mismo pensamiento intruso es percibido como poco relevante, éste será ignorado (Salkovskis & Freeston, 2001).

La diferencia entre un pensamiento intruso y una obsesión radica en la forma en la que éste es interpretado (Salkovskis, 1999). De este modo, la primera vez que se presenta un pensamiento intruso en el umbral de la conciencia operativa de la persona tiene una valencia emocional neutra.

Así mismo, cualquier pensamiento tiene la capacidad de convertirse en una obsesión. Basta con que la valoración de dicho pensamiento despierte en la persona que lo experimenta un alto grado de responsabilidad personal.

Salkovskis considera que existen dos procesos críticos en la patogénesis de las obsesiones: una percepción exagerada de la responsabilidad personal y el uso de neutralizaciones.

Parafraseando a Salkovskis (1998) el factor de vulnerabilidad para la génesis y el mantenimiento del trastorno podría resumirse en la siguiente creencia: *"es absolutamente necesario prevenir cualquier tipo de situación que pueda conllevar consecuencias negativas o daño potencial para uno mismo y/o para los otros, no solamente en el mundo real sino también a nivel moral"* (pág. 40). De hecho, Salkovskis argumenta que la responsabilidad asociada a la posibilidad de causar daño a otras personas, por no haber sido capaz de evitar y anticipar dicha posibilidad, podría ser la creencia más específica y consustancial al TOC frente a otros trastornos de ansiedad.

No es difícil imaginar el alto grado de responsabilidad y las consiguientes emociones negativas asociadas (e.g. culpa, malestar, ansiedad) que puede llegar a implicar para cualquier persona que pretenda llevar a la práctica esta máxima.

De acuerdo con esta “formulación de la responsabilidad”, las compulsiones estarían encaminadas a aliviar esta percepción sobrevalorada de la responsabilidad.

Una de las aportaciones más interesantes que propone el modelo es que existen ciertos errores cognitivos característicos del pensamiento de las personas que sufren TOC. Estos errores son producto de creencias preexistentes. Por otra parte, la comisión de los errores aumenta la probabilidad de realizar interpretaciones “infladas” de responsabilidad personal de los pensamientos intrusos.

Los errores más característicos para el TOC son los siguientes:

- Sesgo de responsabilidad. Las personas tienden a equiparar cualquier influencia personal con el resultado negativo (e.g. si hubiese pasado antes por allí habría evitado la catástrofe).
- Ausencia de sesgo de omisión. La mayoría de las personas creen que su responsabilidad por las consecuencias negativas se ve disminuida cuando “no actuar” (omisión) está involucrado, a diferencia de las situaciones en las que la comisión de un acto específico

pueda producir un resultado negativo. Por ejemplo, nos sentimos menos responsables de causar daño a alguien si no ayudamos a una persona que ha tropezado, en comparación con si nosotros hemos provocado el accidente. Sin embargo, las personas con TOC no muestran esta tendencia en relación a sus preocupaciones obsesivas.

- Percepciones erróneas de la acción personal. Las personas con TOC a menudo erróneamente asumen que pueden prever las posibles consecuencias perjudiciales (es decir, la premonición). No actuar cuando se puede prever posibles resultados perjudiciales nos deja con un sentido exagerado de responsabilidad, porque al optar por no actuar, aumentan las posibilidades de que ocurran consecuencias negativas.
- Sesgo “fusión pensamiento-acción” (TAF). Cuando se comete este sesgo, el pensamiento se percibe como equivalente a la acción. Se considera un error cognitivo que está directamente relacionado con las evaluaciones de responsabilidad “infladas”.
- Errores en la toma de decisiones. Las personas con este trastorno tienen especial dificultad para decidir cuándo dejar de realizar una compulsión o una actividad

neutralizante. Los criterios para saber cuando se ha completado el ritual pueden ser vagos, muy subjetivos y abiertos a una variación considerable entre las situaciones.

Indudablemente para la teoría de Salkovskis, las valoraciones y creencias de responsabilidad, y las neutralizaciones, son los elementos fundamentales en la persistencia de las obsesiones. Sin embargo, deja muchas preguntas sin responder. Los elementos críticos que definen la "responsabilidad de inflado" de los daños aún no se entiende bien, los aspectos contextuales o de la situación necesita una mayor investigación, su especificidad y sensibilidad de todos los subtipos de TOC están en cuestión, y su papel y función en la persistencia del trastorno obsesivo y los síntomas compulsivos requieren más investigación.

Aunque el exceso de responsabilidad suele estar presente en los estados obsesivos, es posible que Salkovskis, le haya dado una excesiva importancia en su formulación. Estas limitaciones han llevado a los investigadores cognitivo-conductuales a considerar otras construcciones cognitivas que pueden ser aún más sólidas empíricamente y más representativas del trastorno.

Teoría de la interpretación errónea de Rachman

La formulación de Rachman es un fiel ejemplo de cómo los modelos cognitivos pueden ser adaptados a la fenomenología única de los diferentes subtipos de TOC.

Rachman (1997, 1998, 2003) propuso una teoría cognitiva de las obsesiones que es un refinamiento y reformulación del planteamiento anterior, de corte más conductual recogido en su libro *Obsessions and compulsions* (Rachman & Hodgson, 1980).

Al igual que el modelo del exceso de responsabilidad, la teoría cognitiva de Rachman parte de la premisa de que los pensamientos intrusos no deseados, imágenes o impulsos son universales. Igualmente, sienta sus bases sobre las aportaciones de la teoría cognitiva para el trastorno de pánico de Clark (1986) y de la formulación cognitivo-conductual de las obsesiones de Salkovskis (1985).

Rachman (2003) afirma que los pensamientos intrusos no deseados se convierten en obsesiones cuando una persona interpreta erróneamente el pensamiento intruso como un acontecimiento personal importante y potencialmente amenazante.

El principio central de la teoría cognitiva de Rachman es que las obsesiones se originan por una "interpretación errónea catastrófica de la importancia que se le otorga a los pensamientos intrusos, imágenes o impulsos" (Rachman, 1998, pág. 385).

Las obsesiones persistirán siempre y cuando se mantengan las interpretaciones erróneas, pero disminuirán cuando consigamos eliminar o corregir estos errores en la interpretación. El significado que se le atribuye a un pensamiento intruso es importante, porque es un signo de algo significativo acerca de uno mismo o de su carácter, que podría provocar consecuencias negativas muy graves.

A menudo, estas consecuencias nefastas pueden implicar la pérdida del control, un daño potencial a otras personas, un acto violento o imprevisible, cometer errores o causar un accidente, enfermedad o lesión (e.g. una madre piensa en la posibilidad de haber mirado de forma lasciva a su hijo). Dichos pensamientos generan angustia y se activa el temor a perder el control y abusar de él. Como resultado de ello la madre puede comenzar a evitar cualquier tipo de contacto físico con su hijo, o intentar eliminar estos pensamientos mediante la evitación cognitiva.

Rachman (1997, 2003) define interpretaciones erróneas basadas en la importancia que se le otorga a los pensamientos en términos de cinco dimensiones:

1. Importancia. La intrusión cognitiva es algo significativo, no es trivial, porque revela algo acerca de la persona que lo experimenta.
2. Atención personalizada. La importancia otorgada al pensamiento intruso tiene que ver con los valores personales.

3. Ajenos al "yo". El contenido o el tema de la intrusión es "a diferencia de mí, poco característico de mí".
4. Las consecuencias potenciales. Se considera que la intrusión cognitiva tiene consecuencias potenciales, independientemente del grado de probabilidad.
5. Consecuencias graves. Las consecuencias de los temores ligados a la obsesión se consideran graves, por lo general implican un cierto grado intolerable de amenaza, daño o peligro.

Rachman (2002) propone una aplicación específica de la teoría cognitiva para explicar la persistencia de la comprobación compulsiva. La característica principal de esta propuesta es que la comprobación compulsiva se produce cuando las personas perciben mayor responsabilidad para prevenir el daño, pero se sienten inseguros en cuanto a su capacidad para reducir o eliminar el daño. Para estar completamente seguros de que una consecuencia perjudicial no se produzca, recurren a comprobaciones recurrentes.

Sin embargo, normalmente la comprobación nunca puede proporcionar el nivel deseado de certeza de que la probabilidad de un daño futuro a sí mismo o a los demás ha sido eliminada, ya que la certeza para eventos futuros es difícil de alcanzar. Esto asegura que la comprobación compulsiva continuará indefinidamente.

Además, se aprecia una interferencia en la memoria de los pacientes obsesivos de forma que están tan concentrados en la amenaza y sus reacciones emocionales, que les impide recordar detalles específicos de su larga cuenta de comprobaciones. Por otra parte las interpretaciones negativas acerca de la importancia de “no recordar” contribuirán a la escalada en el comportamiento de control (e.g. tengo que ser bastante desastre para no recordar si he cerrado la llave del gas).

Por último, para las personas con exceso de responsabilidad, hacer comprobaciones aumentará el sentido de responsabilidad personal percibida sobre las consecuencias perjudiciales.

Debido a los efectos adversos de las comprobaciones de seguridad, se establece un ciclo de autoperpetuación que refuerza la idea de que “una comprobación nunca es suficiente”.

Sobre la base de esta formulación cognitiva, Rachman (2002) propuso que el tratamiento cognitivo-conductual de la comprobación compulsiva debe incluir:

- Modificación de la creencia: “uno tiene la responsabilidad especial de protegerse a sí mismo o a otros de posibles consecuencias perjudiciales”.
- Modificación de los errores de interpretación de la conducta de comprobación y la falta de confianza en la propia memoria.

- El uso de la prevención de respuesta para desafiar las creencias sobre la necesidad de garantizar la seguridad y la eliminación de posibles consecuencias catastróficas.

Rachman reconoce que existen otros mecanismos cognitivos implicados en la patogénesis de las obsesiones que contribuyen a la "mala interpretación" o interpretación catastrófica de un significado personal. De hecho es el primero en proponer el concepto de Fusión Pensamiento-Acción (TAF) para referirse a la tendencia de las personas obsesivas para equiparar las acciones con los pensamientos (Rachman, 1993).

Existen dos tipos de TAF evidentes en el TOC: TAF-Probabilidad, se refiere a la creencia de que pensar en un evento perturbador hace más probable que éste suceda (e.g. "si pienso en un accidente, entonces ocurrirá"), mientras que TAF-moral es la creencia de que el tener pensamientos obsesivos es moralmente equivalente a la participación en acciones "prohibidas" (e.g. "pensar en cometer un acto inmoral es tan malo como hacerlo realmente") (Rachman y Shafran, 1998). Ambos tipos de TAF se consideran sesgos cognitivos que constituyen factores de vulnerabilidad para la obsesión. De este modo, las personas que muestran sesgos tipo TAF son más propensas a hacer interpretaciones erróneas de importancia personal y evaluaciones de exceso de responsabilidad en respuesta a pensamientos intrusos no deseados.

The Obsessive Compulsive Working Group (OCCWG)

En el Congreso Mundial de Terapias Cognitivo Conductuales que se celebró en Dinamarca en julio de 1995, un pequeño grupo de investigadores interesados en la perspectiva cognitiva del TOC acordaron colaborar en el desarrollo y la evaluación de medidas de autoinforme y procedimientos de laboratorio sobre la base cognitiva del TOC.

Desde entonces el OCCWG ha llegado a reunir hasta 46 participantes de nueve países. Bajo la dirección de Gail Steketee y Frost Randy, el grupo ha patrocinado varias reuniones de investigación y ha desarrollado una medida de autoinforme de creencias obsesivas llamado Cuestionario de Creencias Obsesivas (CCO), y una medida de evaluaciones obsesivas llamada Inventario de Intrusiones (III).

En su tercera reunión, el grupo emitió una declaración de consenso sobre los dominios de creencias primarias y secundarias características del TOC (OCCWG, 1997). También aclaró los tres niveles de conceptualización que constituyen la base cognitiva del trastorno y que describimos a continuación:

- Intrusiones. Pensamientos, imágenes o impulsos no deseados que penetran en la conciencia y toman la forma y el nombre de obsesiones cuando llegan a la gravedad clínica.

- Evaluaciones (“appraisals”). Expectativas, interpretaciones o evaluaciones sobre el significado de los fenómenos particulares, tales como pensamientos intrusos no deseados.
- Creencias. Ideas relativamente estables aplicadas a varias situaciones que pueden ser específicas para el TOC o pueden ser los supuestos generales acerca de uno mismo que son también relevantes para otros trastornos clínicos.

De las discusiones resultantes de las reuniones del OCCWG, así como de los resultados de las medidas de evaluación de cogniciones para el TOC, se identificaron 19 dominios específicos en términos de su especificidad para el TOC y su implicación en para la etiología del trastorno (OCCWG, 1997). Se identificaron además seis dominios de creencias relevantes para la etiología del TOC y de especificidad probable (véase también Freeston, Rhéaume y Ladoudeur, 1996).

En la Tabla 3 se presentan las definiciones de los seis dominios de creencias desarrolladas por el OCCWG (1997). Las creencias acerca del dominio *sobreestimación del control mental* merecen una mención especial debido a que se mostraron muy relevantes para identificar el pensamiento obsesivo. Los aspectos disfuncionales de este dominio de creencias se centran en: (1) la importancia de estar hipervigilantes para ciertos tipos de eventos mentales, (2) las consecuencias morales de no controlar los pensamientos, (3) las consecuencias psicológicas y conductuales de la falta de control de los

pensamientos, y (4) la eficiencia del control mental (e.g. "se puede lograr la suspensión completa de los pensamientos no deseados").

Los cinco primeros dominios resultantes se consideraron específicos para el TOC, mientras que el dominio sexto, el perfeccionismo, se consideró importante pero no exclusivo del TOC (véase también Taylor, 2002).

Tabla 3. Los seis dominios de creencias para la etiología del TOC desarrollados por el OCCWG

Creencia del dominio	Definición
Exceso de responsabilidad	"La creencia de que uno tiene un poder que es fundamental para lograr o evitar los resultados negativos subjetivamente cruciales" (OCCWG, 1997, pág. 677)
Importancia de los pensamientos	"Las creencias que la mera presencia de un pensamiento que indica que es importante" (OCCWG, 1997, pág. 678)
Sobreestimación de la amenaza	"Una exageración de la probabilidad o la gravedad del daño (OCCWG, 1997, pág. 678)
Importancia de controlar los pensamientos	"La sobrevaloración de la importancia de ejercer un control completo sobre pensamientos intrusos, imágenes e impulsos, y la creencia de que esto es posible y deseable" (OCCWG, 1997, pág. 678)
Intolerancia a la incertidumbre	Las creencias acerca de la necesidad de certeza, la incapacidad personal para hacer frente al cambio impredecible, y la dificultad en el funcionamiento en situaciones ambiguas
Perfeccionismo	"La tendencia a creer que hay una solución perfecta para cada problema, que hacer algo perfectamente (es decir, libre de errores) es no sólo posible sino también necesario, y que los errores, incluso de menor importancia tendrá graves consecuencias" (OCCWG, 1997, pág. 678)

Antes de la iniciativa de la OCCWG, existían algunos estudios que investigaron las creencias disfuncionales en el TOC. A pesar de que utilizaban medidas diferentes de las creencias, muchos de estos estudios informaron que las creencias disfuncionales relacionadas con la responsabilidad, la estimación de amenaza, la intolerancia a la incertidumbre, la necesidad de control del pensamiento y/o la importancia de los pensamientos se asociaron significativamente con las medidas de síntomas obsesivo-compulsivos.

Así, los pacientes con TOC tendían a puntuar más alto en los instrumentos de creencias que los sujetos control no clínicos (ver Clark, Purdon y Wang, 2003).

Sin embargo, otros estudios encontraron que ciertas creencias como los pensamientos de responsabilidad excesiva, el perfeccionismo y la necesidad de control no eran específicos solamente para los síntomas obsesivo-compulsivos (Wells & Papageorgiou, 1998). Tampoco existe apoyo empírico para la especificidad de las creencias relacionadas con la intolerancia a la incertidumbre y la importancia del control de los pensamientos, incluyendo el TAF (Clark y col., 2003).

Una de las investigaciones más potentes de las creencias disfuncionales en el TOC se llevó a cabo por el OCCWG (1997). Este esfuerzo de investigación colaborativa ha permitido el desarrollo de medidas más elaboradas de valoraciones y creencias en el TOC. También permitió al grupo generar grandes bases de datos clínicos y no clínicos. A partir de estos estudios de gran escala surgieron una serie de descubrimientos:

- Tres de los dominios de creencias fueron muy pertinentes para el TOC: la necesidad de controlar los pensamientos, la importancia otorgada a los mismos y el exceso de responsabilidad. Estos hallazgos se desprenden de las altas correlaciones encontradas con medidas de síntomas obsesivo-compulsivos así como las diferencias

significativas resultantes cuando se compararon sujetos con TOC con sujetos control: ansiosos y no clínicos.

- Seis de los dominios de creencias se relacionaron significativamente con otros trastornos tales como preocupaciones, ansiedad y trastorno por estrés postraumático (TEP), a pesar de que puede estar más fuertemente relacionado con el TOC.

En una etapa posterior de las investigaciones se realizó un análisis más detallado resultando que los únicos predictores significativos de síntomas obsesivo-compulsivos eran la intolerancia a la incertidumbre y el perfeccionismo aunque el grupo TOC no puntuó significativamente más alto en que el grupo de otros trastornos de ansiedad en la última subescala OBQ (OCCWG, 2003b).

En un estudio en el que se utilizó la CCO y el III realizado con muestra italiana, la intolerancia a la incertidumbre, la necesidad de control de los pensamientos y el perfeccionismo eran bastante específicos para el TOC, mientras que la importancia otorgada a los pensamientos y el exceso de responsabilidad apenas discriminó entre los pacientes con TOC y los sujetos sanos (Sica y col., en prensa).

Por último, la tendencia a controlar y reflexionar sobre los procesos de pensamiento propios, surgió como una característica específica del TOC (Janeck, Calamari, Riemann & Heffelfinger, 2003).

En resumen, la investigación sobre las valoraciones cognitivas disfuncionales y las creencias específicas para el TOC es muy

reciente. Hasta hace muy poco el estudio de estas variables se ha visto obstaculizado por la falta de medidas fiables y válidas para la evaluación de valoraciones y creencias específicas para el TOC.

El trabajo desarrollado por la OCCWG ha sido un aporte importantísimo en este campo ya que ha dado lugar a las medidas de autoinforme más completas y precisas y ha aportado un perfil cognitivo específico para el TOC.

Sin embargo, también existe un gran número de problemas conceptuales que afectan a esta investigación: existe una correlación muy alta entre la III y la CCO, lo que sugiere que la distinción entre las creencias y las valoraciones puede ser más difícil de delimitar, al menos con las medidas de autoinforme (OCCWG, 2001, 2003a, 2003b). Además, los seis dominios de creencias fueron altamente interrelacionados, lo que pone en duda que evalúen diferentes constructos cognitivos.

Parece evidente que ciertas creencias como la responsabilidad, importancia de los pensamientos, el control de los pensamientos y la intolerancia a la incertidumbre, puedan ser específicos para el TOC, mientras que la sobreestimación de la amenaza y el perfeccionismo son factores inespecíficos. Sin embargo, esta afirmación debe ser aceptada con cautela ya que existen resultados contradictorios entre los estudios.

2. La perspectiva metacognitiva

Adrian Wells (2000), en su libro dedicado a los trastornos emocionales desde la perspectiva metacognitiva, enfatiza la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial debido a que las preocupaciones "worry" están presentes en un gran número de trastornos emocionales y pueden llevar al clínico a diagnosticar de TOC a un paciente con rumiaciones depresivas. Así, diferencia las obsesiones de otros tipos de pensamientos intrusos, como la preocupación (Wells, 1994b; Wells y Morrison, 1994). A diferencia de los pensamientos negativos tales como la preocupación o la rumiación depresiva, las obsesiones se caracterizan por lo aborrecibles o ajenas a uno mismo que pueden llegar a percibirse.

Wells y Matthews (1994) desarrollan un modelo general para explicar los trastornos emocionales, el Self-Regulatory Executive Function Model, (S-REF) que fue revisado posteriormente por Wells (1997). Dentro de este marco teórico presentan un modelo prototípico específico para el TOC en el cual nos centraremos.

En su modelo prototípico para el TOC sugieren que los pensamientos obsesivos activan creencias metacognitivas acerca del significado de sus pensamientos intrusos. Al mismo tiempo, las personas acceden a las creencias sobre las posibles conductas o estrategias que pueden ser utilizadas para minimizar el peligro asociado con la valoración de los pensamientos obsesivos.

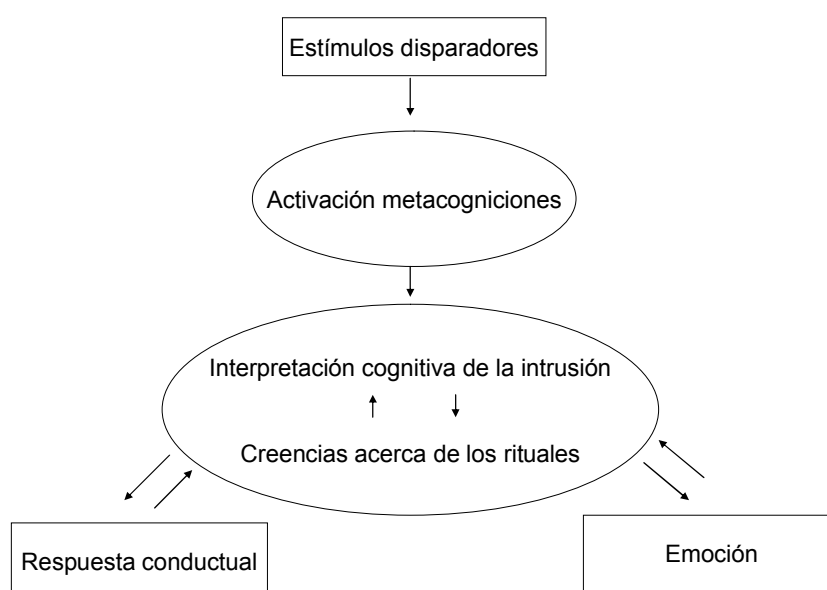
Una de las características específicas del TOC es la tendencia a centrar su atención en los procesos de pensamiento. Este incremento de la autoconciencia cognitiva aumenta la detección de los pensamientos habituales no deseados y puede provocar intrusiones.

Wells y Matthews (1994) sugieren que los pacientes obsesivos tienen una tendencia a dar prioridad a los eventos generados internamente en lugar de dársela a los acontecimientos externos. Por lo tanto, aun cuando la información sensorial confirma la ejecución de una conducta, los individuos centran su atención en las fantasías sobre las consecuencias de no realizar la acción neutralizadora. Esta tendencia a centrarse en las dudas o fantasías internas reduce la confianza en su capacidad para recordar sus propias acciones o eventos, y puede contribuir al control de la conducta (sin embargo, también es posible que los rituales de comprobación se estimulen por creencias acerca de las ventajas de la comprobación).

Otra de las manifestaciones típicas para el TOC son los criterios que utilizan los pacientes como guía para indicar el cese o el mantenimiento de los rituales abiertos y/o encubiertos. En particular, hay una tendencia a confiar en determinados criterios internos supuestos, tales como la "necesidad de perfección" (e.g. recordar perfectamente una serie de acontecimientos de manera ininterrumpida), o la "necesidad de certeza" (e.g. sentirse completamente seguros) como señales de parada para los rituales.

