

VNIVERSITAT  VALÈNCIA

FACULTAT  DE PSICOLOGIA



INDECISIÓN Y DUDA EN EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

ÁNGEL CARRASCO TORNERO

Dirigida por:

Dra. D^a. AMPARO BELLOCH FUSTER

Dra. D^a. CONXA PERPIÑÁ TORDERA

Valencia, 2015

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Programa de doctorado:

642-295D Psicología de la personalidad: intervención en áreas clínicas y sociales

**INDECISIÓN Y DUDA EN EL
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**

TESIS DOCTORAL

ÁNGEL CARRASCO TORNERO

Dirigida por:

Dra. D^a. AMPARO BELLOCH FUSTER

Dra. D^a. CONXA PERPIÑÁ TORDERA

Valencia, 2015

AGRADECIMIENTOS

A Amparo Belloch le debo la idea original de esta tesis así como el empujón final que necesitaba para completarla. También le debo su apoyo durante todo el camino, la guía que me ha proporcionado en los momentos oportunos y su disponibilidad para responder a mis numerosas dudas. La confianza que ha mostrado en mí, dándome autonomía durante todo el proceso, ha sido una fuente de motivación y de orgullo. Gracias a todo esto, elaborar este trabajo ha sido una experiencia de aprendizaje única y muy satisfactoria.

Haber formado parte del grupo iTOC ha sido muy enriquecedor en lo profesional y, sobre todo, enormemente satisfactorio en lo personal. Gemma García me ha ayudado, aconsejado, animado y acompañado desde los primeros pasos hasta el final del camino. Conxa Perpiñá ha sido un modelo de dedicación a la investigación, trabajo incansable y amplitud de miras, y Elena Cabedo ha sido el ejemplo que necesitaba de que es posible trabajar, investigar e incluso tener vida personal. Otras personas han contribuido a hacer muy agradable pertenecer a este grupo y me gustaría mencionar entre ellas a María Roncero, que ha formado parte de muchos buenos momentos y a Ger Fornés. Todos me han ayudado cuando lo he necesitado.

Mención aparte merecen los que me han acompañado también durante el PIR y las etapas posteriores. A Carmen Carrió debo, entre otras cosas, formar parte de este grupo, su ayuda en mis primeros pasos como terapeuta y su extraordinario ejemplo de pasión por la clínica y la investigación. Gema del Valle ha compartido conmigo el PIR, la tesis e incluso unas oposiciones, y ha estado ahí en los momentos buenos y en los malos. Y Sonia Císcar ha aportado su sonrisa y su entusiasmo constantes.

Gracias a formar parte de este grupo he podido conocer a investigadores de varios países y participar en reuniones de trabajo con ellos, que fueron grandes oportunidades de aprendizaje. Estoy especialmente agradecido a Claudio Sica por sus consejos y comentarios sobre este trabajo, que me ofreció de forma generosa y que me han resultado muy útiles.

Esta tesis no hubiera sido posible sin aquellos que han contribuido a la recogida de la muestra clínica. Mi mayor agradecimiento es para Pino Alonso, que posibilitó la recogida de muestra en el Hospital de Bellvitge y para Clara López quien obtuvo tantos datos y de forma tan eficaz. A los compañeros de

diferentes Unidades de Salud Mental que me proporcionaron el contacto de pacientes también va mi agradecimiento, y en especial a Vicente Balanzá por su apoyo entusiasta a la investigación en un entorno desfavorable. Y, por supuesto, mi agradecimiento a todos los participantes y, en especial, a los pacientes, sin los que este trabajo no sólo no sería posible sino que no tendría sentido.

Cualquier cosa que diga sobre lo importantes que han sido mis padres en este trabajo y tantos otros objetivos personales largos y difíciles se quedará muy corto. Así que sólo diré: gracias por vuestro apoyo incondicional. También gracias a mi hermano por ser ejemplo de muchas cosas y también, en los últimos años, de una dedicación a la investigación tan intensa que ha acabado ganando nuestra particular carrera hacia el doctorado.

Gracias también al (ya doctor) Óscar, por demostrar que las tesis tienen un final y, sobre todo, por su amistad, que me ha proporcionado tanta compañía y hasta estímulo intelectual. Y al (todavía no doctor) Toni. Sin su amistad y ejemplo hubiera pisado menos bibliotecas y consultado menos bibliografía pero, sobre todo, esta tarea hubiera sido muchísimo más ingrata en los momentos más solitarios y difíciles.

Y gracias a Ana a quien esta tesis y otros proyectos e intereses le han robado tanto tiempo. Gracias por tu cariño, tu apoyo y tu paciencia, que hacen mi vida mucho mejor.

ÍNDICE

ABREVIATURAS Y SIGLAS.....	9
MARCO TEÓRICO.....	13
CAPÍTULO 1: EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.....	15
1. Qué es el TOC.....	15
2. La heterogeneidad del TOC.....	21
3. Epidemiología.....	28
4. Comorbilidad.....	31
5. Clasificación del TOC: el debate sobre el espectro.....	36
CAPÍTULO 2: MODELOS CONDUCTUALES Y COGNITIVOS DEL TOC.....	45
1. Introducción.....	45
2. Modelo conductual.....	46
3. Modelo cognitivo.....	50
CAPÍTULO 3: MODELOS BIOLÓGICOS DEL TOC.....	73
1. Introducción.....	73
2. Neuroanatomía del TOC.....	74
3. Neuropsicología del TOC.....	84
4. Los síntomas obsesivo-compulsivos desde la perspectiva neurobiológica.....	101
CAPÍTULO 4: LA DUDA OBSESIVA.....	109
1. Introducción histórica y conceptual.....	109
2. El estudio experimental de la duda obsesiva.....	124
3. El estudio psicométrico de la duda obsesiva.....	138
4. La duda obsesiva y el modelo cognitivo.....	170
5. La confianza en la memoria y en otros procesos cognitivos.....	175
6. Conclusión.....	185
MARCO EMPÍRICO.....	187
INTRODUCCIÓN A LOS ESTUDIOS.....	189
ESTUDIO I.....	191
Objetivos e hipótesis.....	191
Participantes.....	192
Procedimiento.....	193
Instrumentos.....	194
Análisis estadísticos.....	199

Resultados	201
Discusión	225
ESTUDIO 2.....	235
Objetivos e hipótesis	235
Participantes	237
Procedimiento.....	237
Instrumentos.....	244
Análisis estadísticos.....	245
Resultados.....	248
Discusión	265
ESTUDIO 3.....	273
Objetivos e hipótesis	273
Participantes	274
Procedimiento.....	279
Instrumentos.....	283
Análisis estadísticos.....	285
Resultados.....	287
Discusión	311
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	323
DISCUSIÓN GENERAL.....	325
1. Introducción.....	325
2. Investigación psicométrica y validez de constructo de los cuestionarios estudiados	325
3. La medida experimental de la indecisión.....	330
4. La indecisión como manifestación conductual de la duda obsesiva.....	339
CONCLUSIONES	343
BIBLIOGRAFÍA.....	347
ANEXOS.....	391

ABREVIATURAS Y SIGLAS

Acu.	Acumulación (escala del OCI-R)
Amenaz.	Amenazantes
Ans.	Ansiedad
Ansióg.	Ansiógenos
BDI-II	<i>Beck Depression Inventory – II</i> (Inventario de Depresión de Beck - II)
CBOCI	<i>Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory</i> (Inventario Obsesivo-Compulsivo de Clark y Beck)
CFM	Córtex Frontal Medial
CFS	Circuitos Fronto-Subcorticales
COF	Córtex Orbitofrontal,
Com.	Compulsiones (escala del CBOCI)
Comp.	Comprobación (escala del OCI-R)
Conf.	Confianza
CPDL	Córtex Prefrontal Dorsolateral
Crít. Par.	Críticas Parentales (subescala de la MPS)
Dud. Acc.	Dudas sobre Acciones (subescala de la MPS)
Ev. Dño.	Evitación del daño (escala del OC-TCDQ)
Ex. Pers.	Exigencias Personales (subescala de la MPS)
Exp. Par.	Expectativas Parentales (subescala de la MPS)
FPA-M	Fusión Pensamiento-Acción, Tipo Moral (escala del ICO-R)
FPA-P	Fusión Pensamiento-Acción, Tipo Probabilidad (escala del ICO-R)
HA	<i>Harm Avoidance</i> (escala de la versión original del OC-TCDQ)
ICO-R	Inventario de Creencias Obsesivas – Revisado
Imp. Cont.	Importancia de Controlar los Pensamientos (escala del ICO-R)
Imp./Cont.	Importancia/Control de los Pensamientos (escala del OBQ-44)
INC	<i>Incompleteness</i> (escala de la versión original del OC-TCDQ)
Inac.	Inacabado (escala del OC-TCDQ)
Int. Inc.	Intolerancia a la Incertidumbre (escala del ICO-R)
IS	<i>Indecisiveness Scale</i> (Escala de indecisión)