Desafortunadamente estas señales son difíciles de lograr y contribuyen a aumentar la vulnerabilidad para padecer el trastorno. En la Figura 5 se presenta el modelo prototípico de los factores que contribuyen al mantenimiento del TOC (Wells, 2000).

Figura 5. Modelo prototípico de los factores de mantenimiento del TOC (Wells, 2000).



*Con permiso, adaptado y traducido de Wells (2000).

Como puede observarse en la Figura 5, según el modelo existe un estímulo disparador (con mayor frecuencia un pensamiento intruso o duda, aunque una sensación de intrusión / emoción también puede actuar como un disparador), que activa creencias metacognitivas relacionadas con el significado del mismo.

Las creencias relevantes en este nivel incluyen creencias acerca de posibles peligros o amenazas y del significado del propio pensamiento.

Wells (1997) destaca la tendencia que tienen los pacientes con TOC a difuminar los límites entre el pensamiento y los acontecimientos reales, y entre el pensamiento y las acciones. Por ejemplo, los pacientes creen que tener un pensamiento particular, provocará que un evento ocurra (e.g. " la enfermedad aparecerá si pienso en la enfermedad"), y creen que tener un pensamiento probablemente significa que el suceso ha ocurrido (e.g. "si creo que tengo deseos de matar a alguien probablemente lo haré").

La observación clínica actual basada en el modelo de trabajo metacognitivo les llevó a diferenciar tres dominios de creencias en base a las cuales se puede conceptualizar el trastorno: (1) Fusión Pensamiento-Evento (TEF; Wells, 1997; Rachman y Shafran, 1999) que se refiere a la creencia específica basada en que los pensamientos pueden influir directamente sobre un evento externo relevante, (2) Fusión Pensamiento-Acción que abarca la creencia de que tener un pensamiento intruso es moralmente equivalente a llevar a cabo una acción "prohibida" (TAF; Rachman, 1993), y (3) Fusión Pensamiento-Objeto (TOF), cuando las personas creen que los pensamientos o los sentimientos pueden ser transferidos a los objetos, y estos objetos "contaminados" pueden transferir los pensamientos y sentimientos de otras personas u objetos de contagio.

Aparte de las creencias acerca de los pensamientos y sentimientos, destacan la relevancia que tienen las creencias acerca

de la realización de compulsiones y respuestas de neutralización para la formulación metacognitiva. El papel de esta categoría de creencias ha sido ampliamente ignorado por los anteriores enfoques cognitivos. Sin embargo, las evaluaciones del éxito / fracaso o el significado de los acontecimientos relacionados con los rituales tiene una influencia crucial en la manifestación de emociones negativas y en el mantenimiento del trastorno.

Las creencias acerca de los rituales se dividen en dos grandes categorías: creencias positivas (e.g. "si doy tres toquitos en la puerta, las cosas malas no va a suceder", "debo cumplir con mi ritual, o bien la sensación de malestar nunca acabará"), y las creencias negativas (e.g. "mis rituales están fuera de control", "mis rituales mentales podrían volverme loco").

Las creencias acerca de los peligros y ventajas de la realización de los rituales disponibles influyen en la selección y la aplicación de comportamientos e influyen en la intensidad de las reacciones emocionales a corto plazo. Los pacientes realizarán los rituales o las conductas de control hasta que sientan que han satisfecho un estado interno.

Por consiguiente, las creencias que guían estas conductas contienen una representación de un objetivo y hacer participar a las operaciones de vigilancia y control, por lo que constituyen un plan para su transformación en términos de S-REF. El fracaso o el éxito

del ritual se puede interpretar de una manera que aumente o disminuya la ansiedad y las percepciones de amenaza.

El modelo metacognitivo considera como idea fundamental las creencias metacognitivas que tiene la persona acerca de sus impulsos y pensamientos. Muchos pacientes creen que los impulsos obsesivos o sentimientos negativos serán insoportables, peligrosos o permanentes a menos que se tomen acciones restitutivas (Wells y Matthews, 1994; Wells, 1997).

La ansiedad y otras reacciones emocionales negativas que resultan de la evaluación de las intrusiones pueden estar sujetas a una interpretación negativa. Por ejemplo, los síntomas de ansiedad pueden ser mal interpretados como un signo de pérdida de control o un signo de otros peligros asociados con las intrusiones.

En algunos casos, los síntomas de ansiedad son mal interpretados como evidencia de apoyo a interpretaciones negativas de intrusiones. Por ejemplo, un paciente con obsesiones acerca de la posibilidad de hacer daño a otros puede interpretar sus síntomas de ansiedad como prueba de que realmente pensaba hacer daño y además esta es una prueba más de que es una "mala persona". De este modo, las respuestas emocionales aumentan la probabilidad de aumento de las intrusiones, como se describe por el nuevo circuito de retroalimentación para el estímulo disparador.

Las respuestas emocionales pueden bajar los umbrales para la detección de estímulos obsesivos y perturbar el logro de los estados internos que actúan como señales para detener las compulsiones. Además, el estado emocional puede actuar como un disparador en sí mismo, de tal manera que algunas personas pueden creer que van a ser abrumadas por los sentimientos negativos a menos que un ritual se lleve a cabo.

Los rituales implementados por el paciente TOC mantienen el trastorno a través de dos ciclos de retroalimentación, ilustrados en la Figura 5. Cuando un ritual cumple con los objetivos internos del paciente, la no ocurrencia de las acciones o eventos catastróficos derivados de las intrusiones se atribuirá al ritual, y no al hecho de que las creencias sobre las consecuencias de los pensamientos obsesivos son inválidas. Sin embargo, el fracaso para alcanzar el objetivo del ritual (e.g. el fallo de recordar con claridad el sonido del cierre de la puerta), puede interpretarse como evidencia de que una acción deseada no se ha confirmado. También podría darse el razonamiento inverso de tal manera que los lapsus de memoria para las acciones pueden interpretarse como que se ha podido cometer un comportamiento no deseado. Este nuevo ciclo de retroalimentación ilustra cómo los rituales pueden agravar intrusiones.

En resumen, existen tres mecanismos principales implicados: en primer lugar, los intentos de suprimir los pensamientos pueden causar una mayor conciencia de los pensamientos no deseados. En

segundo lugar, tratar de meditar sobre las intrusiones o neutralizarlas mentalmente puede mantener la preocupación por los acontecimientos mentales, por lo que la intrusión es más probable. Además, los rituales pueden asociarse a una serie de estímulos e intrusiones, de modo que se produce generalización a numerosos estímulos y acciones que en un futuro pueden provocar intrusiones.

Los datos de varias fuentes proporcionan apoyo empírico a la conceptualización del modelo metacognitivo. Algunos de los hallazgos encontrados son los siguientes:

- Creencias metacognitivas que se caracterizan por la inferencia inversa, una creencia similar a la TEF y las creencias sobre las consecuencias de los pensamientos son predictores de rumiación e impulsos obsesivos, incluso cuando la depresión está controlada (Emmelkamp & Aardema, 1999).
- La inferencia inversa y TAF fueron predictores significativos para los rituales de comprobación. (Emmelkamp & Aardema, 1999).
- La manipulación experimental de los TAF lleva a un aumento en la frecuencia de pensamientos intrusos y del malestar asociado (Rassin, Merckelbach, Muris y Spaan, 1999).

- Las creencias metacognitivas negativas acerca de la falta de control y el peligro correlacionan positivamente con los síntomas obsesivos, y esta relación es independiente de la tendencia general a la preocupación (Wells & Papageorgiou, 1998a).

Mientras que el enfoque metacognitivo para el TOC es solamente un prototipo, sugiere que el tratamiento debe incluir un foco significativo en la modificación de las creencias subyacentes metacognitivas, y la mala adopción de criterios internos (metas) que se utilizan para regular la conducta. Existen una serie de creencias metacognitivas diferentes que pueden ser relevantes para todos los casos. Entre ellas destacan los dominios de creencias como la TEF, TAF, etc.

Un paso inicial en el tratamiento de los pacientes desde esta perspectiva sería cambiar el modo de procesamiento metacognitivo, para que puedan ser más conscientes del papel de las creencias metacognitivas que subyacen a la angustia y el comportamiento. Este paso es importante, ya que cambia el énfasis del tratamiento.

Así como modelos anteriores planteaban que había que detener los pensamientos obsesivos (parada de pensamiento), este modelo plantea como objetivo fundamental para el tratamiento que los pacientes aprendan que no es necesario que se actúe sobre los pensamientos intrusos (e.g. contra los pensamientos intrusos la difícil tarea de no hacer nada).

El objetivo es cuestionar las creencias y valoraciones sobre los pensamientos obsesivos, en lugar de evitar las obsesiones. La mayoría de los pacientes no son conscientes de la contribución de las creencias metacognitivas a sus problemas que se presentan. Para facilitar la toma de conciencia del paciente, el terapeuta deberá aplicar el uso hábil de descubrimiento guiado para obtener las metacogniciones clave implicadas en cada caso concreto.

3. La Teoría de los Cuatro Factores de Ansiedad y el TOC

De acuerdo con la Teoría de los Cuatro Factores aplicada a la ansiedad clínica, los pacientes obsesivos-compulsivos presentan fundamentalmente un sesgo cognitivo de tipo interpretativo así como la percepción de falta de control centrado fundamentalmente en sus propios pensamientos.

Algunos de los factores implicados en este sesgo interpretativo fueron comentados por (M.W. Eysenck, 1997):

“Primero existe un sentido exagerado de responsabilidad que aumenta considerablemente la amenaza percibida en una situación determinada; por ejemplo la posibilidad de atropellar a alguien mientras conduce su coche. En segundo lugar, hay una tendencia en los pacientes obsesivos a exagerar considerablemente la probabilidad de ocurrencia de situaciones amenazantes. Los pensamientos tienen más probabilidad de convertirse en obsesivos cuando la probabilidad subjetiva de un resultado negativo y la amenaza de ese resultado es elevada” (pág. 159).

Algunos autores han descrito distintas técnicas para reducir los sesgos interpretativos asociados a los pensamientos obsesivos (Freeston, Rhéaume, & Ladouceur, 1996). Por ejemplo, la técnica del pastel (Van Oppen & Arntz, 1994).

Para aplicar la *técnica del pastel* se pide al paciente obsesivo que estime el porcentaje de responsabilidad que diversas personas tendrían si la consecuencia amenazante que teme ocurriera. A continuación se representan los porcentajes estimados (a modo de porción de pastel), dentro de una gráfica de sectores.

De este modo, el grado de responsabilidad del paciente se correspondería con la cantidad de pastel que no se refiere a otras personas. Frecuentemente, lo que suele suceder al aplicar esas técnicas en consulta, es que el paciente descubre que la estimación inicial suele estar sobreestimada, de manera que la responsabilidad real que le corresponde es menor.

La *técnica del patrón doble* tiene el objetivo de reducir la sensación exagerada de responsabilidad percibida por el paciente. Para ello en primer lugar pedimos al paciente que imagine que el acontecimiento le está ocurriendo a otra persona favoreciendo así el distanciamiento. Generalmente el paciente admite que la otra persona no es responsable o culpable del resultado. A continuación se le pide que compare esta creencia con el grado de responsabilidad que sentiría si le estuviese sucediendo a él.

Estas técnicas son algunas de las propuestas que hacen Van Oppen & Arntz (1994) para reducir el sesgo interpretativo que se han mostrado muy efectivas para el tratamiento de los pacientes obsesivos.

Van Oppen et al. (1995) compararon la terapia basada en los planteamientos de Van Oppen y Arntz (1994) con exposición in vivo. Utilizando tres medidas de mejoría, encontraron que el 39% de los pacientes que recibieron terapia cognitiva superaron estas tres medidas en comparación con el 17% de los pacientes que recibieron exposición in vivo.

3.1. Sesgos atencionales en el TOC. La atención selectiva.

M.W. Eysenck (1992), sugiere que el incremento del nivel de ansiedad está asociado con un consumo de recursos atencionales centrados en aspectos irrelevantes, viéndose afectado el procesamiento de operaciones en tareas relevantes.

De acuerdo con este punto de vista, el déficit atencional asociado a los trastornos de ansiedad está causado por la interferencia de información intrusa (tarea irrelevante) con el procesamiento cognitivo de información relevante (Gotlib, Roberts, & Gilboa, 1995).

Los individuos ansiosos pueden funcionar pobremente en tareas experimentales difíciles porque sus sistemas cognitivos procesan preferentemente información irrelevante relacionada con la amenaza. En pacientes con ansiedad clínica, se ha encontrado un incremento de su capacidad para codificar información emocional relacionada con la amenaza (Burgess et al., 1981).

Si los pacientes con TOC son similares a otros pacientes con otros tipos de trastornos de ansiedad, podríamos esperar que exhibieran sesgos atencionales similares para la información amenazante. A partir de esta hipótesis nos planteamos las siguientes preguntas: 1) ¿Los estudios con pacientes TOC muestran que estos individuos exhiben sesgos atencionales a favor del procesamiento de información amenazante?, 2) ¿Los sujetos con TOC exhiben estos

sesgos atencionales relacionados con amenaza en general o por el contrario son específicos para el contenido de su obsesión? (e.g., palabras relacionadas con contaminación en el caso de TOC con rituales de limpieza).

Hasta la fecha, la literatura empírica presenta evidencia mixta concerniente a la presencia de sesgos atencionales en TOC. Encontramos que se han venido utilizando distintas tareas experimentales basadas en diferentes paradigmas para evaluar el sesgo atencional dentro de los trastornos de ansiedad.

En el caso del TOC las tareas más utilizadas son: la tarea de escucha dicótica en su variante de la técnica del sombreado (seguimiento o Shadowing), la tarea de Stroop emocional adaptada, la tarea de detección visual o Dot Probe Task y el paradigma del Priming negativo para evaluar la inhibición atencional.

La tarea de Stroop emocional requiere que el sujeto nombre los colores de las palabras con contenido emocional o amenazante. Para una revisión véase Matthews & Wells (2000). Numerosos estudios experimentales han demostrado que los sujetos con trastornos de ansiedad presentan un incremento en las latencias de respuesta al nombrar el color de las palabras específicas de ansiedad en comparación con las palabras neutras (Bar-Haim, Lamy, & Glickman, 2005; Calvo, Avero, Castillo, & J. J. Miguel Tobal, 2003; Grant & Beck, 2006; A. J. Lang & Sarmiento, 2004; Lim & Kim, 2005).

Sin embargo, relativamente pocos estudios han utilizado la tarea de Stroop modificada con muestras de pacientes TOC. En dos de ellos encontramos que los pacientes TOC atienden selectivamente a palabras relacionadas con su obsesión dominante (Direnfeld, Pato, & Roberts, 2001; Lavy, Van Oppen, & Van Den Hout, 1994) en comparación con los sujetos sanos.

En concreto, los pacientes con TOC con rituales de lavado mostraron mayor interferencia para palabras relacionadas con contaminación (información amenazante específica para su preocupación) que para palabras relacionadas con miedos asociados típicamente a los ataques de pánico y amenaza en general (R. J. McNally et al., 1994). Estas diferencias entre personas con TOC con rituales de limpieza y aquéllos con otro tipo de rituales fueron independientes de la severidad del conjunto de síntomas obsesivos y de los niveles de ansiedad y depresión (variables controladas).

Estos resultados son convincentes porque indican que no solamente difieren de los controles normales en la interferencia de Stroop, sino que esta interferencia varía en función del número de síntomas dentro de los pacientes TOC y que ésta disminuye a medida que mejoran con el tratamiento (índice de mejora del TOC).

Además, los resultados apuntan hacia la presencia de un procesamiento atencional selectivo altamente específico para la preocupación particular del paciente (Direnfeld, et al., 2001).

No obstante, tenemos que remarcar que se han encontrado dos fracasos a la hora de replicar estos hallazgos generales.

Kampman, Keijsers, Verbraak, Naring, & Hoogduin (2002); Kyrios & Iob (1998) no encuentran diferencias entre pacientes con TOC, pacientes con ataques de pánico y controles normales con estímulos amenazantes relacionados con pánico, trastorno obsesivo o ansiedad en general mediante presentaciones tanto supraliminales como subliminales.

Es posible que los síntomas de depresión comórbidos puedan atenuar los sesgos atencionales en los trastornos de ansiedad. Así mismo, ninguno de estos dos estudios evaluó estímulos particularmente confeccionados para las preocupaciones específicas de los pacientes.

Si somos rigurosos puntualizaremos que los efectos exagerados de interferencia en presencia de distractores amenazantes (como vimos para las tareas de Stroop), tampoco significan necesariamente que los individuos ansiosos hayan codificado selectivamente la información distractora amenazante (MacLeod, 1996).

En realidad, una variedad de observaciones ha puesto en duda esta interpretación de la interferencia medida con el test de Stroop. Por ejemplo, personas que puntúan alto en cuestionarios que miden *represión*, un rasgo de personalidad que refleja la evitación de procesamiento de información aversiva, también presentan tiempos

más largos para nombrar palabras amenazantes respecto a las emocionalmente neutrales en la tarea de Stroop emocional (Dawkins & Furnham, 1989). Además, Lavy, et al. (1994) encontraron que las latencias para nombrar el color fueron incrementando cuando se les pidió que evitaran leer ciertos tipos de información semántica.

Semejantes hallazgos, arrojan serias dudas acerca de la idea de que el incremento de la interferencia a la hora de nombrar el color de los pacientes obsesivos refleje necesariamente una tendencia a codificar el contenido amenazante del estímulo. Consideramos necesario seguir estudiando este tipo de procedimiento experimental para poder hacer afirmaciones concluyentes.

La tarea de detección visual es otro método para medir la atención selectiva que es menos vulnerable a interpretaciones que la tarea de Stroop. En esta tarea, se expone a los participantes a pares de palabras en una pantalla de ordenador y en algunas pruebas aparece un punto al lado de una de las palabras. Se pide a los participantes que presionen un botón lo más rápidamente posible para indicar la detección del punto.

La atención selectiva vendría determinada porque la detección del punto será más rápida si el participante está atendiendo cerca de donde aparece el punto. En algunas pruebas, una palabra de cada par es la amenazante y su localización varía a lo largo de las pruebas en relación con la posición del punto.

MacLeod, Matthews, & Tata (1986), observaron que los participantes ansiosos eran más rápidos en responder al punto cuando éste se encontraba exactamente en el lugar de la palabra amenazante. Estos investigadores argumentan que el hallazgo ocurre porque los participantes ansiosos dirigen su atención desproporcionadamente hacia el lugar de la amenaza. Por ejemplo, los individuos ansiosos demostraron vigilancia para la información amenazante. Por el contrario, los participantes sanos tienden a dirigir su atención fuera de ésta sugiriendo una tendencia a la evitación de dicha información.

Numerosos estudios han validado que los individuos ansiosos incrementan su rapidez para detectar puntos que aparecen en la vecindad del estímulo amenazante (MacLeod & Mathews, 1988; Mogg, Mathews, & M.W. Eysenck, 1992; Mogg, Millar, & Bradley, 2000).

Tata, Leibowitz, Pmnty, Cameron, y Pickering (1996) intentaron demostrar que los pacientes con TOC se caracterizaban por manifestar un sesgo en la atención selectiva para la información relacionada con sus preocupaciones obsesivas, utilizando la tarea de detección visual (Dot-probe).

Para ello tomaron una muestra de pacientes obsesivos y sujetos con puntuaciones altas en rasgo de ansiedad.

Les presentaron palabras relacionadas con contaminación y ansiedad social y estudiaron la localización específica de la atención por parte de estos dos grupos para los dos tipos de estímulos. Los resultados revelaron la existencia de una localización específica de la atención para el contenido específico de la amenaza.

Así, los pacientes obsesivos con miedo a contaminarse detectaron más rápidamente los puntos cuando estos se encontraban cerca de palabras relacionadas con contaminación, mientras que los sujetos con alto rasgo de ansiedad mostraron mayor vigilancia cuando los puntos estaban próximos a palabras relacionadas con ansiedad social.

Mientras este es un estudio bien diseñado con hallazgos provocativos, se debe tener precaución a la hora de generalizar estos resultados a pacientes TOC cuya preocupación no sea la contaminación. Puede ser que los TOC con otro tipo de rituales presenten sesgos cognitivos diferentes (Summerfeldt & Endler, 1998).

Acorde con la teoría de los Cuatro Factores de la Ansiedad clínica (M.W. Eysenck, 1997), los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo deberían tener un acceso facilitado a la información almacenada en la memoria a largo plazo.

En un interesante estudio realizado por (Wilhem, R. J. McNally, Baer, & Florin, 1997), donde tanto pacientes con TOC como controles sanos se expusieron a una serie de palabras de contenido negativo, positivo y neutral. Se les pidió que recordaran algunas y que olvidasen otras. Después se les pidió que recordasen todas las palabras que pudieran con independencia de que se les hubiese dicho que las recordasen o no.

Los TOC difirieron principalmente de los controles en que recordaron más palabras negativas de aquellas que se les había dicho que olvidasen. De acuerdo con Wilhem, R. J. McNally, Baer, y Florin (1996) "el porcentaje de palabras que recordaron los pacientes TOC y que habían sido instruidos para olvidar, estaban relacionadas con información personal con un significado emocional negativo comparadas con las que consiguieron olvidar, habiendo recibido la misma instrucción".

Los hallazgos sugieren que los pacientes con TOC atienden selectivamente a información amenazante, particularmente a información relacionada con su preocupación particular. Sesgos cognitivos similares se han documentado en una variedad de trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno por estrés postraumático (Buckley, Blanchard, & Neill, 2000; L. McNally, 1998a), la fobia social (Heinrichs & Hofmann, 2001) y el trastorno de ansiedad generalizada (L. McNally, 1998b).

En resumen, los sesgos atencionales podrían conducir presumiblemente a sobre-representación de la amenaza entrante dentro de la información que los participantes ansiosos codifican de su entorno. Parece razonable postular que los sesgos atencionales podrían contribuir al desarrollo y mantenimiento de los pensamientos obsesivos en TOC. Por tanto, podríamos esperar que los pacientes obsesivos presentasen grandes dificultades para ignorar pensamientos que les resultan amenazantes.

Los clínicos han observado desde hace tiempo que los individuos con TOC frecuentemente encuentran sumamente difícil la inhibición de pensamientos negativos. Desde la perspectiva de la ciencia cognitiva, el término *inhibición atencional* hace referencia al proceso mediante el cuál un organismo lleva a cabo un estrechamiento de la entrada de información para atender selectivamente al estímulo más relevante, minimizando así el procesamiento de información irrelevante.

La noción de que la inhibición juega un papel importante en la atención selectiva ya fue abogada por Treisman y Geffen (1964) en el año 1967. Estos autores argumentaron que la selección de estímulos específicos para un análisis puede implicar la ignorancia de otros.

Se ha sugerido que el proceso de inhibición cognitiva ocurre mediante un balance del procesamiento facilitado de estímulos relevantes con la tarea y la inhibición activa o supresión de estímulos

irrelevantes para la tarea (Tipper, 1985; Tipper & Cranston, 1985).