IS-Act. Pos.	Actitudes Positivas hacia la Toma de Decisiones (subescala de la IS)
IS-Tem.	Temores hacia la Toma de Decisiones (subescala de la IS)
IUS	<i>Intolerance of Uncertainty Scale</i> (Escala de Intolerancia a la Incertidumbre)
Lat.	Latencia
Lav.	Lavado (escala del OCI-R)
MACCS	<i>Memory and Cognitive Confidence Scale</i> (Escala de Confianza Cognitiva y en la Memoria)
MPS	<i>Multidimensional Perfectionism Scale</i> (Escala Multidimensional de Perfeccionismo)
Neu.	Neutralización (escala del OCI-R)
NJREQ-R	<i>Not Just Right Experiences Questionnaire – Revised</i> (Cuestionario Revisado de Experiencias <i>Not Just Right</i>)
NJR-Cant.	Cantidad (Escala del NJREQ-R)
NJR-Val.	Valoración (Escala del NJREQ-R)
Obs.	Obsesiones (escala del OCI-R o del CBOCI)
OBQ-44	<i>Obsessive Beliefs Questionnaire</i> (Cuestionario de Creencias Obsesivas)
OCI-R	<i>Obsessive-Compulsive Inventory – Revised</i> (Inventario Obsesivo-Compulsivo – Revisado)
OC-TCDQ	<i>Obsessive-Compulsive Trait Core Dimensions Questionnaire</i> (Cuestionario de Dimensiones Nucleares Obsesivo-Compulsivas – Rasgo)
Ord.	Orden (escala del OCI-R)
Org.	Organización (subescala de la MPS)
PDSS	<i>Panic Disorder Severity Scale</i> (Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico)
Perf.	Perfeccionismo (escala del ICO-R)
Perf./Cert.	Perfeccionismo/Certidumbre (escala del OBQ-44)
Pr. Err.	Preocupación por los Errores (subescala de la MPS)
PSWQ:	<i>Penn State Worry Questionnaire</i> (Cuestionario de Preocupación de la Universidad Estatal de Pensilvania)
Resp.	Responsabilidad (escala del ICO-R)
Resp./Am.	Responsabilidad/Estimación de la Amenaza (escala del OBQ-44)
SANEB-D	Entrevista de Sensaciones de que Algo no está Bien – Decisional
Sobr. Am.	Sobreestimación de la Amenaza (escala del ICO-R)
Sobr. Imp	Sobreestimación de la Importancia de los Pensamientos (escala del ICO-R)
STAI	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i> (Inventario de Ansiedad de Estado – Rasgo)
STAI-R	escala de Ansiedad-Rasgo del STAI

STAI-E	escala de Ansiedad-Estado del STAI
TOC	Trastorno Obsesivo Compulsivo
TOC-R	TOC-relevante
Tot.	Puntuación total en el cuestionario correspondiente
TP/A	Trastorno de Pánico y/o Agorafobia
Y-BOCS	<i>Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale</i> (Inventario Obsesivo-Compulsivo de Yale-Brown)

SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ESTADÍSTICOS

α	Alfa de Cronbach
AFE	Análisis Factorial Exploratorio
CCI	Coefficiente de Correlación Intraclase
DT	Desviación Típica
ET	Error Típico
<i>F</i>	<i>F</i> de Fisher
M	Media
KMO	Test de Kaiser-Meyer-Olkin
<i>p</i>	probabilidad
<i>r</i>	coeficiente de correlación de Pearson
R²	Coefficiente de Determinación
<i>t</i>	<i>t</i> de Student
χ^2	Chi-Cuadrado
Δ	Incremento

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

1. QUÉ ES EL TOC

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es un trastorno mental caracterizado por la ocurrencia repetida de obsesiones, compulsiones, o ambas. El establecimiento de un diagnóstico siguiendo los criterios de la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM; APA, 2013) requiere del cumplimiento de criterios adicionales de gravedad y exclusión, además de especificar el nivel de introspección y la existencia, o no, de una historia de tics. Sin embargo, el interés psicopatológico de las descripciones del trastorno, así como la mayoría de dudas sobre su diagnóstico diferencial, reside en la propia definición de sus síntomas constituyentes. Por este motivo, nuestra descripción del TOC se centrará en la caracterización de las obsesiones y las compulsiones así como en la relación entre ambas.

1.1. Obsesiones.

Rachman (1981, citado en Belloch, Cabedo y Carrió, 2011) definió las obsesiones como “Pensamientos, imágenes e impulsos repetitivos e intrusos que son considerados inaceptables para el individuo, le ocasionan malestar y a menudo están acompañados de alguna forma de resistencia”. El DSM-5 (APA, 2013) recoge esta aportación y define las obsesiones como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno como intrusas y no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importantes. El DSM-IV-TR (APA, 2000) añadía que no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real; que llevan a intentos de supresión, de neutralización o simplemente de ser ignorados; y que son reconocidos por quien los sufre como producto de su propia mente, habiéndose eliminado este último requisito en la última revisión del manual. El DSM ofrece así una definición clásica de este fenómeno, mediante una serie de características, necesarias individualmente y suficientes en conjunto, para que un fenómeno mental se

considere una obsesión. Algunas de estas características se incluyen no porque contribuyan a una descripción completa de las peculiaridades de las obsesiones, sino para trazar una frontera con la normalidad (“causan ansiedad o malestar *significativos*”) o con otros fenómenos psicopatológicos como el *worry* o la inserción del pensamiento.

Frente a esta preocupación, más burocrática que científica, por el establecimiento de diagnósticos bien delimitados, los autores que se enmarcan en la tradición cognitivo-conductual apelan a menudo a la enumeración de “características definitorias” de las obsesiones. No se pretende que dichas características sean fenómenos de todo-o-nada (más bien se suele asumir que se trata de dimensiones aunque no siempre se explicita), ni que las distingan netamente de otras experiencias psicopatológicas, ni siquiera tomadas en conjunto (Jakes, 1996). No existe un acuerdo completo sobre cuáles son estas características, por lo que ofreceremos como ejemplo las que recoge (Clark, 2004):

- **Cualidad intrusa:** el pensamiento, imagen o impulso entra repetidamente en la conciencia sin que el sujeto lo pretenda, en contra de su voluntad. De este modo, el pensamiento va asociado a un sentimiento subjetivo de compulsión.
- **Inaceptabilidad:** la intrusión va asociada a un afecto negativo que varía desde la molestia al desagrado o malestar, llegando al miedo o la ansiedad intensos.
- **Resistencia subjetiva:** el sujeto se ve fuertemente impulsado a resistir, suprimir o eliminar la obsesión, o impedir que entre en la conciencia, sea mediante la evitación, el uso de estrategias de control cognitivo o mediante rituales compulsivos manifiestos.
- **Incontrolabilidad:** se da una sensación subjetiva de que el control sobre la obsesión es limitado. La capacidad de suprimir la obsesión será, en el mejor de los casos, incompleta y temporal.
- **Egodistonía:** la intrusión varía desde fenómenos mentales sin sentido que tienen una implicación mínima para el sí-mismo, hasta ideas, imágenes o impulsos que son completamente inconsistentes e incluso amenazantes para sus valores centrales.

Si a estos rasgos más propiamente peculiares de los fenómenos obsesivos añadimos otros ya mencionados anteriormente, como la conciencia de su

procedencia interna, su irracionalidad o sus diferentes modos de aparición, tendremos una caracterización compleja pero razonablemente completa de las obsesiones. De todas las características mencionadas hay dos que pueden destacarse por su importancia, pudiendo utilizarse para agrupar bajo las mismas el conjunto de las mencionadas (García Soriano, 2008).

- La **inaceptabilidad del contenido** de las obsesiones, bien porque contraviene las normas, creencias y/o valores del individuo, bien porque resulta antagónico con su autoconcepto o promueve dudas sobre la propia capacidad y responsabilidad (por ejemplo, en caso de que lo pensado se hiciera real).
- La **recurrencia** de las obsesiones, que promueve la resistencia, se asocia a dificultad para controlarlas, a la sensación de intrusividad en el flujo de la experiencia consciente y a la interferencia con las actividades en curso.