La inhibición cognitiva ha sido ampliamente investigada a través del paradigma del priming negativo (Tipper, 1985). La tarea experimental utilizada implica la representación de un objeto distractor (previamente se pide que sea ignorado), como el objeto diana o categoría que ha de ser nombrada. Es decir, lo que antes era un estímulo distractor ahora es representado como estímulo diana.

En sujetos normales, el proceso de nombrar cada ítem toma más tiempo si éste ha sido previamente presentado. Algunos teóricos han argumentado que este efecto es causado por un proceso de inhibición activa del estímulo distractor, el cuál aumenta la latencia de respuesta (Tipper, 1985). Este incremento en la latencia de respuesta aparece como consecuencia de la necesidad de vencer la inhibición antes de que pueda llevar a cabo un nuevo procesamiento.

El efecto de la inhibición cognitiva se puede estudiar utilizando la tarea de Stroop adaptada que consiste en nombrar el color e ignorar el contenido semántico de la palabra. Neill (1977) postuló que este efecto, incremento de la latencia de respuesta, ocurre porque la palabra utilizada como estímulo distractor ha sido activamente inhibida en la prueba anterior, y que esta inhibición tiene como consecuencia un coste de respuesta en términos de un incremento del tiempo de reacción.

Observando las dificultades que presentan los pacientes TOC en el control de pensamientos intrusos no deseados, podríamos pensar que un déficit en el proceso de inhibición atencional podría jugar un papel importante en esta condición clínica.

Partiendo de esta hipótesis, algunos autores han encontrado un déficit en inhibición atencional específico para el TOC respecto del trastorno de pánico (Clayton, Richards, & Edwards, 1999), así como para un grupo de distintos trastornos de ansiedad (Enright & Beech, 1990, 1993b). Además, no encontraron diferencias entre los distintos trastornos de ansiedad.

Posteriormente se ha demostrado que los déficit en priming negativo en sujetos obsesivos (respecto a los otros trastornos de ansiedad) son más fuertes en presentaciones relativamente rápidas (100 ms), sugiriendo un posible déficit preatencional en inhibición cognitiva (Enright, Beech, & Claridge, 1995). Algo interesante es que parece que esta tendencia es más aparente en aquellos sujetos obsesivos con rituales de comprobación, sugiriendo que este déficit cognitivo puede variar según subtipos (Maki, O'Neill, & O'Neill, 1994).

En el único estudio en el que tenemos conciencia que examina el priming negativo con la valencia del estímulo realizado por McNally, Wilhelm, Buhlmann, y Shin (2001), encontraron soporte marginal para la afectación en el priming negativo en pacientes con TOC cuando los estímulos se presentaron brevemente (100ms), mientras

que no encontraron diferencias cuando las presentaciones fueron de 500ms.

Sorprendentemente, los efectos no variaron entre estímulos amenazantes y neutros. Las implicaciones teóricas para estos hallazgos acerca de la existencia de un déficit central o inhibición en pacientes obsesivos pueden ser cruciales para entender el trastorno. El fracaso al inhibir estímulos no deseados e irrelevantes preconscientemente puede dar como resultado que la persona esté siendo constantemente invadida por pensamientos e imágenes no deseadas recurrentemente.

Con el tiempo, estas dificultades para controlar los pensamientos pueden producir y mantener una ansiedad severa particularmente cuando surge en el contexto de metacogniciones relacionadas con interpretaciones catastróficas del significado acerca de sus propios pensamientos (Rachman, 1997, 1998; Salkovskis, 1996).

Desafortunadamente existe una razón para pensar que sus intentos conscientes para suprimir estos pensamientos no deseados producen probablemente el efecto paradójico de un incremento en la frecuencia de pensamientos e imágenes recurrentes (Purdon, 1999; Wenzlaff & Luxton, 2003).

Son necesarios futuros estudios que repliquen estos hallazgos preliminares, tanto para abordar problemas adicionales, como para considerar si los déficit inhibitorios varían según los subtipos de TOC, y hasta que punto pueden dar cuenta de los sesgos atencionales para los estímulos amenazantes y los problemas de memoria documentados anteriormente.

Es importante remarcar que los déficit en priming negativo han sido también documentados en la esquizofrenia (Beech, Powell, McWilliam, & Claridge, 1989), depresión clínica (MacQueen, Tipper, & Levitt, 2000; Shapiro & Roberts, 2004) e individuos con niveles elevados de ansiedad (Fox, 1994). Todos estos trabajos sugieren que una inhibición atencional deficiente puede aparecer en un gran número de categorías diagnósticas.

Por tanto, sería importante determinar en futuros estudios si existen ciertas facetas de inhibición deficiente que sean específicas para el TOC.

3.2. Sesgos interpretativos en el TOC

Según M.W. Eysenck (1997), la presencia de un sesgo atencional centrado en una estimulación determinada requiere de la existencia previa de un sesgo interpretativo acerca de dicha estimulación. Por tanto, una tarea fundamental en la terapia con pacientes obsesivos será la eliminación del sesgo interpretativo, lo cuál conllevará la eliminación del sesgo atencional para aquellos estímulos implicados en los mismos. Este hallazgo ha supuesto un cambio crucial para el tratamiento eficaz de los pacientes obsesivos.

Se sabe que tanto los sujetos normales como los pacientes TOC informan acerca de obsesiones similares. Sin embargo, las de los pacientes TOC demuestran ser más intensas, incontrolables, y amenazantes (Rachman & De Silva, 1978a). Tales hallazgos sugieren que los pacientes con TOC tienen sesgos interpretativos para al menos alguno de sus pensamientos obsesivos.

Sin embargo, es difícil encontrar estudios de laboratorio que investiguen específicamente sesgos interpretativos en TOC. (Freeston, Rheaume, & Ladouceur, 1996). Partiendo de los estudios realizados por Van Oppen y Arntz (1994) sobre la sobreestimación de la amenaza y la excesiva responsabilidad, se plantean discutir otros tipos de valoraciones (appraisal) relacionadas con la sobreestimación de la importancia de pensamientos, como son la fusión pensamiento-acción, la excesiva responsabilidad, el perfeccionismo así como la

necesidad de certeza absoluta y expectativas acerca de la ansiedad y sus consecuencias.

Freeston, Rheaume, et al. (1996) proponen un número de valoraciones incorrectas acerca de pensamientos intrusos que pueden contribuir al mantenimiento del TOC. Destacan el alto grado de importancia que otorgan los pacientes TOC a la presencia y/o contenido de sus obsesiones.

En uno de sus estudios realizados con una muestra de pacientes obsesivos encuentran que la reestructuración de creencias específicas para sus propias obsesiones correlacionó con reducciones en los síntomas psicopatológicos típicos del TOC después del tratamiento, mientras que cambios de igual magnitud en ideas irracionales generales no generaron cambios (Freeston, Rheaume, et al., 1996).

Para ello utilizan medidas estandarizadas evaluando varios tipos de interpretaciones que los pacientes hacían de sus pensamientos mediante una lista clínica semiestructurada. Esta lista constaba de 17 ítems obtenidos de la experiencia clínica previa con población TOC.

Se les preguntó acerca de las diferentes maneras en las que daban importancia a sus pensamientos. Los pacientes presentaron un amplio rango de obsesiones incluyendo: agresivas, sexuales, somáticas, de contaminación, religiosas así como preocupación por la ambigüedad y la duda obsesiva acerca de acciones pasadas.

Finalmente se aprobaron entre 6 y 22 interpretaciones diferentes (media 12.1). Los ítems estandarizados se presentan en la Tabla 4 con el porcentaje de aprobación presentado en la columna de la derecha.

Tabla 4. Ítems obtenidos basándose en la experiencia clínica con población TOC.

Interpretación	% Aprobación
<i>Si pienso en ello me pondré muy nervioso</i>	92
<i>Uno debería tener siempre control sobre sus pensamientos</i>	72
<i>Si pienso en ello aumenta la probabilidad de que ocurra</i>	88
<i>Tal como soy, no puedo gustar a los demás</i>	72
<i>Si comienzo a pensar en ello, tengo que continuar hasta que lo entienda perfectamente</i>	72
<i>Si comienzo a pensar en ello seré incapaz de parar.</i>	68
<i>Pienso tanto en lo que pueden significar las cosas que al final no puedo distinguir lo que realmente es importante.</i>	68
<i>Pienso tanto acerca de lo que significa que creo que me voy a volver loco.</i>	64
<i>Tener este tipo de pensamientos es peligroso tanto para mí como para los demás.</i>	56
<i>Si pienso ahora mismo en ello, seré incapaz de realizar todo lo que tengo que hacer.</i>	52
<i>Tener este tipo de pensamientos significa que voy a perder el control y me voy a comportar violentamente</i>	48
<i>Por mucho que piense acerca de ello, nunca lo haré perfecto, como yo deseo.</i>	48
<i>Pensar en esto significa que soy una mala persona</i>	40
<i>Si comienzo a pensar en ello, en ese momento voy a estropear lo que esté haciendo.</i>	40
<i>Si tengo un pensamiento violento significa que lo haré.</i>	32
<i>Al menos una interpretación adicional</i>	72
<i>Al menos dos interpretaciones adicionales</i>	32
<i>Al menos tres interpretaciones adicionales</i>	24

Como puede observarse en la Tabla 4 los 10 primeros ítems fueron aprobados por más de la mitad de los sujetos y reflejan expectativas acerca de un pensamiento tenido, ideas acerca del control e interpretaciones acerca del significado de un pensamiento propio.

Las expectativas se refieren a ideas relacionadas con que la ansiedad va a aparecer, que van a ser incapaces de controlar sus pensamientos y que el pensamiento puede interferirles. La mayoría presentan interpretaciones idiosincrásicas indicando la necesidad de identificar el posible significado que puede tener ese pensamiento para el propio sujeto.

Desde que esta lista fue diseñada en 1991 los análisis teóricos del TOC han continuado y muchos equipos de investigación han desarrollado instrumentos que evalúan las interpretaciones de los propios pensamientos de los pacientes (Rachman, Thordarson, Shafran, & Woody, 1995; Salkovskis, Richards, & Forrester, 1995).

La experiencia de Freeston, Rheaume, et al. (1996) con la población de pacientes TOC y el amplio cuerpo teórico de soporte empírico les ha llevado a proponer cinco amplios grupos de interpretaciones que los pacientes hacen de sus pensamientos:

- *Sobreestimación de la importancia de los pensamientos y sus consecuencias* a modo de pensamiento cartesiano distorsionado, fusión de pensamiento y acción y

pensamiento mágico (Freeston, Ladouceur, Gagnon, & Thiboudeau, 1993; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994; Rachman, et al., 1995; Salkovskis, 1989a, 1989b).

- *Responsabilidad exagerada para los acontecimientos que se encuentran fuera del control del individuo y las consecuencias de ser responsable de acciones que puedan conducir a daño* (Freeston, et al., 1993; Ladouceur, Rhéaume, et al., 1995; Rachman, 1993b; Salkovskis, et al., 1995; Van Oppen & Arntz, 1994).
- *Necesidad de un perfecto estado así como la absoluta certeza de tener un control total o perfecto sobre sus pensamientos y acciones* (Baer, 1994; Clark & Purdon, 1993; Liebowitz & Hollander, 1991; Rhéaume, Ladouceur, Freeston, & Letarte, 1995b; Steketee & Shapiro, 1993).
- *Sobreestimación de la probabilidad de la severidad de las consecuencias de los acontecimientos negativos* (Ladouceur, Rheume, et al., 1995; Rhéaume, et al., 1995b; Steketee & Shapiro, 1993; Van Oppen & Arntz, 1994; Warren & Zgourides, 1991).
- *Creencias acerca de que la ansiedad causada por los pensamientos es inaceptable y/o peligrosa* (Riggs & Foa, 1993; Warren & Zgourides, 1991).

Estas dimensiones no son necesariamente ortogonales: por ejemplo, las obsesiones relacionadas con causar daño a otros pueden implicar algún grado de distorsión en las evaluaciones acerca de la importancia de la fusión pensamiento-acción (TAF), y las consecuencias de la ansiedad en el incremento de esta probabilidad, mientras que las dudas acerca de posibles errores o fallos pueden implicar sobreestimación de la probabilidad y severidad del peligro, pensamiento mágico, así como una responsabilidad exagerada.

Los cinco grupos representan un amplio análisis y sus autores comentan: “puede ser menos parsimonioso a un nivel teórico que otros hallazgos pero refleja la experiencia con estos pacientes”.

4. Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo. El modelo de Clark (2004)

4.1. Introducción.

En una revisión sistemática reciente de los ensayos aleatorios sobre los tratamientos psicológicos para el trastorno obsesivo-compulsivo en población adulta (Gava et al., 2007), se identificaron ocho estudios (11 comparaciones de estudio), que compararon las terapias cognitivas o conductuales versus grupos control tratados con el tratamiento habitual. Siete estudios (diez comparaciones) presentaron datos utilizables para los meta-análisis.

Estos estudios demostraron que los pacientes que recibieron cualquier variante de la terapia cognitivo-conductual presentaron significativamente menos síntomas después del tratamiento que los pacientes que recibieron el tratamiento habitual (DME -1.24; IC del 95%: -1.61 a -0.87; prueba de heterogeneidad de I^2 33.4%).

Los diferentes tipos de terapias cognitivas o conductuales mostraron diferencias similares en el efecto cuando se compararon con el tratamiento habitual. Las diferencias en la gravedad inicial así como el nivel de sintomatología depresiva predijeron el grado de respuesta.

Estos hallazgos sugieren que los tratamientos psicológicos derivados de los modelos cognitivo-conductuales son un tratamiento efectivo para los pacientes adultos con trastorno obsesivo compulsivo. Así mismo los ocho estudios indicaron que las terapias cognitivas o conductuales fueron más efectivas que las condiciones del tratamiento habitual en cuanto a la reducción de los síntomas clínicos.

Sin embargo, se necesitan ensayos controlados aleatorios más amplios y de mayor calidad, con períodos de seguimiento más prolongados, para investigar de forma más exhaustiva los tratamientos cognitivo-conductuales, y otros enfoques psicológicos, en comparación con sí mismos y las condiciones de control. Sería deseable que los ensayos futuros examinasen las variables predictivas de la respuesta a cada tratamiento, y realizaran evaluaciones de coste-efectividad.

4.2. Elementos básicos de la terapia cognitivo-conductual

Los protocolos más contemporáneos de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento de las obsesiones y las compulsiones son claros ejemplos de cómo la aproximación teórica basada en los estudios más recientes, permite el desarrollo de planes de intervención psicoterapéuticos en un trastorno o desorden en concreto. Es decir, de la mano de la investigación aparece la terapia centrada en la eficacia demostrada.

En la siguiente Tabla mostramos los elementos básicos en los que se ha basado la terapia que han seguido 12 pacientes con diagnóstico obsesivo-compulsivo recogidos en nuestra muestra (véase Tabla 5). Para una visión más detallada recomendamos revisar los trabajos de Clark (2004) y Salkovskis (1999).

Tabla 5. Elementos terapéuticos de la TCC para el TOC. Adaptado de Clark (2004).

- Educación sobre los modelos cognitivos
- Identificación y diferenciación de las valoraciones y los pensamientos intrusos
- Estrategias de reestructuración cognitiva
- Valoraciones y pensamientos alternativos de la obsesión
- Exposición con prevención de respuesta
- Experimentos conductuales
- Modificación de las creencias meta-cognitivas y autorreferentes
- Prevención de recaídas



II Estudios empíricos

Introducción

Como hemos podido apreciar en la revisión teórica expuesta en la primera parte de nuestro trabajo, los modelos cognitivos más recientes conciben la ansiedad como fruto de una serie de sesgos cognitivos (cognitive biases) o tendencias en la interpretación de la situación. Cuando esta tendencia o sesgo es muy exagerada o errónea tiende a producir reacciones de ansiedad muy intensas que pueden llegar a ser patológicas (M.W. Eysenck, 1992; 1997).

Se parte del modelo de los cuatro factores de M.W. Eysenck (1997) que señala que los pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) centrarán su actividad cognitiva en sus propios pensamientos y desarrollarán en esta actividad sesgos de tipo atencional (e.g., dedicar mucho tiempo a esta actividad) y de tipo interpretativo (e.g., "si lo pienso, ocurrirá"), lo que provocará fuertes reacciones de ansiedad a nivel cognitivo, fisiológico y motor. Para validar estas teorías es necesario desarrollar instrumentos fiables que nos permitan medir y evaluar cambios a este nivel en la práctica clínica.

A partir de una muestra de sujetos con Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), sujetos control sanos y sujetos con otros trastornos de ansiedad, se analizan las propiedades psicométricas del Inventario para la Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad, subescala para el TOC (IACTA-TOC; Cano-Vindel, A. , 2004).

Además, se estudia la relación entre actividad cognitiva (medida mediante el IACTA-TOC) y el nivel de ansiedad, medido mediante el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Cano-Vindel & J. J. Miguel-Tobal, 1999), para conocer en qué medida los pacientes con TOC incluidos en nuestra muestra presentan una actividad cognitiva característica del trastorno en función de sus niveles de ansiedad.

Estudio 1

Análisis de las propiedades psicométricas del IACTA-TOC

*"Todo se encadena perfectamente si a uno le
da realmente la gana, lo único falso en esto es
el análisis"*

De Rayuela, Julio Cortázar



1. Objetivos e hipótesis

Partiendo de nuestra percepción de la necesidad de desarrollar y validar instrumentos de evaluación específicos para el TOC susceptibles de uso en la práctica clínica, nos proponemos analizar las características psicométricas básicas del Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad, subescala para el TOC (IACTA-TOC; Cano-Vindel, 2004).

El IACTA-TOC surge a partir de los planteamientos teóricos de M.W. Eysenck (1997) basados en su teoría de los Cuatro Factores de Ansiedad con el objetivo de evaluar la actividad cognitiva característica del TOC en la población hispanohablante. Según la teoría de M.W. Eysenck, la actividad cognitiva tiene un papel fundamental en el mantenimiento de las obsesiones y surge de la tendencia a prestar atención a los propios pensamientos (sesgos atencional), e interpretar éstos de manera amenazante (sesgo interpretativo).

2. Método

2.1. Descripción de la muestra

La muestra total definitiva constó de 172 sujetos, de los cuales 122 eran mujeres y 50 varones. Comparamos tres grupos de sujetos adultos con edades comprendidas entre 18 y 65 años. Se seleccionaron dos grupos controles, uno de ellos formado por sujetos sanos (grupo 2), y otro compuesto por sujetos con diversos trastornos de ansiedad (grupo 3) para compararlos en relación a un grupo clínico compuesto por sujetos diagnosticados de TOC (grupo 1).

El grupo 1 (clínico_TOC) incluyó a 29 mujeres y 16 varones ($n = 45$). El criterio de selección que seguimos era que cumplieran criterios diagnósticos DSM-IV-TR para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Se excluyó del estudio a aquellos sujetos que: 1) cumplían criterios para algún otro trastorno del eje I (incluida la depresión mayor), 2) tenían historia previa de trastorno orgánico cerebral, esquizofrenia o trastorno bipolar, o 3) tenían puntuaciones en el Y-BOCS menores de 16. Todos los sujetos del grupo 1 estaban recibiendo la misma dosis de medicación (inhibidores de la recaptación de serotonina) y todavía no habían recibido un tratamiento psicológico pautado. El grupo 2 (control_sanos) incluyó 73 mujeres y 21 varones sanos ($n = 94$). Los sujetos del grupo 3 (control_TA), presentaban algún trastorno de ansiedad (excepto el

TOC) y estaba formado por 20 mujeres y 13 varones (n = 33).

De la muestra inicial se excluyeron 4 sujetos del grupo 1 debido a que presentaban un trastorno de la personalidad obsesivo. Además, finalmente eliminamos dos sujetos clasificados en un principio dentro del grupo 2 que cumplían criterios para depresión mayor.

La media de edad para la muestra total (N = 172) era de 34.65 (desviación típica de 11.65 y rango de edad entre 18-65 años). La mayoría de los participantes habían cursado estudios universitarios (83%). En cuanto al sexo contamos con una predominancia de mujeres (75%) aproximadamente (véase la Tabla 6).

Tabla 6. Descripción de la muestra.

		Variables		
Grupos (N = 172)		TOC (n = 45)	SANOS (n = 94)	TA (n = 33)
Edad (Media; DT)		(36.1; 11.0)	(35.5; 12.6)	(35.8; 8.7)
Sexo	Varones	36.6 %	16.3 %	32.1 %
	Mujeres	63.4 %	83.7 %	67.9 %
Nivel educativo	Básico	0.0 %	3.0 %	4.3 %
	Medio	25.9 %	10.4 %	13.0 %
	Superior	74.1 %	86.6 %	82.6 %

2.2. Instrumentos

En primer lugar, todos los sujetos rellenaron una pequeña encuesta sobre sus datos sociodemográficos básicos (edad, sexo estado civil, nivel socioeconómico, nivel de estudios, existencia de alguna enfermedad actual o pasada, tratamientos recibidos y existencia de algún acontecimiento vital significativo durante el último año). Todos los sujetos participaron voluntariamente y dieron su consentimiento explícito para participar en el estudio, a la vez que se garantizaba el anonimato de las respuestas. A continuación se realizaba la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1994). Se utilizó la SCID (First, et al., 1994) para establecer el diagnóstico de TOC en el grupo 1 y descartar la presencia de sintomatología patológica en el grupo 2.

Una vez formados los grupos se aplicaron los siguientes instrumentos:

- *Maudsley Obsessive Compulsive Inventory* (MOCI; Hodgson & Rachman, 1977): una escala de 30 ítems, a los que se responde Verdadero/Falso y que evalúa la presencia de características y gravedad de obsesiones y compulsiones. Contiene 4 subescalas: comprobación, limpieza, repetición y duda.

- *Yale-Brown Obsesive-Compulsive Scale* (Y-BOCS; Goodman et al., 1989b; Goodman et al., 1989a) es una entrevista semiestructurada que contiene una lista de síntomas y una escala de severidad. La lista de síntomas incluye una lista de 40 obsesiones y 29 compulsiones categorizadas según el contenido. La categoría de compulsiones contiene: limpieza/lavado, verificación, repetición, conteo, orden, acumulación, compulsiones mentales y una mezcla de varias. La escala de severidad contiene 10 ítems: 5 para obsesiones y 5 para compulsiones. Es un instrumento esencial en la evaluación del TOC porque nos da una medida de la severidad de los síntomas independiente del contenido y además es sensible a los cambios del tratamiento. Permite realizar comparaciones con otras investigaciones ya que su uso en este campo es muy amplio.
- *Inventario de Depresión de Beck* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) en su versión revisada de 1979 presenta 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad/intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de

mayor peso; de los 21 ítem, 15 hacen referencia a síntomas psicológico- -cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.

- *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; J. J. Miguel Tobal & Cano Vindel, 1986; J. M. Miguel Tobal & Cano Vindel, 1985, 1992)* es una prueba diseñada para evaluar la respuesta de ansiedad conjugando el Modelo Interactivo Multidimensional de la Ansiedad de Endler & Magnusson (1974) y el Modelo Tridimensional de P. J. Lang (1968). Está compuesto por 22 situaciones y 24 posibles respuestas de ansiedad correspondientes a los tres sistemas de respuesta (cognitiva, fisiológica y motora). El sujeto debe evaluar con una escala de tipo Likert la frecuencia con que aparecen dichas respuestas. Esta escala va de 0 (casi nunca) a 4 (casi siempre). Evalúa 8 escalas. Las tres primeras mostrarían la reactividad del sujeto en los tres sistemas de respuesta ante las distintas situaciones; así mismo nos proporciona la medida del rasgo o nivel general de ansiedad. Las otras cuatro corresponden a escalas que evalúan el rasgo específico del sujeto en cuatro áreas situacionales (ansiedad ante evaluación -F1-; ansiedad interpersonal -F2-; ansiedad fóbica -F3- ; y ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana -F4-).

- *Inventario de Valencia de Obsesiones y Creencias (IVOC)*; Belloch, Morillo, Carrió, & Cabedo, 2003), que evalúa aspectos similares al IACTA-TOC (e.g., sesgos cognitivos atencionales e interpretativos así como creencias específicas para el TOC).
- *Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad, subescala para el TOC (IACTA-TOC)*; Cano Vindel, 2004). El IACTA-TOC es un instrumento elaborado siguiendo un criterio racional a partir de la teoría de los Cuatro Factores de Ansiedad propuesta por M.W. Eysenck (1997). En la actualidad está en periodo de investigación en el Departamento de Psicología Básica II de la Universidad Complutense de Madrid. Consta de 21 ítems donde aparecen una serie de preguntas o cuestiones que van numeradas desde el 1. Mediante ellas se evalúa la frecuencia con que la persona tiene determinados pensamientos. Se le pide al sujeto que evalúe la frecuencia con la que tiene los pensamientos que se describen en cada uno de los ítems. Ésta se mide mediante una escala tipo Likert que va de 0 (casi nunca) a 4 (casi siempre).

2.3. Procedimiento

Reclutamos a la mayoría de los sujetos clínicos (TOC y otros trastornos de ansiedad) a lo largo de cinco años en un centro público de atención a la mujer. Además colaboraron con nosotros tres centros de psicología privados situados en el centro de Madrid a cuyos profesionales responsables informamos acerca del objeto de la investigación.

Los sujetos sanos se seleccionaron mediante la técnica de la bola de nieve. A las personas implicadas en el reclutamiento de sujetos se les había explicado previamente la importancia del estudio y su relación con el campo de las obsesiones. Así mismo, recibieron instrucciones detalladas sobre como obtener el consentimiento de los sujetos para participar en la investigación y sobre la forma de administrar el registro inicial de datos y los instrumentos de evaluación.

En primer lugar, debían pedir autorización expresa para utilizar los resultados con fines de investigación, informando de la confidencialidad de sus datos personales. La única explicación que debían dar a los posibles participantes era la siguiente "Se trata de una investigación sobre los pensamientos desagradables que tenemos todas las personas en algún momento y sobre qué cosas hacemos con ellos". Si la persona aceptaba, pasaba a cumplimentar los cuestionarios. Los colaboradores eran quienes explicaban las

instrucciones y nosotros nos ofrecimos con total disponibilidad para solucionar cualquier duda que pudiera surgirles.

3. Análisis y resultados

Para analizar la estructura del inventario se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación oblimin. La consistencia interna del inventario se calculó a partir del análisis del coeficiente alfa de Cronbach y mediante el método de las dos mitades. Con respecto al componente externo de la validez, se realizaron correlaciones bivariadas Pearson entre el IACTA – TOC y otras medidas relacionadas con la gravedad de las obsesiones y las compulsiones, la severidad de los síntomas obsesivos independiente de contenido, la actividad cognitiva específica de otros trastornos de ansiedad así como medidas de creencias características de las personas que padecen TOC.

Los análisis estadísticos se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

3.1. Análisis factorial

Como el número de factores no estaba determinado, nos proponemos averiguar si existen grupos de ítems con un significado común que puedan agruparse a partir de los datos recogidos en nuestra muestra y reducir así el número de dimensiones necesarias para explicar las respuestas de los sujetos.

En primer lugar, seleccionamos la muestra compuesta por los grupos 1 y 2 ($n = 138$), para realizar el análisis factorial, encontrando una solución de un máximo de tres factores. Los autovalores resultantes para estos dos factores son 12.44, 2.28 y 1.02 (59.24%, 10.61% y 4.87% de la varianza explicada respectivamente). Sin embargo, no existe un buen ajuste entre los datos y la estructura factorial ($Chi-cuadrado = 211.77$; $p < .001$). Pensamos que el hecho de que la estructura factorial no fuese clara quizás podría explicarse por la homogeneidad de las respuestas de los sujetos pertenecientes al grupo 2 (control _ sanos).

En segundo lugar, realizamos el análisis factorial seleccionando en este caso la muestra compuesta por el grupo 1 (sujetos TOC; $n = 45$). El análisis de contenido psicológico se realizó mediante un análisis factorial utilizando el método de extracción de componentes principales con rotación oblicua. Decidimos forzar dos factores que esperábamos que serían esenciales para entender la experiencia de ansiedad que manifiestan estos pacientes. Supusimos que las dos

subescalas estarían altamente correlacionadas, lo cual nos llevó a la realización de un análisis factorial con rotación oblimin que confirmara la estructura.

Para la muestra compuesta por los sujetos con TOC, todos los ítems explicaron un 46.56 % de la varianza total (VE). Los autovalores para estos dos factores fueron los siguientes: 5.82 y 1.98 (30.23% y 16.33% de la varianza explicada respectivamente). Aunque la prueba de bondad de ajuste nos indica que Chi-cuadrado es significativo y nos llevaría a rechazar esta estructura ($Chi-cuadrado = 99.97; p = .034$), sin embargo, sabemos que no es un índice apropiado porque esta prueba tiene tendencia a rechazar modelos que se ajustan a la estructura factorial.

En la Tabla 7 puede observarse como el Factor 1 está compuesto por un total de 8 ítems (1, 11, 12, 15, 16, 17, 19 y 20), los cuales explican un 30.23% de la varianza. Este factor parece evaluar una serie de pensamientos relacionados con el malestar subjetivo asociado a la presencia de pensamientos intrusos (MALESTAR). El segundo factor está compuesto por un total de 7 ítems (2, 9, 10, 13, 14, 18 y 21), los cuáles explican un 16.33% de la varianza. Este factor parece evaluar interpretaciones que los sujetos realizan a partir de sus propios pensamientos (NICIONES).

Tabla 7. Análisis Factorial Exploratorio (Oblimin), correlación Ítem-Total (r), alfa de Cronbach sin el ítem (α), media y desviación típica de cada ítem

Ítems	MALESTAR	METACOG.	h ²	r	α	M	SD
1. Intento suprimir ciertos pensamientos intrusos, que me invaden, no me gustan me obsesionan y me producen tensión	-	-	.01	.60	.80	2.8	1.1
2. Doy mucha importancia a los pensamientos que me obsesionan		.26	.07	.85	.87	3.2	0.9
9. Pienso que es muy probable que mis pensamientos obsesivos se puedan hacer		.87	.76	.85	.82	2.6	1.3
10. Imagino con gran viveza e intensidad escenas relacionadas con pensamientos		.92	.72	.81	.82	2.5	1.3
11. Pienso que es insoportable el malestar que me producen algunos pensamientos	.37		.42	.85	.73	2.8	1.1
12. Creo que realizo algunas conductas con el fin de eliminar mis pensamientos y mi malestar	.43		.33	.73	.74	2.8	1.2
13. Dedico mucha atención a lo que pienso y me cuesta romper con mis obsesiones y ritos, para hacer una vida normal fuera de mi mundo		.61	.36	.88	.84	3.2	0.8
14. Creo que a veces confundo mis pensamientos con la realidad		.75	.50	.81	.84	2.3	1.4
15. Me pregunto por qué tengo que tener yo estos pensamientos tan molestos	.88		.68	.85	.69	3.0	1.1
16. Creo que si los demás se esteraran de lo que pienso me rechazarían	.47		.20	.66	.78	2.3	1.4
17. Creo que debería conseguir controlar los pensamientos que me perturban		.44	.29	.88	.84	3.5	0.7
18. Creo que cuando más se repite un pensamiento, es más probable que llegue a		.47	.40	.80	.85	2.3	1.4

19. Cuando leo o me entero de algún suceso relacionado con mis temores, se disparan mis preocupaciones	.99	.97	.86	.67	3.1	1.0
20. Pienso que soy una persona fácilmente sugestionable, pues me afectan bastante ciertas imágenes emocionales	.62	.42	.76	.70	2.9	1.2
21. Presto mucha atención y estoy en alerta ante ciertas situaciones relacionadas con mis pensamientos		.84	.84	.90	3.2	0.8
Autovalores	5.8	2.0				
% varianza total	30.23	13.33				
% varianza acumulada	30.23	46.56				
Correlación entre factores IACTA-TOC y la puntuación total IACTA-TOC	.88**	.88**				
Correlación entre factores MALESTAR - METACOGNICIONES	.56**					

*Método de extracción: Máxima verosimilitud

** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

3.2. Fiabilidad

Para analizar la fiabilidad del inventario calculamos la consistencia interna. Antes de realizar los análisis, eliminamos los ítems correspondientes al orden 3 al 8, debido a que representaban aspectos relacionados con el contenido específico de las obsesiones, que suponemos que presentarán variaciones dependiendo del subtipo.

La consistencia interna del inventario, entendida como indicador indirecto de la fiabilidad, se midió utilizando dos métodos diferentes: el coeficiente alfa de Cronbach y la correlación entre las dos mitades del mismo.

3.2.1. Alfa de Cronbach

El coeficiente de alfa de Cronbach tomando la muestra total proporcionó un índice de .96. Cuando se realizó el análisis eliminando los sujetos con otros trastornos de ansiedad (TA), encontramos un índice de .97 ($n = 138$).

Así mismo, se analizó la consistencia interna de las dos subescalas (MALESTAR y METACOGNICIONES), mediante el coeficiente alfa de Cronbach. La consistencia interna de la subescala MALESTAR fue .91 tomando la muestra total ($N = 172$) y .93 si eliminamos la submuestra compuesta por los TA ($n = 138$). La consistencia interna para la subescala de metacognición fue .95 tomando la muestra total ($N = 172$) y .96 cuando filtramos los casos con TA ($n = 138$).

Por otro lado, para analizar la relación entre las dos subescalas se realizó una correlación de Pearson entre ambas. La correlación obtenida para la muestra de TOC ($n = 45$) fue de .56 mientras que cuando se toma la muestra en su conjunto, eliminando otros TA ($n = 138$), se obtiene una correlación de .83. Ambas correlaciones fueron significativas al nivel de .01.

3.2.2. Método de las dos mitades

Calculamos de nuevo la consistencia interna, en este caso mediante la correlación entre las dos mitades del inventario utilizando el coeficiente de Spearman-Brown. Para ello, se ordenaron los ítems del inventario por índice de atracción o lo que es lo mismo, por la media del ítem. Se excluyeron los ítems comprendidos entre el orden 3 - 8 por las razones anteriormente expuestas.

A la luz de los resultados, podemos concluir que la correlación entre las dos mitades calculada mediante la correlación de Spearman- Brown fue .89 para el grupo clínico compuesto por los sujetos con TOC (n = 45) y de .95 para la muestra tomada en su conjunto eliminando el grupo de TA (n = 138).

En la Tabla 8 se puede observar un resumen del valor de la consistencia interna del IACTA-TOC para cada submuestra y para las dos subescalas del IACTA-TOC.

Tabla 8. Resultados del análisis de la fiabilidad entendida como consistencia interna

Grupo	Alfa de Cronbach			Método dos mitades			n
	MALESTAR	METACOG	IACTA-TOC	MALESTAR	METACOG	IACTA-TOC	
TOC	.77	.82	.86	.81	.87	.89	45
Control-sanos	.85	.88	.93	.84	.84	.92	94
Control-TA	.86	.90	.94	.86	.90	.94	33
N	.93	.95	.97	.93	.94	.95	172

3.2.3. Test-Retest

Nos propusimos evaluar si la aplicación del inventario produce resultados consistentes cuando se aplica en distintas ocasiones. Con este objetivo, analizamos la repetibilidad o fiabilidad test-retest del inventario.

Aplicamos el inventario en dos ocasiones a 34 sujetos de la muestra control dejando un intervalo de tiempo entre el test y retest de 24 semanas. Pensamos que era un tiempo lo suficientemente largo como para controlar el efecto del posible recuerdo de las respuestas expuestas en la primera ocasión y lo suficientemente corto como para que no se produjeran variaciones en las variables estudiadas.

Obtuvimos una correlación entre la aplicación del IACTA-TOC en ambos momentos de .83 ($r_{xx} = .83$).

3.2.4. Estadísticos descriptivos de los elementos

Para averiguar cuales de los ítems son más característicos del TOC, calculamos la media y desviación típica de cada uno de los ítems. A partir de los valores obtenidos podemos observar que los ítems más característicos para el TOC, ordenados según la media aritmética son los siguientes: 17, 13, 21, 2 ,19 y 15. Dichos elementos hacen referencia a intentos de control sobre los pensamientos que generan malestar, tendencia a prestar una excesiva atención a los propios pensamientos, estado de alerta respecto de los propios pensamientos, importancia otorgada a los mismos así como un alto nivel de sugestionabilidad como rasgo de la personalidad.

Por el contrario, los ítems 8, 7, 6, 4 y 3 presentan medias más bajas. Sospechamos que quizá se debe a que hacen referencia a sintomatología específica que suele ser diferente para cada persona y subtipo dentro del trastorno. Cuando eliminamos estos ítems para realizar el análisis, encontramos que los ítems 14, 16, 18, 9 y 10 son los que reciben una menor puntuación para el trastorno (véase Tabla 9 para más información).

Tabla 9. Estadísticos descriptivos de los ítems.

Ítems	Grupo					
	TOC (n=45)		Sanos (n=94)		TA (n=33)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Pensamientos						
1. Intento suprimir ciertos pensamientos intrusos, que me invaden, no me gustan, me obsesionan y me producen tensión.	2.80	1.12	1.12	1.14	2.41	1.26
2. Doy mucha importancia a los pensamientos que me obsesionan.	3.20	0.92	0.97	1.03	2.47	1.07
3. Dedico mucho tiempo a pensamientos relacionados con limpieza	1.90	1.49	0.66	0.92	0.53	0.87
4. Dedico mucho tiempo a pensamientos relacionados con orden (cajones, casa, trabajo,...)	1.68	1.47	0.78	0.90	1.09	1.08
5. Dedico mucho tiempo a pensamientos relacionados control (cerrar puertas, gas,...)	2.44	1.43	0.73	0.93	1.06	1.24
6. Dedico mucho tiempo a pensamientos relacionados contaminación (microbios)	1.61	1.46	0.35	0.68	0.25	0.44
7. Dedico mucho tiempo a pensamientos relacionados enfermedad (SIDA,...)	1.51	1.51	0.46	0.80	0.84	1.16
8. Dedico mucho tiempo a pensamientos relacionados con pérdida de control (hacer daño,...)	1.49	1.50	0.39	0.88	1.31	1.53
9. Pienso que es muy probable que mis pensamientos obsesivos puedan hacerse realidad.	2.44	1.34	0.41	0.73	1.56	1.31
10. Imagino con gran viveza e intensidad escenas relacionadas con pensamientos obsesivos	2.44	1.32	0.49	0.87	1.44	1.21
11. Pienso que es insoportable el malestar que me producen algunos pensamientos	2.78	1.12	0.51	0.81	1.78	1.33
12. Creo que realizo algunas conductas con el fin de eliminar mis pensamientos y mi malestar	2.78	1.13	0.82	1.01	1.84	1.24
13. Dedico mucha atención a lo que pienso y me cuesta romper con mis obsesiones y ritos, para hacer una vida normal, fuera de mi mundo interno	3.20	0.81	0.52	0.87	1.81	1.42
14. Creo que a veces confundo mis pensamientos con la realidad	2.32	1.38	0.40	0.77	1.38	1.21
15. Me pregunto por qué tengo que tener yo estos pensamientos tan molestos	2.95	1.16	0.51	0.94	1.94	1.60

16. Creo que si los demás se enteraran de lo que pienso me rechazarían	2.22	1.37	0.32	0.64	1.09	1.20
17. Creo que debería conseguir controlar los pensamientos que me perturban	3.40	0.74	0.98	1.15	2.78	1.26
18. Creo que cuando más se repite un pensamiento, es mas probable que llegue a hacerse realidad	2.07	1.45	0.30	0.62	1.22	1.43
19. Cuando leo o me entero de algún suceso relacionado con mis temores, se disparan mis preocupaciones	3.05	1.07	0.74	0.99	1.53	1.41
20. Pienso que soy una persona fácilmente sugestionable, pues me afectan bastante ciertas imágenes emocionales	2.88	1.16	1.15	1.13	1.72	1.30
21. Presto mucha atención y estoy en alerta ante ciertas situaciones relacionadas con mis pensamientos	3.24	0.76	0.99	1.00	1.78	1.35

3.2.5. Estadísticos total-elemento

Nos planteamos estudiar la relación que tiene cada ítem con el inventario, así como su relación con la subescala a la que pertenece. Para ello, calculamos el índice de homogeneidad, es decir, las correlaciones entre la puntuación obtenida en cada ítem y la puntuación total obtenida en el IACTA-TOC. Además, se calcula la correlación entre cada ítem y la subescala a la que pertenece.

La mayoría de correlaciones existentes entre cada ítem y el resto, son superiores a .30 considerándose valores adecuados. Quizás el ítem 1 podría eliminarse desde el punto de vista estadístico. Sin embargo, decidimos no eliminarlo debido a que el contenido del mismo es muy relevante para el mantenimiento de las obsesiones según lo constatan diversos autores (Wegner, 1989; Wenzlaff & Luxton, 2003). Además, consideramos que la ganancia de eliminarlo era irrelevante. Probablemente, este ítem no nos sirva para discriminar entre TOC de distinto grado pero sí entre sujetos que lo padecen y los que no.

En este sentido, se considera que la supresión deliberada de pensamientos es una forma de control mental que tiene como consecuencia un aumento de los pensamientos intrusos. Este efecto se explica por la Teoría del Proceso Irónico del Control Mental "Theory of Ironic Processes of Mental Control", que establece que intentar suprimir pensamientos intrusos no deseados, tiene un efecto

paradójico basado en un incremento de la frecuencia de los mismos (Wegner, 1989, 1992, 1994; Wegner & Zanakos, 1994; Wenzlaff & Luxton, 2003).

Tabla 10. Estadísticos total-elemento. Grupo 1

Índices de homogeneidad corregidos		
Ítems Subescala MALESTAR	Con la escala total	Con la subescala
1	.56	.18
11	.81	.50
12	.73	.38
15	.83	.61
16	.63	.31
17	.85	.49
19	.87	.80
20	.73	.62
Ítems Subescala METACOG	Con la escala total	Con la subescala
2	.80	.22
9	.86	.79
10	.84	.70
13	.85	.54
14	.82	.60
18	.77	.54
21	.88	.65

3.3. Validez

3.3.1. Validez convergente

Con el fin de determinar si el inventario IACTA-TOC está relacionado con otras medidas psicopatológicas que pueden estar asociadas al trastorno obsesivo-compulsivo, realizamos correlaciones bivariadas entre el inventario y distintas medidas. Entre ellas, seleccionamos una medida de gravedad e intensidad de depresión (BDI), una medida de ansiedad que nos proporcionaba información acerca de los tres sistemas de respuesta así como una medida del nivel o rasgo de ansiedad (ISRA). Además utilizamos un inventario que ha demostrado su validez y fiabilidad adecuada y es considerado como uno de los inventarios de elección para evaluar las creencias disfuncionales específicas para el TOC (IVOC).

El inventario IACTA-TOC correlacionó positivamente y de forma significativa con todas las medidas propuestas excepto con la medida de depresión, variable que pretendíamos controlar.

Observamos que la correlación más alta y significativa ($p < .01$) se da con la puntuación total en el IVOC obteniendo una correlación de .80. En cuanto a las diferentes subescalas del IVOC, la correlación entre el IACTA-TOC y la subescala de Sobreestimación del Peligro (SP) fue .67, $p < .05$, en la subescala de Intolerancia a la Incertidumbre (P-II) fue .88, $p < .01$, con el sesgo Fusión

Pensamiento-Acción relacionado con la Moral (TAF-M) fue $.77$, $p < .001$.

La correlación entre la subescala del IACTA-TOC llamada *Metacognición* (METACOGNICIONES) y la subescala de *Sobreestimación del peligro* (SP) fue $.64$, $p < .05$, y con la subescala de *Responsabilidad e Importancia de Controlar los Pensamientos* (RE-ICP) fue $.63$, $p < .01$, ambas subescalas del IVOC. En la Tabla 11 puede observarse un resumen de las correlaciones con todas las medidas, en el grupo TOC ($n = 45$).

Tabla 11. Correlaciones entre el IACTA-TOC y otras variables psicopatológicas en el grupo TOC.

Variable	IACTA-TOC	Factor 1 MALESTAR	Factor 2 METACOGNICIONES
BDI	.01	.29	.27
TAF-P	.45	.25	.53
P-II	.88 **	.67	.89
SP	.67*	.55	.64*
TAF-M	.77***	.51	.83
RE-ICP	.57	.36	.63*
SIP	.41	.33	.40
RI	.50	.27	.57
IVOC	.80**	.55	.84**

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

3.3.2. Validez discriminante

Para analizar la validez discriminante realizamos un análisis de varianza tomando como variables dependientes la puntuación total en el IACTA-TOC, así como la puntuación obtenida en las dos subescalas que lo componen. Como variables independientes tomamos los tres grupos de sujetos que componen la muestra total.

Tal como podemos apreciar en la Tabla 12, podemos observar que la fuente de variación *grupo* tiene efectos significativos para todas las variables dependientes seleccionadas. Encontramos diferencias significativas entre algunos de los tres grupos para la puntuación total en el IACTA-TOC, $F = 60.79$, $p < .001$, para la subescala *MALESTAR*, $F = 53,27$, $p < .001$, y para la subescala *METACOGNICIONES*, $F = 54.07$, $p < .001$. También encontramos efectos significativos en la puntuación total del *ISRA*, $F = 16.23$, $p < .001$.

Las diferencias específicas entre los tres grupos se evaluaron mediante la prueba "post hoc" de comparaciones múltiples de Bonferroni entre las medias de los valores en el IACTA-TOC, así como en las dos subescalas que lo componen. Un resumen de los resultados puede apreciarse en la Tabla 12.

El grupo TOC ($n = 45$) fue significativamente diferente del grupo 2 (control_sanos), $d = 40.71$, $p = .001$, así como del grupo

3 (control_TA), $d = 22.12$, $p = .001$, en las medias de los valores de la puntuación total del IACTA-TOC.

Encontramos también diferencias significativas entre las medias de los valores de las puntuaciones obtenidas en las dos subescalas entre los tres grupos. Así, para la subescala *MALESTAR* entre los grupos TOC ($n = 45$) y control_sanos, $d = 14.96$, $p = .001$, y entre los grupos TOC y TA, $d = 8.74$, $p = .001$. Para la subescala *METACOGNICIONES* entre los grupos TOC y control_sanos, $d = 18.02$, $p = .001$, y entre los grupos TOC y TA, $d = 8.40$, $p = .001$.

En cuanto a los valores obtenidos para el ISRA, encontramos que cuando lo tomamos como variable dependiente, encontramos que el grupo TOC es significativamente diferente del grupo control_sanos, $d = 23.09$, $p = .001$. Sin embargo, para el ISRA no encontramos diferencias significativas entre el grupo TOC y el grupo control_TA, $d = 5.40$, $p = 1.0$.

A la luz de los resultados podemos observar como el IACTA-TOC es capaz de discriminar entre sujetos que presentan un TOC de los sujetos que exhiben otros trastornos de ansiedad (especificidad).

Tabla 12. Medias y desviaciones típicas de los grupos y significación de las diferencias (ANOVA)

Variables dependientes	TOC		SANOS		TA		F	SIG.
	M	SD	M	SD	M	SD		
IACTA-TOC	41.80	10.00	10.27	9.75	26.75	14.40	60.79	0.001
MALESTAR	22.90	5.59	6.14	5.60	15.09	7.66	53.27	0.001
METACOG.	18.90	5.72	4.09	4.56	11.66	7.24	54.07	0.001
ISRA-T	228.62	103.46	117.48	73.70	212.17	127.78	16.22	0.001

Tabla 13. Diferencias específicas entre los tres grupos. Prueba "post hoc" de comparaciones múltiples de Bonferroni.

	IACTA-TOC		MALESTAR		METACOG.		ISRA-T	
	d	sig	d	sig	d	sig	d	sig
TOC - SANOS	40.71*	.001	14.98*	.001	18.02*	.001	123.09*	.001
TOC- TA	22.12*	.001	8.74*	.001	8.40*	.001	5.40	1.0
SANOS - TA	-18.59*	.001	- 5.24*	.001	-9.61*	.001	-117.68*	.001

3.3.3. Análisis de la covarianza (ANCOVA)

Debido a la alta comorbilidad entre el TOC y los síntomas depresivos, así como la presencia de un alto grado de ansiedad, consideramos necesario eliminar el posible efecto de la presencia de sintomatología depresiva, y de la ansiedad rasgo. A partir de la matriz de correlaciones podemos afirmar que las diferencias encontradas no se explican mejor por la presencia de síntomas depresivos medidos mediante el BDI.

Sin embargo, realizamos un análisis de covarianza ANCOVA para eliminar el posible efecto que pueda tener el rasgo de ansiedad, medido con el ISRA, sobre la variable dependiente (IACTA-TOC). Una vez eliminada la influencia del ISRA, podemos observar que las diferencias se deben únicamente a la fuente de variabilidad grupo, $F = 59,75, p = .001$.

3.3.4. Validez predictiva

Para examinar la validez predictiva, se aplicó un análisis de regresión lineal (pasos sucesivos), tomando como variables independientes las dos subescalas del IACTA-TOC, y como variable dependiente la puntuación total en el ISRA (isra-t).

Tomando la muestra de sujetos con diagnóstico de TOC ($n = 45$), la subescala que entró en la ecuación de regresión fue METACOGNICIONES ($R^2 = 0.13$). A partir de los resultados podemos afirmar que la variación en las metacogniciones específicas para el TOC explica el 13% de la variación en el nivel de ansiedad o rasgo de ansiedad medido con el ISRA (rasgo de ansiedad). El modelo es significativo ($p < .01$). La ecuación de regresión lineal resultante sería la siguiente:

$$\text{ISRA-T} = 121,07 + 7,40 \text{ METACOGNICIONES}$$

3.3.5. Validez diagnóstica. Sensibilidad y especificidad

Nos planteamos la hipótesis de si el IACTA-TOC podría llegar a utilizarse como "prueba diagnóstica" de modo que el inventario podría clasificarse como "bueno" si ofrece resultados positivos para los sujetos TOC y negativos en sujetos sanos y sujetos que presentan otros trastornos de ansiedad.

Para poner a prueba nuestra hipótesis nos planteamos analizar la validez del IACTA-TOC como prueba de detección de psicopatología obsesivo-compulsiva. Nuestro análisis se realizó mediante dos métodos complementarios: a) el análisis de los índices de sensibilidad (S) y especificidad (E), y b) el análisis de las curvas ROC.

Para ello determinamos el punto de corte que ofrecía una mayor discriminación entre los grupos para las dos subescalas y para la puntuación total en el inventario. Con un punto de corte de 38, cuando comparamos pacientes TOC versus pacientes controles (grupos sanos y TA) obtenemos una sensibilidad de 0.85 (85 %) y una especificidad de 0.07 (7%), una eficiencia de 0.87. El área bajo la curva ROC fue 0.981.

Para la escala de METACOGNICIONES, con un punto de corte de 17, obtenemos una sensibilidad de 0.646 (65%), una especificidad de 0.077 (7,7%), una eficiencia de 0.854 y un área bajo la curva ROC de 0.917.

Para la escala MALESTAR, obtenemos una sensibilidad de 0.805 (80%), una especificidad de 0.106 (10%), una eficiencia de 0.872 y un área bajo la curva ROC de 0.927.

Cuando utilizamos el IACTA-TOC como instrumento diagnóstico para el TOC podemos predecir que un 85% de los sujetos con TOC serán clasificados como tales (sensibilidad) y solamente un 7% de sujetos enfermos serán clasificados como sanos (falsos positivos). Un resumen de los indicadores de la precisión global medidos mediante el área bajo la curva ROC del IACTA-TOC puede observarse en la Tabla 14.

Figura 6. Análisis estadístico de las curvas ROC para el IACTA-TOC y sus subescalas MALESTAR Y METACOGNICIONES.

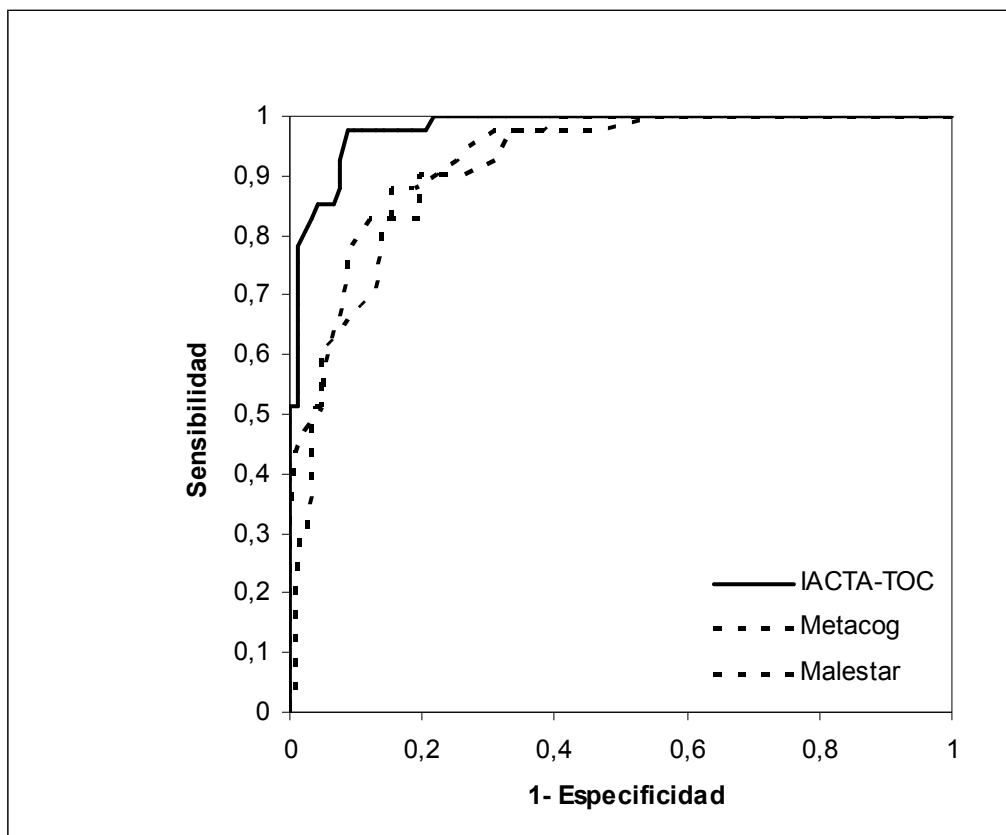


Tabla 14. Puntos de corte, área bajo la curva y eficiencia del IACTA-TOC.

	Área bajo la curva	Punto de corte	Eficiencia
IACTA-TOC	0.981	38	0.870
METACOG.	0.917	17	0.854
MALESTAR	0.927	19	0.872

4. Discusión y conclusiones

El objetivo de este estudio es analizar las propiedades psicométricas y por tanto la utilidad clínica, del Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad, subescala para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (IACTA-TOC; Cano Vindel, 2004) en una muestra de pacientes diagnosticados de TOC.

El IACTA-TOC parte del intento de desarrollar un instrumento siguiendo un criterio racional enmarcado en la teoría de los cuatro factores de ansiedad de M.W. Eysenck (1997), cuyo planteamiento teórico principal es que el nivel de ansiedad experimentada por una persona viene determinada por cuatro fuentes de información diferentes.

La fuente de información más importante es la valoración cognitiva de la situación, planteada anteriormente por Lazarus (1991). En el caso del TOC viene determinado fundamentalmente por la forma en que las cogniciones basadas en la memoria a largo plazo (e.g., preocupaciones) son percibidas e interpretadas por la persona. El modelo postula que los sujetos con TOC sesgarán atencional e interpretativamente sus propias cogniciones y pensamientos.

El IACTA-TOC es una prueba de autoinforme que hemos diseñado y validado para evaluar la tendencia a atender con una alta frecuencia los pensamientos que se van haciendo progresivamente más amenazantes y se van asociando cada vez más con mayor

activación fisiológica, malestar y conductas desajustadas (Cano Vindel, 2001).

La prueba consta de 21 ítems agrupados en dos factores independientes que según los resultados de nuestro análisis se identifican con dos dimensiones generales de la actividad cognitiva específica para el TOC: MALESTAR y METACOGNICIONES. Estos análisis se mantuvieron idénticos cuando se realizó de forma separada para hombres y mujeres que tampoco difirieron en las puntuaciones medias de las dimensiones analizadas.

El análisis de fiabilidad mostró que el inventario es muy consistente y repetible al menos con un intervalo de un mes. Los ítems que resultaron más característicos del TOC, ordenados según su media aritmética son los siguientes: el ítem 17 "*Creo que debería controlar los pensamientos que me perturban*", el ítem 21 "*Presto mucha atención y estoy en alerta ante ciertas situaciones relacionadas con mis pensamientos*", el ítem 13 "*Dedico mucha atención a lo que pienso y me cuesta romper con mis obsesiones y ritos, para hacer una vida normal fuera de mi mundo interno*", y el ítem 2 "*Doy mucha importancia a los pensamientos que me obsesionan*".

Por el contrario, los ítems que presentaron medias más bajas fueron aquéllos referentes a sintomatología específica que suele ser diferente para cada persona y subtipo dentro del trastorno (e.g.,

“Dedico mucho tiempo a pensamientos relacionados con el orden”). Cuando eliminamos estos ítems encontramos que los que presentaron medias más bajas fueron aquellos relacionados con el sesgo fusión pensamiento-acción (e.g., “Creo que a veces confundo mis pensamientos con la realidad”), que por otra parte es considerado en la literatura científica como uno de los más característicos en los estados obsesivos (Leahy, 2004 y Rachman, 1993a).

Una de las posibles explicaciones sería que el sesgo fusión pensamiento-acción forme parte de una dimensión más general: sobrestimar la importancia de los propios pensamientos, hipótesis mantenida por el grupo de investigación Obsessive-Compulsive Cognition Working Group (O-CCWG).

En cuanto a la validez de constructo, los resultados preliminares obtenidos indican que el IACTA-TOC posee una excelente validez convergente, puesta de manifiesto mediante las significativas correlaciones que mantuvo con el IVOC, cuestionario ampliamente utilizado en la clínica que se ha mostrado fiable y válido para rastrear todas las dimensiones de creencias que se postulan como relevantes para la comprensión del TOC.

Observamos que la correlación más alta y significativa se da con la puntuación total en el IVOC. Las correlaciones más altas y significativas entre el IACTA-TOC y el IVOC se dan con las dimensiones de perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre,

sobreestimación del peligro y fusión pensamiento acción de tipo moral. Estas mismas dimensiones predijeron manifestaciones clínicas de obsesión (medidas con el MOCI) en un estudio realizado por Belloch et al. (2003).

Sin embargo, cuando realizamos las correlaciones entre el IVOC y las dos subescalas del IACTA-TOC por separado encontramos que las correlaciones más significativas y elevadas encontradas en los pacientes TOC se dan con la subescala METACOGNICIONES y son las siguientes: sobreestimación del peligro y responsabilidad e importancia para controlar los pensamientos. Sin embargo, no se encuentran correlaciones significativas con la dimensión fusión pensamiento-acción.

Igualmente, el IACTA-TOC correlacionó con dos medidas ampliamente utilizadas en contextos clínicos para valorar la presencia de obsesiones (MOCI e Y-BOCS).

Una de las aportaciones más relevantes de nuestro inventario es la capacidad de discriminar no solamente entre sujetos que presentan un TOC y sujetos sanos, sino también entre aquéllos que presentan otros trastornos de ansiedad tal como se desprende del análisis de validez discriminante.

Otra de las utilidades más interesantes del inventario es la posibilidad de utilizarlo como instrumento de cribado para la detección del TOC registrando una eficiencia diagnóstica media del

88.5%. Es decir, cuando utilizamos el IACTA-TOC como instrumento diagnóstico para el TOC podemos predecir que un 85% de los sujetos con TOC serán clasificados como tales (promedio de sensibilidad) y solamente un 7% de sujetos enfermos serán clasificados como sanos.

Como muestran los análisis de validez discriminante el grupo TOC fue significativamente diferente no solamente del grupo de sujetos sanos sino del grupo compuesto por otros trastornos de ansiedad, en las medias de los valores de la puntuación total del IACTA-TOC. Encontramos también diferencias significativas entre las medias de los valores de las puntuaciones obtenidas en las dos subescalas entre los tres grupos.

En cuanto a los valores obtenidos cuando utilizamos un instrumento diseñado para evaluar la ansiedad (ISRA), no encontramos diferencias significativas entre el grupo TOC y el grupo compuesto por otros trastornos de ansiedad. Este hallazgo es importante porque avala la necesidad de desarrollar y utilizar instrumentos específicos para el TOC en la práctica clínica.

Entre las dos dimensiones de actividad cognitiva que evalúa el inventario, la que predijo un nivel de ansiedad más elevado (evaluadas con el ISRA) fue METACOGNICIONES, subescala compuesta por pensamientos acerca de los propios pensamientos (actividad metacognitiva), o metacogniciones específicas para el TOC.

Aplicamos el inventario a población clínica, aspecto que consideramos necesario para llegar a conclusiones razonablemente seguras. Sin embargo, reconocemos que nuestro estudio se centra principalmente en “casos puros” ignorando otros factores como la comorbilidad, cuya presencia es bastante común en el TOC así como en la mayoría de los trastornos de ansiedad. No obstante cabe señalar que existe evidencia a favor de la especificidad de los sesgos cognitivos a pesar de la comorbilidad (Logan y Goetsch 1993; M.W. Eysenck, 1997).

Estudio 2

Análisis de la relación entre actividad cognitiva y nivel de ansiedad

"Nuestras dudas son traidores que muchas veces nos hacen perder el bien que podríamos ganar si no temiéramos buscarlo"

William Shakespeare



1. Objetivo e hipótesis

El objetivo que nos planteamos en este apartado es estudiar la relación entre actividad cognitiva medida mediante el IACTA-TOC y el nivel de ansiedad, medido mediante el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Cano-Vindel & J. J. Miguel-Tobal, 1999) para conocer en qué medida los pacientes con TOC incluidos en nuestra muestra presentan una actividad cognitiva característica del trastorno en función de sus niveles de ansiedad.

Hipótesis 1: Los distintos grupos seccionados en nuestra muestra (VI.) arrojarán diferencias en cuanto a la actividad cognitiva en el TOC, medido mediante las puntuaciones directas el IACTA-TOC (VD.). Los sujetos con TOC obtendrán puntuaciones más elevadas en el IACTA-TOC que los sujetos control y que los sujetos con otros trastornos de ansiedad (VI.).

Hipótesis 2: Los sujetos con TOC obtendrán puntuaciones más elevadas en el ISRA que los sujetos sanos.

Hipótesis 3: Las puntuaciones en el ISRA (VD.) se pueden predecir a partir de las puntuaciones en el IACTA-TOC y el IVOC (VI.).

2. Método

Para poner a prueba tanto la hipótesis 1 como la hipótesis 2 se realiza un análisis de varianza univariante utilizando el estadístico F aplicando la corrección de Bonferroni.

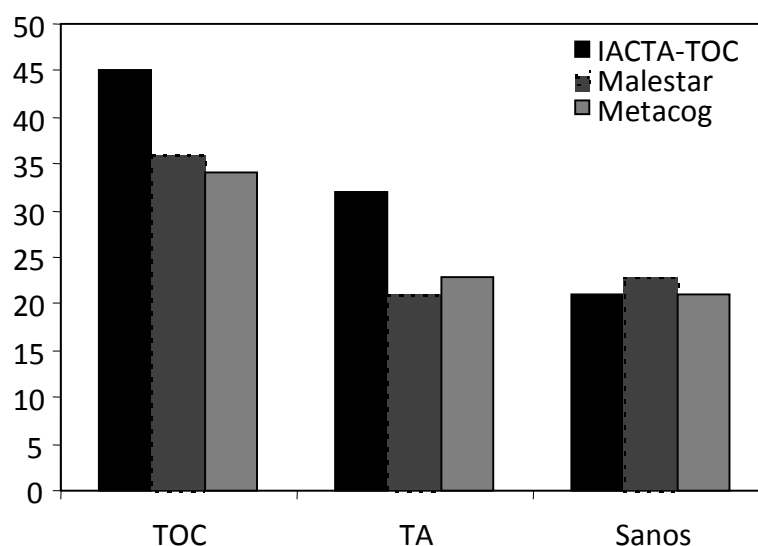
Además, calculamos el tamaño del efecto mediante el estadístico Eta al cuadrado (η^2). Este estadístico nos dará información acerca de cuánto de la variable dependiente (ISRA e IACTA-TOC) se puede controlar, predecir o explicar por la variable independiente (grupo). Nos permite conocer más allá de la significación estadística, la magnitud de la diferencia y en definitiva la relevancia práctica.

Para poner a prueba la hipótesis 3 se realizó un análisis de regresión tomando toda la muestra total y siguiendo el procedimiento de los pasos sucesivos.

3. Resultados

Hipótesis 1: podemos concluir que las diferencias en cuanto a la actividad cognitiva medida mediante el IACTA-TOC son significativas, $F = 81.06$, $p < .001$. La magnitud de la diferencia o tamaño del efecto fue $\eta^2 = .602$. Los resultados pueden observarse gráficamente en la Figura 7.

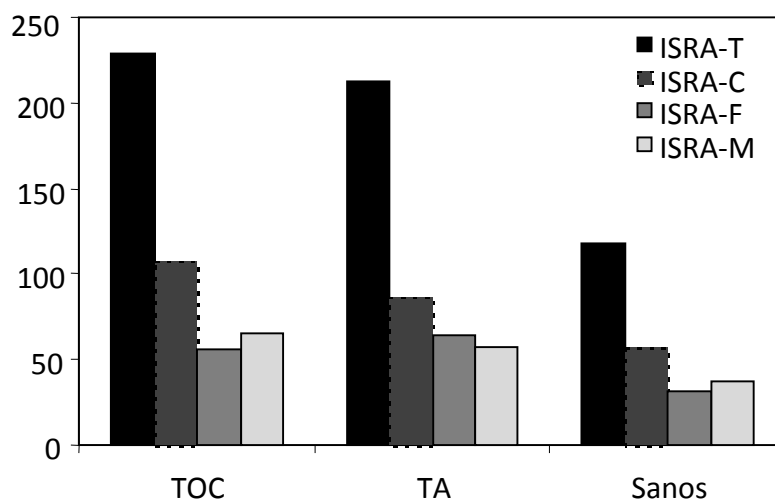
Figura 7. Diferencias intergrupo en actividad cognitiva medida mediante el IACTA-TOC. Prueba de Bonferroni.



Grupos	IACTA-TOC	Malestar	Metacog.
TOC (n=45)	45	36	34
TA (n=33)	32	21	23
Sanos (n=94)	21	23	21

Hipótesis 2: las diferencias encontradas en cuanto al nivel de ansiedad entre los sujetos TOC ($n = 45$) y los sujetos control sanos ($n = 94$) son significativas, $F = 16.23$, $p < .001$. El tamaño del efecto fue $\eta^2 = .584$. En la figura 8 puede verse una representación gráfica de los resultados.

Figura 8. Diferencias intergrupo en nivel de ansiedad medida mediante el ISRA. Prueba de Bonferroni.



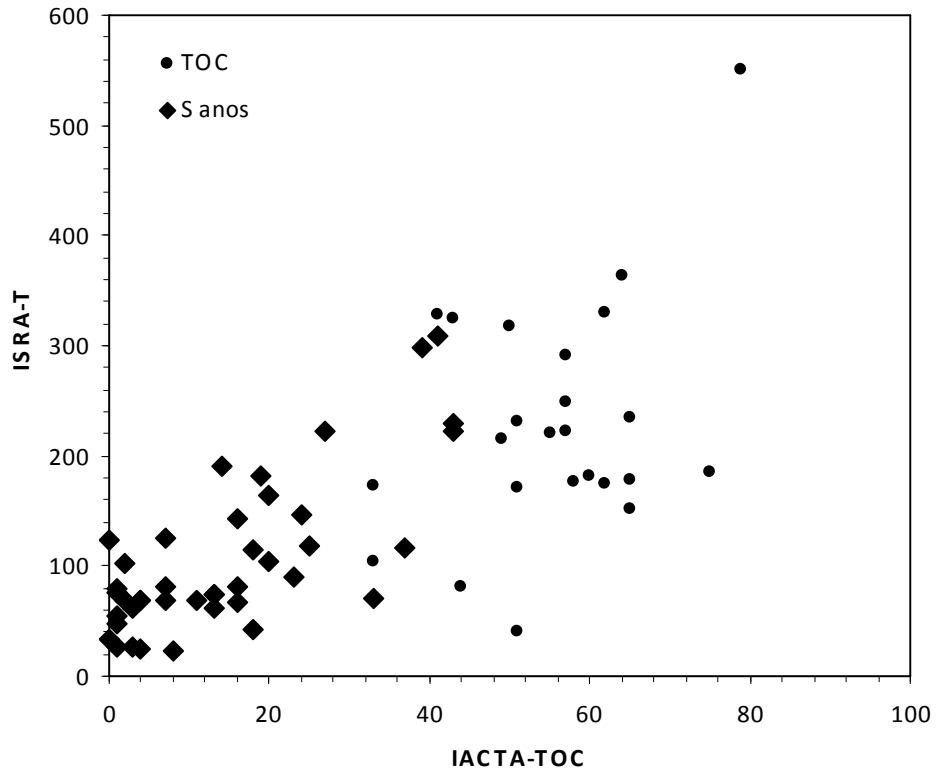
	ISRA-T	ISRA-C	ISRA-F	ISRA-M
TOC	228,62	107,86	56,06	66
TA	212,17	86,38	64,17	57,77
Sanos	117,48	57,46	30,99	37,21

En cuanto a la hipótesis 3 los resultados del análisis de regresión lineal arrojan resultados a partir de los cuales podemos afirmar lo siguiente: para los sujetos que presentan TOC, únicamente el 13% de la varianza del ISRA está explicada a partir del IACTA-TOC ($R = .36$; $VE = 13\%$).

Tabla 15. Tabla resumen del análisis de regresión

	B	Error tip.	R	R ²	Sig.
METACOG.	7.40	88.54	.36	.13	.01
MALESTAR	-1.46	4.13			
(Constante)	121.07	88.54			

Figura 9. Predicción del nivel de ansiedad (VD) a partir de las puntuaciones en el IACTA-TOC (VI).
Diagrama de dispersión



4. Discusión y conclusiones

Conclusiones Hipótesis 1: Una vez demostrado en el estudio 1 que el IACTA-TOC es un instrumento fiable y válido para evaluar la actividad cognitiva específica para el TOC, nos planteamos resolver los siguientes interrogantes: ¿Existen diferencias significativas entre pacientes con TOC y sujetos sanos cuando aplicamos el IACTA-TOC? ¿Estas diferencias se mantienen cuando comparamos los pacientes con TOC con los pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad? o dicho con otras palabras, ¿existen ciertas creencias e interpretaciones específicas para el TOC dentro de los trastornos de ansiedad?

A la luz de los resultados obtenidos en el análisis preliminar de la validez discriminante del IACTA-TOC (pág. 126), la respuesta a estas cuestiones es afirmativa, confirmando así nuestra hipótesis 1. Además, podemos afirmar que el tamaño del efecto de estas diferencias es alto. De manera que un 60,2 % de las diferencias encontradas se deben a la VI (grupo).

Respecto a las diferencias encontradas en nuestro estudio entre el grupo de pacientes con TOC y el grupo de sujetos sanos, podemos señalar que nuestros resultados son congruentes con los planteamientos de Salkovskis, Richards y Forrester (1995) que afirman que los pensamientos intrusos, presentes en la población normal, aumentan en intensidad y frecuencia cuando activan determinados sesgos interpretativos específicos.

Además, las diferencias encontradas entre pacientes con TOC y sujetos con otros trastornos de ansiedad en las puntuaciones obtenidas mediante el IACTA-TOC, avalan el planteamiento de M.W. Eysenck (2007) a partir del cuál podemos identificar distintos trastornos de ansiedad en función de la fuente de información específica y los sesgos aplicados a la misma. En el caso del TOC se confirma que la fuente de información básica son los propios pensamientos o cogniciones.

Nuestros hallazgos también son congruentes con las condiciones necesarias que plantean Purdon y Clark (1993) dentro del modelo del appraisal aplicado al TOC:

En cuanto a la primera condición encontramos evidencia acerca de la existencia de pensamientos intrusos no sólo en la muestra de pacientes TOC sino también en los grupos controles formados por sujetos sanos y sujetos con otros trastornos de ansiedad.

En cuanto a la segunda condición, el modelo identifica como condición necesaria la existencia de una relación específica entre los pensamientos intrusos y las obsesiones, es decir, que las correlaciones encontradas entre los pensamientos intrusos y medidas específicas para el TOC sean más elevadas que las correlaciones entre pensamientos intrusos y medidas de ansiedad general (ISRA).

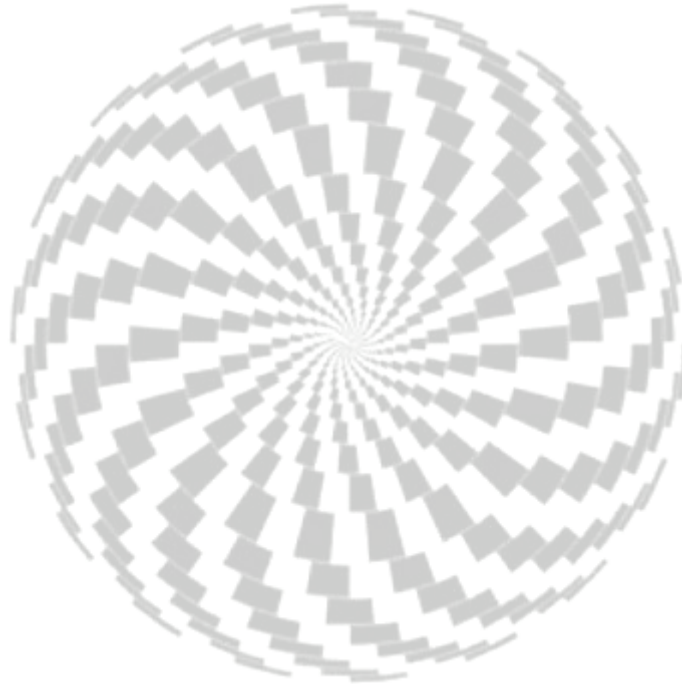
En este sentido, podemos afirmar que en cuanto a los valores obtenidos para la subescala total del ISRA (ansiedad rasgo), encontramos que cuando la tomamos como variable dependiente, el

grupo TOC es significativamente diferente del grupo control_sanos, $d = 23.09$, $p = .001$. Sin embargo, no encontramos diferencias significativas entre el grupo TOC y el grupo control_TA, $d = 5.40$, $p = 1.0$.

Conclusiones Hipótesis 2: En cuanto al nivel de ansiedad, encontramos que los sujetos TOC obtienen puntuaciones significativamente más altas en el ISRA que los sujetos sanos. Igualmente la magnitud del efecto de las diferencias es alto. Sin embargo, no podemos discriminar pacientes con TOC y otros trastornos de ansiedad aplicando esta medida.

En resumen, mientras el IACTA-TOC es capaz de discriminar entre sujetos que presentan un TOC de los sujetos que exhiben otros trastornos de ansiedad (especificidad), cuando utilizamos el ISRA no encontramos diferencias entre ambos grupos.

Conclusiones Hipótesis 3: El análisis de regresión lineal arroja resultados que nos llevan a concluir que no podemos predecir el nivel de ansiedad de una persona a partir de las puntuaciones obtenidas en el IACTA-TOC.



III Discusión y conclusiones finales

"Una velada en que todos los presentes estén absolutamente de acuerdo, es una velada perdida"

Albert Einstein

Nuestro estudio se enmarca dentro de una línea de investigación actual que se centra en el desarrollo de modelos de vulnerabilidad cognitiva específicos para cada trastorno, así como su contrastación empírica, el desarrollo de instrumentos de evaluación como el IACTA (Cano Vindel, 2001), una terapia cognitiva centrada en dichos modelos y la demostración de la eficacia de esta modalidad de tratamiento.

Este enfoque plantea un cambio de perspectiva en la evaluación de los trastornos de ansiedad centrado en la necesidad de desarrollar, validar y utilizar instrumentos específicos para cada trastorno en la práctica clínica.

Los resultados de nuestro estudio arrojan evidencia a favor del enfoque cognitivo que resalta la necesidad de desarrollar instrumentos de evaluación y tratamientos específicos para el trastorno obsesivo-compulsivo. Encontramos una relación positiva y significativa entre los pensamientos intrusos y el IACTA-TOC, inventario objeto de nuestra investigación que mide actividad específica para el trastorno obsesivo-compulsivo.

Estos resultados son congruentes con las hipótesis de Salkovskis, Richards y Forrester (1995), que puntualizan que los pensamientos intrusos presentes en la población normal, aumentan en intensidad y frecuencia cuando se activan determinados sesgos interpretativos específicos.

Partiendo de los resultados encontrados en el estudio 2 podemos destacar que existen ciertos sesgos que son específicos para TOC, es decir, que están relacionados con el desarrollo y/o mantenimiento del trastorno. Dentro de esta línea de investigación resaltamos los trabajos de otros autores como Steketee, Frost & Cohen (1998), así como los hallazgos del Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (2001). Estos resultados plantean aspectos importantes para futuras investigaciones, tanto para la evaluación del cambio terapéutico como para el tratamiento del trastorno.

Ahora bien, paralelamente a esta línea de investigación han surgido distintos modelos que pueden enmarcarse dentro del enfoque transdiagnóstico, que también han ofrecido unos resultados excelentes. Estos modelos concluyen que existe más semejanzas que diferencias entre los distintos trastornos de ansiedad, y que deberían buscarse tratamientos equivalentes para todos los trastornos (Brown & Barlow, 2009; McManus, Shafran & Cooper, 2010). Por ejemplo, en el metaanálisis de Norton y Philipp (2008) se encontró que los programas de intervención basados en el enfoque transdiagnóstico habían logrado un alto tamaño del efecto pre-post que había sido significativamente mayor que el de los grupos control. Los tamaños del efecto fueron similares a los obtenidos con técnicas cognitivo-conductuales aplicadas a grupos con diagnóstico específico ($d = 1,58$, IC 95%: 0,97 a 2,19) en otro metaanálisis del mismo grupo (Norton & Price, 2007).

En la actualidad estamos desarrollando una investigación en la que aplicamos una terapia de reestructuración cognitiva enmarcada dentro de los modelos de vulnerabilidad cognitiva (Cano-Vindel, 2011 y Leal-Carcedo, 2011). Se trata de un tratamiento de corte cognitivo para el trastorno obsesivo-compulsivo con énfasis en los aspectos cognitivos y más concretamente en la modificación de dicho sesgo.

Nuestra hipótesis es que la aplicación de un tratamiento de orientación cognitivo-conductual centrado en la modificación de sesgos y creencias metacognitivas, resultará eficaz no sólo para la reducción de síntomas, sino también para la reducción de la actividad cognitiva asociada con el TOC.

Los resultados preliminares están siendo muy positivos (Leal-Carcedo, 2011). Aplicando la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, encontramos que las diferencias entre las puntuaciones totales obtenidas en el IACTA-TOC antes y después de seis meses de tratamiento fueron significativas, $Z = 78$, $p = .05$. Estas diferencias se mantienen para las dos subescalas del IACTA -TOC: a) para la subescala MALESTAR $Z = 2.71$, $p = .007$; b) para la subescala METACOGNICIONES, $Z = 3.10$, $p = .002$.

A la luz de los resultados obtenidos con los pacientes de nuestro estudio podemos afirmar que la inclusión y énfasis en las técnicas cognitivas recogidas en el protocolo de tratamiento aplicado, no solamente reduce la sintomatología obsesiva de los pacientes, sino

que además actúa modificando y corrigiendo la actividad cognitiva íntimamente relacionada con el desarrollo y/o mantenimiento del TOC.

En el ámbito clínico cada vez son más las investigaciones que aportan datos empíricos acerca de la eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento del TOC. Nuestros resultados son congruentes y aportan evidencia a las investigaciones recientes que postulan que la terapia cognitiva es un tratamiento eficaz para el TOC (Anholt, Kempe, de Haan, van Oppen, Cath, Smith, van Balkom, 2007; Van Oppen, de Haan, Van Balkom & Spinhoven, 1995).

Conviene destacar que en una gran mayoría de estudios la única medida que utilizan a la hora de evaluar la eficacia de los tratamientos es el porcentaje de mejora de la sintomatología. Consideramos de vital importancia prestar atención a los instrumentos de medida que utilizan las distintas investigaciones a la hora de evaluar la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos ya que podría estar contaminando los resultados. Por ejemplo, en un estudio multivariado de Van Oppen, de Haan, Van Balkom & Spinhoven (1995) que sugiere una eficacia superior de la terapia cognitiva en comparación con la exposición in vivo, incluye una medida específica para el TOC.

Consideramos que es necesario un cambio de perspectiva en la evaluación de los trastornos de ansiedad centrado en la necesidad de

desarrollar y utilizar instrumentos específicos en la práctica clínica, tanto como para el caso de TOC, como para el resto de los trastornos de ansiedad.

Sería recomendable que las investigaciones futuras incluyeran instrumentos específicos de evaluación de la actividad metacognitiva como uno de los indicadores de mejoría. Consideramos que este aspecto es clave para poder obtener datos empíricos válidos acerca de la eficacia de las técnicas cognitivas para el tratamiento del TOC.

Dentro de este marco presentamos el IACTA-TOC como una prueba breve, válida y fiable para la evaluación de la actividad cognitiva en el trastorno obsesivo-compulsivo recomendando su uso en la práctica clínica. Además ha demostrado ser un instrumento de cribado para el diagnóstico de TOC.

Esperamos y deseamos que este trabajo constituya un granito de arena más en aportación a una línea de investigación relevante en el ámbito de la Psicología Clínica, la validación de instrumentos de medida que permitan evaluar con mayor rigor distintos aspectos clínicos (González, Cubas, Rovella, & Darías, 2006; Martínez Valls, García Palacios, & Botella, 2003).

Finalmente queremos destacar la dificultad de reclutar muestras clínicas siendo recomendable y deseable comprobar si estos hallazgos se mantienen cuando utilizamos muestras clínicas más amplias.

Referencias bibliográficas

- Abramowitz, J. S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder?: A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy, 29*, 339-355.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, D.C.: Author.
- Anholt, G.E., Kempe, P., De Haan, E., Van Oppen, P., Cath, D.C., Smit, J.H. & Van Balkom, Anton, J.L.M. (2008). Cognitive versus behaviour therapy: Processes of change in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 77*, 38-42.
- Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 55 Suppl.*, 18-23.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., & Glickman, S. (2005). Attentional bias in anxiety: a behavioral and ERP study. *Brain and Cognition, 59*, 11-22.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emocional disorders*. Madison, CT: International University Press.
- Beck A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behavior Research and Therapy, 35*, 59-58.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Ward, D. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. H. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 53-63.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research, 1*, 23-36.
- Beech, A., Powell, T., McWilliam, J., & Claridge, G. (1989). Evidence of reduced "cognitive inhibition" in schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology, 28(2)*, 109-116.
- Belloch, A., Morillo, C., Carrió, C., & Cabedo, E. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar creencias disfuncionales del trastorno obsesivo-compulsivo: resultados preliminares del Inventario de Creencias Obsesivas *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3*, 235-250.
- 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*, 111-120.
- Botella, C., & Robert, C. (1995). El trastorno obsesivo-compulsivo. In B. S. y. F. R. A. Belloch (Ed.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 187-223). Madrid: McGraw-Hill.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist, 36(2)*, 129-148.
- Bower, G. H. (1987). Comentario on a mood and memory. *Behavior Research and Therapy, 25*, 443-455.
- Brown, T., Di Nardo, P., Lehman, C., & Campbell, L. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotionals disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 49-58.

- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment, 21*, 256-271.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(2), 179-192.
- Buckley, T. C., Blanchard, E. B., & Neill, W. T. (2000). Information processing and PTSD: a review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 20*, 1041-1065.
- Burgess, I. S., Jones, L. N., Robertson, S. A., Radcliffe, W. N., Emerson, E., Lawler, P., & Crowe, T. J. (1981). The degree of control exerted by phobic and non-phobic verbal stimuli over the recognition behaviour of phobic and non-phobic subjects. *Behaviour Research and Therapy, 19*, 233-234.
- Calamari, J. E., & Janeck, A. S. (1997). *Negative intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder: Appraisal and response differences*. Poster presented at the Anxiety Disorders Association of America National Convention, New Orleans, LA.
- Calvo, M. G., Averó, P., Castillo, M. D., & Miguel Tobal, J. J. (2003). Multidimensional anxiety and content-specificity effects in preferential processing of threat. *European Psychologist Journal, 8*, 252-265.
- Cano-Vindel, A. (1997). Modelos explicativos de la emoción. En E. G. Fernández-Abascal (Ed.), *Psicología General. Motivación y emoción* (pp. 132). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología Contemporánea, 6*, 14-21.
- Cano-Vindel, A. (2001). Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad (IACTA). Unpublished manuscript, Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Cano-Vindel, A. (2004). Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad. Subescala para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. IACTA-TOC (no publicado).
- Cano Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad. Un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Universidad Complutense.
- Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin, 81*, 311-318.
- Cattell, R. B., & Scheier, I.H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York: Ronald Press.
- Clark, D. A. (1986). Factors influencing the retrieval and control of negative cognitions. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 151-159.
- Clark, D. A. (2004). Cognitive-behavioral theory and treatment of obsessive-compulsive disorder. In R. Leahy (Ed.), *Contemporary Cognitive Therapy. Theory, Research and Practice* (pp. 131-183). Nueva York: Guilford.
- Clark, D. A. (2005). Focus on "cognition" in cognitive behavior therapy for ocd: is it really necessary? *Cognitive Behaviour and Therapy, 34*(3), 131-139.
- Clark, D. A., Antony, M. M., Beck, A. T., Swinson, R. P., & Steer, R. A. (2003). *Screening for obsessive and compulsive symptoms: Validation of the Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory*. Manuscript submitted for publication.

- Clark, D. A., & Purdon, C. (1993). New Perspectives for a Cognitive Theory of Obsessions. *Australian Psychologist Society*, 28, 161-167.
- Clark, D. A., Purdon, C., & Wang, A. (2003). The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: Development of a measure of obsessional beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 655-669.
- Clayton, I. C., Richards, J. C., & Edwards, C. J. (1999). Selective attention in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 171-175.
- Dawkins, K., & Furnham, A. (1989). The colour naming of emotional words. *British Journal of Psychology and Aging*, 80, 383-389.
- De Silva, P. (1986). Obsessional-compulsive imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 333-350.
- De Silva, P., & Rachman, S. (1992). *Obsessive Compulsive Disorder: The Facts*. Nueva York: Oxford University Press.
- Direnfeld, D. M., Pato, M. T., & Roberts, J. E. (2001). Attentional biases in obsessive-compulsive disorder: Relationship to symptomatology and treatment, *Poster presented at the annual meeting of Association for Advancement of Behavior Therapy*. Philadelphia, Pennsylvania.
- Emmelkamp, P. M. G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research and practice*. New York: Plenum Press.
- Emmelkamp, P. M. G., & Aardema, A. (1999). Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 139-145.
- Emmelkamp, P. M., & de Lange, I. (1983). Spouse involvement in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, 21(4), 341-346.
- Emmelkamp, P. M. G., & Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 293-300.
- Emmelkamp, P. M. G., Van der Helm, M., Van Zanten, B. L., & Plochg, I. (1980). Treatment of obsessive-compulsive patients: The contribution de self-instructions training to the effectiveness of exposure. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 61-66.
- Endler, N. S. (1983). Interactionism: A personality model, but not yet a theory. In M. M. Page (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Personality-Current Theory and Research*. Londres: University of Nebraska Press.
- Endler, N. S., & Magnusson, D. (1976). *Interactional Psychology and Personality*. Washington D. C.: Hemisphere Pub.
- Endler, N. S., & Magnusson, D. (1974). *Interactionism, trait psychology, psychodynamics and situationism. Report from the Psychological Laboratories*: University of Stockholm.
- Enright, S. J. (1996). Obsessive-compulsive disorder: Anxiety disorder or schizotype? In R. Rapee, M. (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 161-190). Nueva York: Guilford Press.
- Enright, S. J., & Beech, A. R. (1990). Obsessional states: anxiety disorders or schizotypes? An information processing and personality assessment. *Psychological Medicine*, 20, 621-627.
- Enright, S. J., & Beech, A. R. (1993b). Reduced cognitive inhibition in obsessive compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 67-74.

- Enright, S. J., Beech, A. R., & Claridge, G. S. (1995). A further investigation of cognitive inhibition in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Personality and Individual Differences, 19*, 535-542.
- ESEMeD/MHEDEA. (2004). Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of mental disorders (ESEMeD Project). *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109 (Suppl. 420)*, 21-27.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hove U.K.: Erlbaum.
- Eysenck, M. W. (1997). *Anxiety and Cognition: A Unified Theory*. London: Psychology Press.
- Eysenck, M. W., & Derakshan, N. (1997). Un Marco Teórico Cognitivo Para los Trastornos de Ansiedad. *Ansiedad y Estrés, 3*, 121-134.
- Eysenck, M. W. & Eysenck, W. (2007). Four-factor theory and the anxiety disorders. *Ansiedad y Estrés, 13*, 283-289.
- Fernández-Abascal, E. G., y Cano-Vindel, A. (1995). Actividad cognitiva. In E. G. Fernández-Abascal (Ed.), *Manual de motivación y emoción* (pp. 116-160). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1994). *Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders (Version 2.0)*. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Foa, E. B. (1979). Failure in treating obsessive-compulsives. *Behaviour Research and Therapy, 17*(3), 169-176.
- Foa, E. B., Franklin, M. E., & Kozak, M. J. (1998). Psychosocial treatments for obsessive-compulsive disorder: Literature review. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (pp. 258-276). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., & Steketee, G. (1979). Obsessive-compulsives: Conceptual issues and treatment interventions. *Progress in behavior modification* (Vol. 8, pp. 1-53). New York: Academic Press.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Milby, J. B. (1980). Differential effects of exposure and response prevention in obsessive-compulsive washers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*(1), 71-79.
- Foa, E. B., y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20-35.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., & Franklin, M. E. (2005). Randomized, placebo controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 162*, 151-161.
- Fox, E. (1994). Attentional bias in anxiety: a defective inhibition hypothesis. *Cognition and Emotion, 8*, 165-195.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., & Thiboudeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 15*, 1-21.
- Freeston, M. H., Rheaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 433-446.

- Freeston, M. H., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 433-446.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, *17*, 791-802.
- Frost, R., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 291-296.
- Gava, I., Barbui, C., Aguglia, E., Carlino, D., Churchill, R., De Vanna, M., et al. (2007). *Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD)*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- González, R., M., Cubas, L. R., Rovella, A. T., & Darias, H. M. (2006). Adaptación española de la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre: procesos cognitivos, ansiedad y depresión. *Psicología y Salud*, *16*, 219-233.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, F., Heninger, G. R., & Chamey, D. S. (1989b). The Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (II): Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 1012-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleishman, R. J., Hill, C. L., & Chamey, D. S. (1989a). The Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (I): Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 1006-1011.
- Gotlib, I. H., Roberts, J., & Gilboa, E. (1995). Cognitive interference in depression. In I. G. Sarason, B. R. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Cognitive interference: Theories, methods, findings* (pp. 347-378). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Grant, D. M., & Beck, J. G. (2006). Attentional biases in social anxiety and dysphoria: Does comorbidity make a difference? *Journal of Anxiety Disorders*, *20*, 520-529.
- Gray, J. A. (1981). A critique of Eysenck's theory of personality. In H. J. Eysenck (Ed.), *A model of personality* (pp. 246-276). Nueva York: Springer.
- Heinrichs, N., & Hofmann, S. G. (2001). Information processing in social phobia: a critical review. *Clinical Psychology Review*, *21*, 751-770.
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessive-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, *15*, 389-395.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1986). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 443-482). New York: Wiley.
- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C., & Heffelfinger, S. K. (2003). Too much thinking about thinking?: Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *17*, 181-195.
- Kampman, M., Keijsers, G. P. J., Verbraak, M. J. P. M., Naring, G., & Hoogduin, C. A. L. (2002). The emotional Stroop: a comparison of panic disorder patients, obsessive-compulsive patients, and normal controls, in two experiments. *Journal of Anxiety Disorders*, *16*, 425-441.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 593-602.

- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 6, 617-627.
- Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach. Therapist Guide*. San Antonio, TX: Graywind.
- Kyrios, M., & Iob, M. A. (1998). Automatic and strategic processing in obsessive-compulsive disorder: attentional bias, cognitive avoidance or more complex phenomena. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 271-292.
- Ladouceur, R., Rhéaume, J., Freeston, M., Aublet, F., Jean, K., Lachance, S., et al. (1995). Experimental manipulation of responsibility in a non-clinical population: an analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 937-946.
- Ladouceur, R., Rheaume, J., Freeston, M. H., Aublet, F., Jean, K., & Lachance, S. (1995). Experimental manipulations of responsibility: An analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 937-946.
- Lang, A. J., & Sarmiento, J. (2004). Relationship of attentional bias to anxiety sensitivity and panic. *Depression and Anxiety*, 20, 190-194.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. In J. M. Shilen (Ed.), *Research in psychotherapy* (Vol. III). Washington: APA.
- Lang, P. J. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. In A. E. G. Bergin, S.L. (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 75-125).
- Lavy, E., Van Oppen, P., & Van Den Hout, M. (1994). Selective processing of emotional information in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 243-246.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Leahy, R. (2004). *Contemporary Cognitive Therapy: Theory, Research, and Practice*. Nueva York: The Guilford Press.
- Leal-Carcedo, L. (2011). *Inventario de Actividad Cognitiva en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. Unpublished manuscript, Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Leal-Carcedo, L., & Cano-Vindel, A. (2008). Tratamiento de Trastorno Obsesivo-Compulsivo desde las nuevas perspectivas cognitivas. Estudio de un caso. *Ansiedad y Estrés*, 14(2-3), 127-339.
- Leonard, H. L., Swedo, S. E., Papoport, J. L., Koby, E. V., Lenane, M. C., Cheslow, D. L., & Hamburger, S. D. (1989). Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescent. A double-blind crossover comparison. *Archives of General Psychiatry*, 12, 1088-1092.
- Liebowitz, M. R., & Hollander, E. (1991). Obsessive-Compulsive disorder: Psychobiological integration. In J. Zohar, T. Insel & S. Rasmussen (Eds.), *The Psychobiology of Obsessive-Compulsive disorder* (pp. 227-255). Nueva York: Springer Publishing Company.

- Lim, S. L., & Kim, J. H. (2005). Cognitive processing of emotional information in depression, panic, and somatoform disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 50–61.
- Logan, A., & Goetsch, V. (1993). Attention to external cues in anxiety states. *Clinical Psychology Review, 13*, 541–559.
- MacLeod, C. (1996). Anxiety and cognitive processes. In I. G. Sarason, G. R. Pierce & B. R. Sarason (Eds.), *Cognitive interferences: theories, methods and findings* (pp. 47–76). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- MacLeod, C., & Mathews, A. (1988). Anxiety and the allocation of attention to threat. *Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology, 40*, 653–670.
- MacLeod, C., Matthews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 15–20.
- MacQueen, G. M., Tipper, S. P., & Levitt, A. J. (2000). Impaired distractor inhibition on a selective attention task in unmedicated depressed subjects. *Psychological Medicine, 30*, 557–564.
- Maki, W. S., O'Neill, H. K., & O'Neill, G. W. (1994). Do nonclinical checkers exhibit deficits in cognitive control? Tests of an inhibitory control hypothesis. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 183–192.
- Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J., & McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry, 136*, 1-25.
- Marks, I. M. (1991). Miedos, fobias y rituales. Tomo 1: Los mecanismos de la ansiedad. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Marks, I., & Dar, R.-. (2000). Fear reduction by psychotherapies. Recent findings, future directions. *British Journal of Psychiatry, 176*, 507-511.
- Martínez Valls, M. A., García Palacios, A., & Botella, C. (2003). Propiedades psicométricas del cuestionario de claustrofobia en población española. *Psicothema, 15* (4), 673-678.
- Mathews, A., Mackintosh, B., & Fulcher, E. P. (1997). Cognitive biases in anxiety and attention to threat. *Trends in Cognitive Sciences, 1*(9), 340-345.
- Matthews, G., & Wells, A. (2000). Attention, automaticity, and affective disorder. *Behavior Modification 24*, 69-93.
- McFall, M. E., & Wollersheim, J. P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research, 3*, 333–348.
- McManus, F., Shafran, R., & Cooper, Z. (2010). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psicology, 49*, 491-505.
- McNally, L. (1998a). Existential sentences without existential quantification. *Linguistics and Philosophy, 21*, 353-392.
- McNally, L. (1998b). Stativity and theticity. In S. Rothstein (Ed.), *Events and Grammar* (Vol. 293-307). Dordrecht: Kluwer.
- McNally, R. J., Amir, N., Louro, C. E., Lukach, B. M., Riemann, B. C., & Calamari, J. E. (1994). Cognitive processing of idiographic emotional information in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 119–122.
- McNally, R. J., Wilhelm, S., Buhlmann, U., & Shin, L. M. (2001). Cognitive inhibition in obsessive-compulsive disorder: application of a valence-based negative priming paradigm. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*, 103–106.

- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4(4), 273-280.
- Meyer, V., Levy, R., & Schnurer, A. (1974). The behavioural treatment of obsessive-compulsive disorders. In H. R. Beech (Ed.), *Obsessional states* (pp. 233-258). London: Methuen.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (2002). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA): Manual* (5 rev. ed.). Madrid: TEA.
- Miguel Tobal, J. J., & Cano Vindel, A. (1986). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad-ISRA*. Madrid: TEA. (2ª Ed., 1988; 3ª Ed., 1994).
- Miguel Tobal, J. M., & Cano Vindel, A. (1985). Evaluación de respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras de la ansiedad. *Informes de Psicología*, 4, 249-259.
- Miguel Tobal, J. M., & Cano Vindel, A. (1992). *Anxiety manifestations in different anxiety disorders*. Paper presented at the XXV International Congress of Psychology, Bruselas.
- Mogg, K., Mathews, A., & Eysenck, M. (1992). Attentional bias to threat in clinical anxiety states. *Cognition & Emotion*, 6, 149-159.
- Mogg, K., Millar, N., & Bradley, B. P. (2000). Biases in eye movements to threatening facial expressions in generalized anxiety disorder and depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 695-704.
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 553-565.
- Mowrer, O. H. (1953). Neurosis, psychotherapy, and two-factor learning theory. In O. H. Mowrer (Ed.), *Psychotherapy theory and research* (pp. 140-149). New York: Ronald Press.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. Nueva York: Wiley.
- Myers, J. K., Weisman, M. M., Tischler, J. L., Leaf, P. J., Orvaschel, H., Anthony, J. C., et al. (1984). Six month prevalence of psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-971.
- Neill, W. T. (1977). Inhibitory and facilitatory processes in selective attention. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 3, 444-450.
- Norton, P. J., & Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 45, 214-226.
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 521-531.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (2003a). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863-878.

- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (2003b). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part II. Factor analyses and testing a brief version. Manuscript submitted for publication.
- O'Connor, K. P. (2001). Clinical and psychological features distinguishing obsessive-compulsive and chronic tic disorders. *Clinical Psychology Review*, *21*(30), 631-660.
- Palmero, F. (2000). Emoción: breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo. *Revista Española de Motivación y Emoción*, *1*, 163-167.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, *31*(8), 713-720.
- Purdon, C. L. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 1029-1054.
- Rachman, S. J. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 149-154.
- Rachman, S. (1993a). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, *31*(2), 149-154.
- Rachman, S. (1993b). Obsessions, responsibility, and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 149-154.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 793-802.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 385-401.
- Rachman, S. J. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 625-639.
- Rachman, S. J. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Rachman, S., & De Silva, P. (1978a). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *16*, 233-248.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978b). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *16*(4), 233-248.
- Rachman, S. J., & 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: Guilford Press.
- Rachman, S. J., & Shafran, R. (1999). Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *6*, 80-85.
- Rachman, S., Shafran, R., Mitchell, D., Trant, J., & Teachman, B. (1996). How to remain neutral: An experimental analysis of neutralization. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 889-898.
- Rachman, S., Thordarson, D. S., Shafran, R., & Woody, S. R. (1995). Perceived responsibility: Structure and significance. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(7), 779-784.
- Rachman, S. J. (1985). An overview of clinical and research issues in obsessional-compulsive disorders. In M. Mavissakalian, S.M. Turner, L. Michelson (Ed.), *Obsessive-compulsive: psychological and pharmacological treatment*. Nueva York: Plenum.
- Rachman, S. J., Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and compulsions*. New Jersey: Prentice Hall.

- Rasmussen, S., & Eisen, J. L. (1991). Phenomenology of OCD: Clinical subtypes, heterogeneity and coexistence. In J. Zohar, T. Insel & S. Rasmussen (Eds.), *The psychobiology of obsessive-compulsive disorder*. Nueva York: Springer.
- Rasmussen, S., Jane, M. D., & Eisen, J. L. (2001). *Epidemiología y rasgos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo*. En *Trastornos obsesivo-compulsivos. Manejo práctico*. Madrid: Ediciones Harcourt.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., & Spaan, V. (1999). Thought–action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 231–237.
- Reynolds, M., & Salkovskis, P. M. (1991). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population: An attempted replication. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 259-265.
- Rhéaume, J., Ladouceur, R., Freeston, M. H., & Letarte, H. (1995b). Inflated responsibility and its role in obsessive-compulsive disorder: Validation of a theoretical definition of responsibility. *Behaviour Research and Therapy*, 33(2), 159-171.
- Riggs, D. S., & Foa, E. B. (1993). Obsessive compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*. Nueva York: Guilford.
- Salkovskis, P., Shafran, R., Rachman, S., & Freeston, M. H. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, 37(11), 1055-1072.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27(6), 677-682; discussion 683-674.
- Salkovskis, P. M. (1989a). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P. M. (1989b). Obsessions and compulsions. In J. Scott, J. Williams & A. T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy: a clinical casebook*. London: Croom Helm.
- Salkovskis, P. M. (1996). Cognitive-behavioral approaches to understanding obsessional problems. In R. Rapee, M. (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 103–133). Nueva York: Guilford.
- Salkovskis, P. M. (1996a). Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 103–133). New York: Guilford Press.
- Salkovskis, P. M. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive–compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (pp. 33–50). New York: Guilford Press.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 29-52.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., Hackmann, A., Wells, A., & Gelder, M. G. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37(6), 559-574.

- Salkovskis, P. M., & Freeston, M. H. (2001). Obsessions, compulsions, motivation, and responsibility for harm. *Australian Journal of Psychology*, *53*, 1–6.
- Salkovskis, P. M., Richards, H. C., & Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *23*, 281–299.
- Salkovskis, P. M., & Westbrook, D. (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success? *Behaviour Research and Therapy*, *27*(2), 149–160.
- Shapiro, A. M., & Roberts, J. E. (2004). Ruminative attention in depression: deficits in inhibition? Manuscript submitted for publication.
- Sica, C., Coradeschi, D., Sanavio, E., Dorz, S., Manchisi, D., & Novara, C. (in press). A study of the psychometric properties of the Obsessive Beliefs Inventory and Interpretations of Intrusions Inventory on clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Simons, M., Schneider, S., & Hepertz-Dahlmann, B. (2006). Metaognitive Therapy versus Exposure and Response Prevention for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *75*, 257–264.
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior* (pp. 3–20). New York: Academic Press.
- Stanley, M. A., & Turner, S. M. (1995). Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, *26*, 163–186.
- Steketee, G., Eisen, J., Dyck, I., Warshaw, M., & Rasmussen, S. (1999). Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *89*, 229–238.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *12*, 525–537.
- Steketee, G., & Shapiro, L. (1993). Obsessive compulsive disorder. In B. A.S. & M. Hersen (Eds.), *Handbook of behavior therapy in psychiatric setting* (pp. 99–127). Nueva York: Plenum.
- Summerfeldt, L. J., & Endler, N. S. (1998). Coping with chronic pain: Psychological variables, personality, and illness experience and outcome. In J. Bermúdez, B. D. Raad, J. deVries, A. M. Pérez-García, A. Sánchez-Elvira & G. L. v. Heck (Eds.), *Personality psychology in Europe* (Vol. 6, pp. 409–416). Tilburg, Netherlands: Tilburg University Press.
- Tata, P. R., Leibowitz, J. A., Pmnty, M. J., Cameron, M., & Pickering, A. D. (1996). Attentional bias in obsessional compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 53–60.
- Taylor, S. (2002) Cognition in obsessive-compulsive disorder: An overview. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* (pp. 1–12). Oxford, UK: Elsevier.
- Tipper, S. P. (1985). The negative priming effect: inhibitory priming by ignored objects. *Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology*, *37*, 571–590.
- Tipper, S. P., & Cranston, M. (1985). Selective attention and priming: inhibitory and facilitatory effects of ignored primes. *Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology*, *37*, 591–611.

- Tolin, D. F., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2006). Are "obsessive" beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 469-480.
- Tongersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of general psychiatry*, *40*, 1085-1088.
- Treisman, A., & Geffen, G. (1964). Selective attention: perception or response? *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, *19*, 1-16.
- Vallejo-Pareja, M. A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo-compulsivo. *Psicothema*, *13*, 419-427.
- Van Balkom, A. J. L. M., van Oppen, P., Vermeulen, A. W. A., van Dyck, R., Nauta, M. C. E., & Vorst, H. C. M. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, *14*, 359-381.
- Van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *32*, 79-87.
- Van Oppen, P., de Haan, E., Van Balkom, Anton, J. L. M. & Spinhoven, P. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 379-390.
- Van Oppen, P., De Haan, E., Van Balkom, A. J. L. M., Spinhoven, P., Hoodguin, K., & Van Dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*(33), 379-390.
- Van Oppen P., Anton, J.L.M., van Balkom, M.D., de Haan E., van Dyck, R. (2005).Cognitive therapy and exposure in vivo alone and in combination with fluvoxamine in OCD: A 5-year follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, *66*, 1415-1422.
- Warren, R., & Zgourides, G. D. (1991). *Anxiety Disorders: A Rational-Emotive Perspective*. Nueva York: Pergamon Press.
- Wegner, D. M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts: suppression, obsession and the psychology of mental control*. New York: Viking.
- Wegner, D. M. (1992). You can't always think what you want: problems in the suppression of unwanted thoughts. *Advances in Experimental Social Psychology*, *25*, 195-225.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, *101*, 34-52.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality Disorders*, *62*, 615-640.
- Wells, A. (1994b). Attention and the control of worry. In: G.C.L. Davey & F. Tallis (Eds), *Worrying: Perspectives on Theory, Assessment and Treatment*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders & Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. London: Wiley.
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced-anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, *21*, 273-280.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.

- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behavior Research and Therapy*, *34*, 881-888.
- Wells, A., & Morrison, A. P. (1994). Qualitative dimensions of normal worry and normal obsessions: A comparative study. *Behaviour Research and Therapy*, *32*, 867-870.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 899-913.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (1998a). Relationships between worry and obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 899-913.
- Wenzlaff, R. M., & Luxton, D. D. (2003). The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research*, *27*, 293-308.
- Wilhem, S., McNally, R. J., Baer, L., & Florin, I. (1996). Directed forgetting compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 633-641.
- Wilhem, S., McNally, R. J., Baer, L., & Florin, I. (1997). Autobiographical memory in Obsessive-Compulsive Disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, *36*, 21-31.
- Williams, J. M. G., y Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in attempted suicide patients. *Journal of Abnormal Psychology*, *95*, 144-149.
- Zucker, B.; Craske, M.; Barrios, V. & Holguin, M. (2002). Thought-action fusion: can it be corrected?. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 653-655.

ANEXO

- Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI; Hodgson & Rachman, 1977)
- Yale-Brown Obsesive-Compusive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989b; Goodman et al., 1989a)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)
- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; J. J. Miguel Tobal & Cano Vindel, 1986; J. M. Miguel Tobal & Cano Vindel, 1985, 1992)
- Inventario de Valencia de Obsesiones y Creencias (IVOC; Belloch, Morillo, Carrió, & Cabedo, 2003)
- Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad, subescala para el TOC (IACTA-TOC; Cano Vindel, A. , 2004)

Los cuestionarios que a continuación se adjuntan han sido reproducidos con el permiso de los autores.

Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI; Hodgson & Rachman, 1977)

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

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

TOTAL: C. L. E. D.

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989b; Goodman et al., 1989a)

Identificación Fecha

	<u>ACTUALES</u>		<u>PASADAS</u>	
	Si	No	Si	No
OBSESIONES AGRESIVAS:				
- Miedo a poder hacerse daño a sí mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a poder hacer daño a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Imágenes violentas o terribles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a decir impulsivamente obscenidades o insultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a hacer algo embarazoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a actuar bajo impulsos no deseados (apuñalar a un amigo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a robar cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a herir a otros por no tener suficiente cuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a ser responsable de que algo terrible suceda (fuego)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSESIONES DE CONTAMINACIÓN:				
- Preocupación o disgusto por los desechos o las secreciones corporales (orina, heces, saliva)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Preocupación por la suciedad o los gérmenes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva preocupación por los agentes contaminantes ambientales (asbesto, radiaciones, residuos tóxicos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva preocupación por los productos del hogar (productos de limpieza, solventes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva preocupación por los animales (insectos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Preocupación por sustancias o residuos viscosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Preocupación por poder enfermarse por contagio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Preocupado por poder contagiar a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSESIONES SEXUALES:				
- Pensamientos, imágenes o impulsos sexuales prohibidos o perversos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Contenidos acerca de niños o incesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Contenidos sobre homosexualidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Comportamiento sexual hacia los demás (agresivo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSESIONES DE ACUMULACIÓN/AHORRO: (Distinguir de hobbies y de lo relacionado con objetos de valor sentimental o monetario)				
- Describir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSESIONES RELIGIOSAS (ESCRUPULOSIDAD):				
- Preocupación por sacrilegio y blasfemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva preocupación con el bien y el mal, moralidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Identificación Fecha

	ACTUALES		PASADAS	
	Si	No	Si	No
OBSESIÓN CON LA NECESIDAD DE SIMETRÍA O EXACTITUD:				
- Acompañada de pensamiento mágico (preocupación de un accidente a no ser que las cosas estén en su sitio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- No acompañada de pensamiento mágico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSESIONES – MISCELÁNEA:				
- Necesidad de saber o recordar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a decir ciertas cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a no decir justo lo correcto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a perder cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Imágenes intrusas (no violentas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Música, palabras o sonidos sin sentido intrusos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Preocupación por ciertos sonidos/ruidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Números afortunados/desafortunados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Colores con significado especial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedos supersticiosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSESIONES SOMÁTICAS:				
- Preocupación por enfermedades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva preocupación por una parte del cuerpo o por la apariencia (dismorfofobia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMPULSIONES DE LIMPIEZA/LAVADO:				
- Excesivo o ritualizado lavado de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesivo o ritualizado aseo (ducha, baño, cepillado de dientes, cepillado de pelo, o aseo rutinario)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Limpieza de objetos de la casa u otros objetos inanimados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras medidas para prevenir o anular el contacto con contaminantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMPULSIONES DE COMPROBACIÓN:				
- Comprobar cerraduras, electrodomésticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Comprobar que no se hizo/hará daño a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Comprobar que no se hizo/hará daño a uno mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Comprobar que nada terrible sucedió/sucedirá	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Comprobar que no se han cometido errores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Comprobaciones ligadas a obsesiones somáticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Identificación Fecha

	<u>ACTUALES</u>		<u>PASADAS</u>	
	Si	No	Si	No
RITUALES DE REPETICIÓN:				
- Releer o reescribir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Necesidad de repetir acciones de un modo rutinario (entrar/salir, sentarse/levantarse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMPULSIONES DE CONTAR:				
Describir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMPULSIONES DE ORDENAR/ARREGLAR:				
Describir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMPULSIONES DE ALMACENAR/COLECCIONAR: <i>(Distinguir de hobbies e interés en objetos de valor económico o sentimental (por ejemplo apilar periódicos viejos, leer meticulosamente la propaganda de los buzones, coleccionar objetos inútiles)</i>				
- Describir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMPULSIONES – MISCELÁNEA:				
- Rituales mentales (distintos de comprobaciones/contar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva realización de listas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Necesidad de decir, contar o confesar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Necesidad de tocar, rozar o frotar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Rituales acerca de parpadeo, guiño o mirada fija	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Medidas para prevenir herirse ____; herir a los demás ____; consecuencias terribles ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Conducta alimentaria ritualizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Conducta supersticiosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Tricotilomanía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras conductas autodestructivas o automutilantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Identificación Fecha

	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
1.- TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- INTERFERENCIA DEBIDA A LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- DISTRÉS ASOCIADO A PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- RESISTENCIA CONTRA LAS OBSESIONES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- TIEMPO EMPLEADO EN REALIZAR CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- INTERFERENCIA DEBIDA A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- DISTRÉS ASOCIADO A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- RESISTENCIA CONTRA LAS COMPULSIONES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- GRADO DE CONTROL SOBRE LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL:

S.S.O.

S.S.C.

Identificación Fecha

	0	1	2	3	4
1.- TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- INTERFERENCIA DEBIDA A LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- DISTRÉS ASOCIADO A PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- RESISTENCIA CONTRA LAS OBSESIONES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- TIEMPO EMPLEADO EN REALIZAR CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- INTERFERENCIA DEBIDA A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- DISTRÉS ASOCIADO A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- RESISTENCIA CONTRA LAS COMPULSIONES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- GRADO DE CONTROL SOBRE LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL:

S.S.O.

S.S.C.

	0	1	2	3	4	
11.- Conocimiento de los síntomas	<input type="text" value="Excelente"/>	<input type="text" value="Bueno"/>	<input type="text" value="Moderado"/>	<input type="text" value="Escaso"/>	<input type="text" value="Nulo"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
12.- Evitación	<input type="text" value="Ninguna"/>	<input type="text" value="Leve"/>	<input type="text" value="Moderada"/>	<input type="text" value="Grave"/>	<input type="text" value="Muy amplia"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
13.- Indecisión	<input type="text" value="Ninguna"/>	<input type="text" value="Leve"/>	<input type="text" value="Moderada"/>	<input type="text" value="Grave"/>	<input type="text" value="Gravísima"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
14.- Sentido responsabilidad excesivo	<input type="text" value="Ninguno"/>	<input type="text" value="Leve"/>	<input type="text" value="Moderado"/>	<input type="text" value="Grave"/>	<input type="text" value="Gravísimo"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
15.- Lentitud	<input type="text" value="Ninguna"/>	<input type="text" value="Leve"/>	<input type="text" value="Moderada"/>	<input type="text" value="Grave"/>	<input type="text" value="Gravísima"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
16.- Duda patológica	<input type="text" value="Ausente"/>	<input type="text" value="Leve"/>	<input type="text" value="Moderada"/>	<input type="text" value="Grave"/>	<input type="text" value="Gravísima"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
17.- Gravedad global	<input type="text" value="No enfermo"/>	<input type="text" value="Leve"/>	<input type="text" value="Moderada"/>	<input type="text" value="Grave"/>	<input type="text" value="Gravísima"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
18.- Mejoría global	<input type="text" value="Mucho peor"/>	<input type="text" value="Algo peor"/>	<input type="text" value="Sin cambio"/>	<input type="text" value="Algo mejor"/>	<input type="text" value="Mucho mejor"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
19.- Fiabilidad	<input type="text" value="Escasa"/>	<input type="text" value="Moderada"/>	<input type="text" value="Buena"/>	<input type="text" value="Excelente"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No esperó nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado de mí
- Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación

- No creo ser peor que otros
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- Siento que estaría mejor muerto
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- Tengo planes decididos de suicidarme
- Me mataría si pudiera
- No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto

- No lloro más de lo habitual
- Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
- Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
- Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad
<input type="radio"/> No estoy más irritable que normalmente <input type="radio"/> Me irrito con más facilidad que antes <input type="radio"/> Me siento irritado todo el tiempo <input type="radio"/> Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
12. Aislamiento social
<input type="radio"/> He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto <input type="radio"/> Me intereso por la gente menos que antes <input type="radio"/> No he perdido mi interés por los demás <input type="radio"/> He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
13. Indecisión
<input type="radio"/> Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones <input type="radio"/> Tomo mis decisiones como siempre <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones en absoluto <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
14. Imagen corporal
<input type="radio"/> Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado <input type="radio"/> Me siento feo y repulsivo <input type="radio"/> No me siento con peor aspecto que antes <input type="radio"/> Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
15. Capacidad laboral
<input type="radio"/> Puedo trabajar tan bien como antes <input type="radio"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa <input type="radio"/> No puedo trabajar en nada <input type="radio"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo <input type="radio"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes
16. Trastornos del sueño
<input type="radio"/> Duermo tan bien como antes <input type="radio"/> Me despierto más cansado por la mañana <input type="radio"/> Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir <input type="radio"/> Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche <input type="radio"/> Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme <input type="radio"/> Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas <input type="radio"/> Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas <input type="radio"/> No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
17. Cansancio
<input type="radio"/> Me canso más fácilmente que antes <input type="radio"/> Cualquier cosa que hago me fatiga <input type="radio"/> No me canso más de lo normal <input type="radio"/> Me canso tanto que no puedo hacer nada
18. Pérdida de apetito
<input type="radio"/> He perdido totalmente el apetito <input type="radio"/> Mi apetito no es tan bueno como antes <input type="radio"/> Mi apetito es ahora mucho menor <input type="radio"/> Tengo el mismo apetito de siempre
19. Pérdida de peso
<input type="radio"/> No he perdido peso últimamente <input type="radio"/> He perdido más de 2,5 kg <input type="radio"/> He perdido más de 5 kg <input type="radio"/> He perdido más de 7,5 kg
20. Hipocondría
<input type="radio"/> Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas <input type="radio"/> Estoy preocupado por dolores y trastornos <input type="radio"/> No me preocupa mi salud más de lo normal <input type="radio"/> Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
21. Libido
<input type="radio"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes <input type="radio"/> He perdido todo mi interés por el sexo <input type="radio"/> Apenas me siento atraído sexualmente <input type="radio"/> No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

Instrucciones: Éste es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

- | | |
|----|--|
| 1 | <input type="radio"/> No me encuentro triste
<input type="radio"/> Me siento triste o melancólico
<input type="radio"/> Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo
<input type="radio"/> Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo |
| 2 | <input type="radio"/> No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
<input type="radio"/> Me siento desanimado respecto al futuro
<input type="radio"/> No tengo nada que esperar del futuro
<input type="radio"/> No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar |
| 3 | <input type="radio"/> No me siento fracasado
<input type="radio"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
<input type="radio"/> Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
<input type="radio"/> Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa) |
| 4 | <input type="radio"/> No estoy particularmente descontento
<input type="radio"/> No disfruto de las cosas como antes
<input type="radio"/> No encuentro satisfacción en nada
<input type="radio"/> Me siento descontento de todo |
| 5 | <input type="radio"/> No me siento particularmente culpable
<input type="radio"/> Me siento malo o indigno muchas veces
<input type="radio"/> Me siento culpable
<input type="radio"/> Pienso que soy muy malo e indigno |
| 6 | <input type="radio"/> No me siento decepcionado conmigo mismo
<input type="radio"/> Estoy decepcionado conmigo mismo
<input type="radio"/> Estoy disgustado conmigo mismo
<input type="radio"/> Me odio |
| 7 | <input type="radio"/> No tengo pensamientos de dañarme
<input type="radio"/> Creo que estaría mejor muerto
<input type="radio"/> Tengo planes precisos para suicidarme
<input type="radio"/> Me mataría si tuviera ocasión |
| 8 | <input type="radio"/> No he perdido el interés por los demás
<input type="radio"/> Estoy menos interesado en los demás que antes
<input type="radio"/> He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
<input type="radio"/> He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto |
| 9 | <input type="radio"/> Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
<input type="radio"/> Trato de no tener que tomar decisiones
<input type="radio"/> Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
<input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones |
| 10 | <input type="radio"/> No creo que mi aspecto haya empeorado
<input type="radio"/> Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo
<input type="radio"/> Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo
<input type="radio"/> Siento que mi aspecto es feo y repulsivo |
| 11 | <input type="radio"/> Puedo trabajar igual de bien que antes
<input type="radio"/> Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo
<input type="radio"/> Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
<input type="radio"/> No puedo realizar ningún trabajo |
| 12 | <input type="radio"/> No me canso más que antes
<input type="radio"/> Me canso más fácilmente que antes
<input type="radio"/> Me canso por cualquier cosa
<input type="radio"/> Me canso demasiado por hacer cualquier cosa |
| 13 | <input type="radio"/> Mi apetito no es peor de lo normal
<input type="radio"/> Mi apetito no es tan bueno como antes
<input type="radio"/> Mi apetito es ahora mucho peor
<input type="radio"/> He perdido el apetito |

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; J. J. Miguel Tobal & Cano Vindel, 1986; J. M. Miguel Tobal & Cano Vindel, 1985, 1992)

ISRA

Apellidos y nombre:

Edad: Sexo: V M Estado civil: Fecha:

Centro: Curso/Puesto:

En las páginas siguientes encontrará una serie de frases que presentan **situaciones** en que usted podría encontrarse y otras que se refieren a **respuestas** que usted podría dar ante esas situaciones o reacciones que le producirían.

Las situaciones aparecen numeradas en la parte izquierda de la página y las respuestas posibles están indicadas en la parte superior.

Su tarea consiste en valorar de 0 a 4 la **frecuencia** con la que se da en usted cada respuesta o reacción que está considerando, según la siguiente escala:

- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces sí, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

Vea los siguientes ejemplos:

SITUACIONES	RESPUESTAS	OBSERVACIONES
1 Si un problema me preocupa mucho.	1. Me desconcierto: no sé qué hacer.	
2 Cuando pierdo un objeto que apreciaba mucho.	2. Tengo la impresión de que soy un inútil.	
	3. No puedo concentrarme en el trabajo.	
	4. Tengo dificultades para dormir.	
	5. Pierdo el apetito.	

Deberá leer la situación 1 y las respuestas que están sobre las columnas en que hay casillas en blanco (en el primer caso las columnas 2 y 4). Cuando las haya leído, decida qué número poner en la casilla correspondiente. Hágalo. Conteste después a la situación 2. Habrá dado sus contestaciones en las casillas que corresponden a las respuestas 1, 2 y 5. ¿Lo ha hecho así? ¿Tiene alguna dificultad?

CONTESTE A TODAS LAS CASILLAS EN BLANCO

La **última cuestión (nº 23)** se utilizará sólo cuando exista una situación especialmente perturbadora para usted y no esté incluida en las 22 anteriores. En ese caso, escriba la situación en el lugar correspondiente de las tres páginas y ponga su valoración en la casilla que crea conveniente.

Si desea precisar más o hacer alguna observación utilice el espacio OBSERVACIONES del margen derecho.



Autores: J.J. Miguel Tobal y A.R. Cano Vindel.
 Copyright © 1986, 2007 by TEA Ediciones, S.A. Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si se presentan uno en negro, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, **NO LA UTILICE** - Printed in Spain. Impreso en España.

C

- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces sí, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

- RESPUESTAS**
1. Me preocupo fácilmente.
 2. Bajo presiones o comentarios negativos sobre mí, lamento como alifonzo a los demás, temo, etc.
 3. Me siento inseguro de mí mismo.
 4. Soy demasiado sensible a las cosas que he llegado a decidirme.
 5. Me cuesta concentrarme.
 6. Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos.

SITUACIONES	1	2	3	4	5	6	7	OBSERVACIONES	ΣR
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
<p>ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO</p>									<p>TOTAL</p>



- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces sí, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

- RESPUESTAS**
1. siento ansiedad en el estómago.
 2. Me puedo dar cuenta o otra parte del cuerpo late en días fríos.
 3. Me siento las manos o los pies fríos.
 4. Me siento las manos o los pies húmedos.
 5. Me siento el corazón muy fuerte.
 6. Tengo dificultad para dormir.
 7. Me siento el corazón muy fuerte.
 8. siento las manos o los pies fríos.
 9. Se me saca la boca y tengo dificultad para tragar.
 10. Tengo dificultad para respirar y tengo que salir corriendo.

SITUACIONES											OBSERVACIONES	Σ	
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.												
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.												
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.												
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.												
5	En mi trabajo o cuando estudio.												
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.												
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.												
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.												
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.												
10	Si tengo que hablar en público.												
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.												
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco.												
13	Después de haber cometido algún error.												
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.												
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.												
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.												
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.												
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.												
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.												
20	Al observar escenas violentas.												
21	Por nada en concreto.												
22	A la hora de dormir.												
23	Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas:												
ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO		Σ										TOTAL : 2 =	

M

- 0 Casi nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Unas veces si, otras veces no
- 3 Muchas veces
- 4 Casi siempre

- RESPUESTAS**
1. Usara con facilidad.
 2. Reacciono inmediatamente reactivando con alguna parte de mi cuerpo (resaca, temer, desvelarme, etc.)
 3. Fugir, como a todo intimidado.
 4. Trato de evitar o reducir la situación.
 5. Me muerdo y hago cosas sin una finalidad concreta.
 6. Quedo paralizado o mis reacciones son torpes.
 7. Activo o reago con una dificultad de expresión verbal.

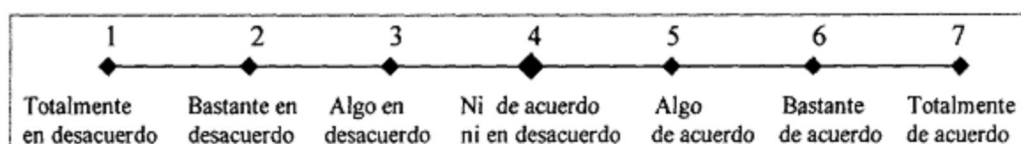
SITUACIONES		RESPUESTAS							OBSERVACIONES	ΣΣ
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil.									
5	En mi trabajo o cuando estudio.									
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9	Cuando soy observado o mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10	Si tengo que hablar en público.									
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13	Después de haber cometido algún error.									
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.									
20	Al observar escenas violentas.									
21	Por nada en concreto.									
22	A la hora de dormir.									
23	Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas:									
ASEGÚRESE DE HABER RELLENADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO		ΣR							TOTAL	

Inventario de Valencia de Obsesiones y Creencias (IVOC; Belloch, Morillo, Carrió, & Cabedo, 2003)

IVOC*

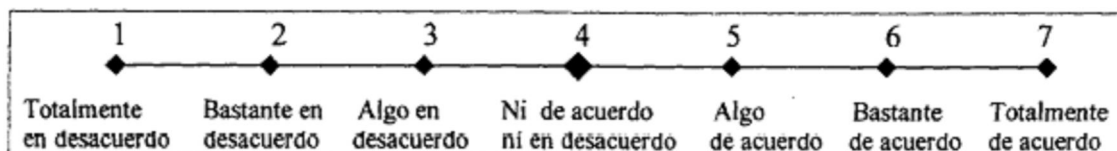
Este cuestionario hace referencia a diferentes actitudes y creencias que tiene a veces la gente. Lee detenidamente cada una de las afirmaciones y decide en qué grado estás de acuerdo o en desacuerdo con las mismas. Responde a cada una de las frases rodeando con un círculo la respuesta QUE DESCRIBE MEJOR LO QUE TÚ PIENSAS. Para decidir si una creencia dada es característica de tu forma de pensar, simplemente ten en cuenta lo que opinas la mayoría de las veces.

Utiliza la siguiente escala de valoración:



- 1- Si pienso que voy a enfermar, aumenta la posibilidad de que me ponga enfermo de verdad.....1 2 3 4 5 6 7
- 2- Debo ser el/la mejor en aquello que es importante para mí..... 1 2 3 4 5 6 7
- 3- A pesar de que soy muy cuidadoso, a menudo pienso que van a sucederme cosas malas..... 1 2 3 4 5 6 7
- 4- Pensar en estafar a alguien es casi tan inmoral como estafarle de verdad.....1 2 3 4 5 6 7
- 5- Si me esfuerzo continuamente por controlar mi mente, lo conseguiré..... 1 2 3 4 5 6 7
- 6- Si tengo un pensamiento indeseable, eso indica qué es lo que yo quiero en realidad.....1 2 3 4 5 6 7
- 7- Si no soy capaz de hacer algo perfectamente, prefiero no hacerlo..... 1 2 3 4 5 6 7
- 8- Si pienso que un amigo o un familiar va a perder su trabajo, aumenta el riesgo de que de verdad lo pierda.....1 2 3 4 5 6 7
- 9- Un fallo, por pequeño que sea, indica que un trabajo no está completo..... 1 2 3 4 5 6 7

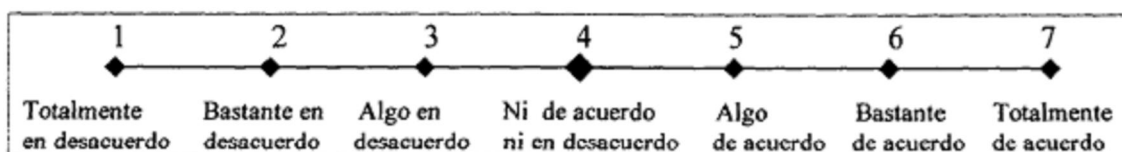
* Inventario de Valencia de Obsesiones y Creencias. Elaborado por: Dra. A. Belloch ,Lic. C. Morillo, Dra. C. Carrió y Lic. E. Cabedo. Universidad de Valencia.



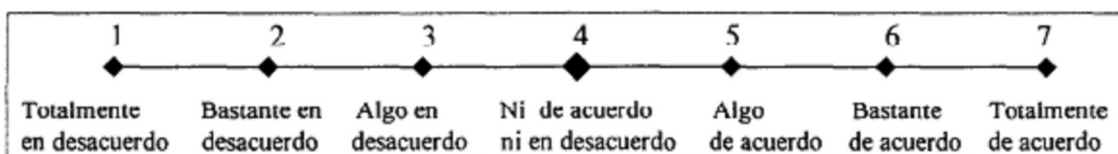
- 10- Si me sucede algo inesperado,
no seré capaz de afrontarlo..... 1 2 3 4 5 6 7
- 11- Para mí, el simple hecho de pensar en hacer
un comentario ofensivo sobre un amigo,
es casi tan inaceptable como hacerlo..... 1 2 3 4 5 6 7
- 12- Debo proteger a los demás de posibles males..... 1 2 3 4 5 6 7
- 13- Si tengo pensamientos violentos,
perderé el control y me volveré violento..... 1 2 3 4 5 6 7
- 14- Yo tengo la responsabilidad de asegurarme
de que todo esté en orden..... 1 2 3 4 5 6 7
- 15- Si pienso que un amigo o un familiar van a tener
un accidente de coche, aumenta la posibilidad
de que realmente lo tengan..... 1 2 3 4 5 6 7
- 16- Antes de tomar una decisión debo conocer todos
los detalles que tengan que ver con el asunto..... 1 2 3 4 5 6 7
- 17- Hay cosas que para la gente son pequeñas molestias
y sin embargo a mí me parecen desastres..... 1 2 3 4 5 6 7
- 18- Los pensamientos violentos son para mí tan inaceptables
como los comportamientos violentos..... 1 2 3 4 5 6 7
- 19- En cualquier situación de la vida diaria no hacer nada
puede causar tanto daño como actuar mal..... 1 2 3 4 5 6 7
- 20- Si tengo pensamientos o impulsos agresivos
hacia mis seres queridos, significa que
en mi interior deseo hacerles daño..... 1 2 3 4 5 6 7
- 21- Si algo no me sale bien,
las consecuencias serán muy malas..... 1 2 3 4 5 6 7
- 22- Si se piensa mucho en algo malo,
es más fácil que suceda..... 1 2 3 4 5 6 7

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

- 23- Para mí, es inaceptable tener cualquier pequeño descuido
si puede afectar a los demás..... 1 2 3 4 5 6 7
- 24- En mi vida, parece como si hasta los problemas
más pequeños se convirtieran grandes..... 1 2 3 4 5 6 7
- 25- Tener un pensamiento blasfemo es el mismo pecado
que hacer algo blasfemo..... 1 2 3 4 5 6 7
- 26- Si yo sé que existe la posibilidad de que suceda algo malo,
aunque sea muy poco probable, tengo la obligación de
intentar prevenir que no se produzca..... 1 2 3 4 5 6 7
- 27- Si tengo malos pensamientos, significa que
me gustaría llevarlos a cabo..... 1 2 3 4 5 6 7
- 28- Sólomente hay una manera correcta de hacer las cosas..... 1 2 3 4 5 6 7
- 29- Cuando un pensamiento me angustia mucho,
es más probable que se haga realidad..... 1 2 3 4 5 6 7
- 30- Siempre debo trabajar con todas mis fuerzas,
esforzándome al máximo..... 1 2 3 4 5 6 7
- 31- Creo que el mundo es un lugar peligroso..... 1 2 3 4 5 6 7
- 32- Desear hacerle daño a alguien es tan malo
como hacerlo de verdad..... 1 2 3 4 5 6 7
- 33- Tener pensamientos obscenos indica que
soy una mala persona..... 1 2 3 4 5 6 7
- 34- Para mí, tener un fallo por pequeño que sea
es lo mismo que fracasar..... 1 2 3 4 5 6 7
- 35- Si pienso que un amigo o un familiar se van a poner enfermos,
es más probable que enfermen de verdad..... 1 2 3 4 5 6 7
- 36- Debería tener la certeza absoluta de que
mi entorno es seguro..... 1 2 3 4 5 6 7
- 37- Hasta las experiencias cotidianas de mi vida
conllevar muchos riesgos..... 1 2 3 4 5 6 7



- 38- Para mí, tener malos impulsos es tan malo como llevarlos a cabo realmente..... 1 2 3 4 5 6 7
- 39- Las cosas o se hacen bien o no se hacen..... 1 2 3 4 5 6 7
- 40- Es fundamental tenerlo todo muy claro, hasta los más mínimos detalles..... 1 2 3 4 5 6 7
- 41- Soy más propenso a tener problemas que otras personas.....1 2 3 4 5 6 7
- 42- Tener un pensamiento malo, es lo mismo que hacer algo malo.....1 2 3 4 5 6 7
- 43- Debo esforzarme constantemente para evitar problemas graves (accidentes, enfermedades, etc.).....1 2 3 4 5 6 7
- 44- Es importante seguir trabajando en algo hasta que se haga bien.....1 2 3 4 5 6 7
- 45- Pensar mal de un amigo es casi tan desleal como comportarse con él de un modo desagradable.....1 2 3 4 5 6 7
- 46- Debería saber en todo momento qué es lo que me ronda por la mente para poder controlar mis pensamientos.....1 2 3 4 5 6 7
- 47- Para sentirme seguro, tengo que estar preparado ante cualquier cosa que pueda ocurrir.....1 2 3 4 5 6 7
- 48- Si se produce un cambio inesperado en mi vida cotidiana, algo malo pasará.....1 2 3 4 5 6 7
- 49- Debería ser capaz de librar mi mente de pensamientos inadecuados.....1 2 3 4 5 6 7
- 50- Para ser una persona digna de consideración debo ser perfecto en lo que haga.....1 2 3 4 5 6 7
- 51- A menudo pienso que mi entorno no es seguro.....1 2 3 4 5 6 7
- 52- Para mí, no hacer nada para prevenir un posible daño, es tan malo como provocarlo yo mismo.....1 2 3 4 5 6 7



- 53- Tener dudas me resulta insoportable.....1 2 3 4 5 6 7
- 54- Debo estar preparado para recuperar el control de mi mente en cuanto aparezca una imagen o pensamiento intruso.....1 2 3 4 5 6 7
- 55- Debo estar completamente seguro de mis decisiones.....1 2 3 4 5 6 7
- 56- Si pierdo el control sobre mis pensamientos, debo luchar para recuperarlo.....1 2 3 4 5 6 7
- 57- Si me esfuerzo mucho conseguiré estar completamente seguro de todo lo que haga.....1 2 3 4 5 6 7
- 58- Para mí, las cosas no están bien si no están perfectas.....1 2 3 4 5 6 7

Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad, subescala para el TOC (IACTA-TOC; Cano Vindel, A. , 2004)

I.A.C.T.A. - T.O.C

Nombre:	Apellidos:	Edad:	Id:
Profesión:	Centro:	Sexo (V ó M):	Fecha:
Nivel estudios:	Curso/puesto:	Otros datos:	

INSTRUCCIONES

En este inventario se le hacen una serie de preguntas o cuestiones, que van numeradas desde el 1. Mediante ellas se evalúa la frecuencia con que usted tiene determinados pensamientos. Evalúe de 0 a 4 la frecuencia con la que usted tiene los pensamientos que se describen en cada una de las cuestiones, según la siguiente escala:

0: Casi nunca	1: Pocas veces	2: Unas veces sí, otras veces no	3: Muchas veces	4: Casi siempre
---------------	----------------	----------------------------------	-----------------	-----------------

Escriba en la columna de la derecha un número de 0 a 4, según la frecuencia que usted estima para cada pensamiento o cuestión

PENSAMIENTOS		Frec
1	Intento suprimir ciertos pensamientos intrusivos, que me invaden, no me gustan, me obsesionan y me producen tensión	
2	Doy mucha importancia a los pensamientos que me obsesionan	
3-8.	Dedico mucho tiempo a pensamientos relacionados con:	
	3 limpieza (manos, ropa,...)	
	4 orden (cajones, casa, trabajo,...)	
	5 control (cerrar puertas, gas,...)	
	6 contaminación (microbios,...)	
	7 enfermedad (SIDA,...)	
	8 pérdida de control (hacer daño,..)	
9	Pienso que es muy probable que mis pensamientos obsesivos se puedan hacer realidad	
10	Imagino con gran viveza e intensidad escenas relacionadas con pensamientos obsesivos	
11	Pienso que es insoportable el malestar que me producen algunos pensamientos	
12	Creo que realizo algunas conductas con el fin de eliminar mis pensamientos y mi malestar	
13	Dedico mucha atención a lo que pienso y me cuesta romper con mis obsesiones y ritos, para hacer una vida normal, fuera de mi mundo interno	
14	Creo que a veces confundo mis pensamientos con la realidad	
15	Me pregunto por qué tengo que tener yo estos pensamientos tan molestos	
16	Creo que si los demás se enteraran de lo que pienso me rechazarían	
17	Creo que debería conseguir controlar los pensamientos que me perturban	
18	Creo que cuánto más se repite un pensamiento, es más probable que llegue a hacerse realidad	
19	Cuando leo o me entero de algún suceso relacionado con mis temores, se disparan mis preocupaciones	
20	Pienso que soy una persona fácilmente sugestionable, pues me afectan bastante ciertas imágenes emocionales	
21	Presto mucha atención y estoy en alerta ante ciertas situaciones relacionadas con mis pensamientos	