Las obsesiones, definidas mediante estos aspectos formales, poseen un contenido que es habitualmente el que hace sospechar al clínico de que se halla frente a este fenómeno. Si bien la variedad de estos contenidos es teóricamente ilimitada, se observan una serie de temas que agrupan a la mayoría de las obsesiones padecidas por los pacientes con TOC. El Cuadro 1.1 contiene una lista de las obsesiones más comunes halladas por el estudio de campo del DSM-IV (Foa *et al.*, 1995), que examinó el síntoma principal de 431 pacientes con TOC. No entraremos en una descripción clínica detallada de dichos síntomas por quedar fuera de los objetivos de esta introducción, ni en el debate sobre la clasificación de las manifestaciones de este trastorno, que dejamos para un apartado posterior.

Cuadro 1.1. Obsesiones comunes en el TOC (basado en Foa *et al.*, 1995).

Contenido	Porcentaje
Contaminación por suciedad, gérmenes, virus (p. ej., VIH), fluidos corporales, sustancias químicas, pegajosas, peligrosas, materiales peligrosos.	37,80 %
Miedo al peligro (p. ej., los cerrojos de las puertas no son seguros).	23,60%
Preocupaciones excesivas sobre el orden y la simetría.	10,00%
Obsesiones relacionadas con el cuerpo o con síntomas físicos.	7,20%
Pensamientos religiosos, sacrílegos o blasfemos.	5,90%
Pensamientos sexuales (p. ej., ser pedófilo u homosexual).	5,50%
Urgencia de acumular objetos inútiles o gastados.	4,80%
Pensamientos de violencia o agresión (p. ej., apuñalar al propio hijo).	4,30%

1.2. Compulsiones

El DSM-5 (APA, 2013) define las compulsiones como comportamientos o actos mentales repetitivos que el individuo realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida. Cabe destacar que esta definición incluye dos elementos fundamentales de los modelos cognitivo-conductuales contemporáneos. Se reconoce que las compulsiones pueden ser mentales, aspecto que no fue reconocido hasta el DSM-IV (APA, 1994). Y, lo que es más importante, se recoge la idea de que las compulsiones mantienen una relación funcional con las obsesiones, si bien según estos criterios no es necesario encontrar la conexión para reconocer una compulsión, siendo suficiente que esta se realice siguiendo reglas de forma estricta. Desde la perspectiva teórica antes señalada se iría más lejos, afirmando que las obsesiones son el componente primario de este trastorno y asumiendo que las compulsiones se realizan siempre en respuesta a ellas. La existencia de pacientes con TOC que niegan experimentar obsesiones (relativamente

habituales entre casos crónicos con conductas compulsivas generalizadas y subtipos como la lentitud primaria obsesiva) lleva a los teóricos de esta orientación a postular que, incluso en estos casos, las obsesiones han tenido un papel en el origen del problema, pero que se han visto ocultadas en una maraña de comportamientos compulsivos con complejas relaciones funcionales con sus desencadenantes (Morillo, 2004).

Rachman y Shafran (1998) ofrecen una definición de mayor riqueza psicopatológica. Según estos autores, las compulsiones se caracterizan por ser acciones repetitivas, estereotipadas e intencionales. Para ser clasificada como compulsiva, una conducta repetitiva debe ir asociada una sensación de impulso a actuar, y esta presión subjetiva debe ser atribuida a fuentes internas. La resistencia es un elemento confirmatorio importante pero, a diferencia de las características anteriores, no es un elemento necesario. El impulso puede superar las inclinaciones racionales de la persona, y el refuerzo negativo producido por sus propiedades ansiolíticas temporales lleva a su mantenimiento a pesar del considerable malestar que producen.

Clark (2004) subraya la importancia del aspecto funcional de las compulsiones al caracterizarlas como “rituales compulsivos” y clasificarlas entre otras formas de neutralización (en un sentido amplio), tanto manifiestas como encubiertas. La lista de “estrategias de respuesta” a las obsesiones que ofrece, junto con sus definiciones, es la siguiente:

- **Rituales compulsivos:** respuestas repetitivas, estereotipadas e intencionales asociadas a una presión subjetiva para actuar que se percibe frecuentemente como excesiva y que puede, temporalmente, provocar resistencia.
- **Impulsos (“urges”) compulsivos:** el estado subjetivo entre una obsesión y una compulsión en el que, provocado por un estímulo interno o externo, uno se siente impulsado a actuar.
- **Neutralización:** acciones, encubiertas o manifiestas, intencionales, voluntarias y llevadas a cabo con esfuerzo, destinadas a anular la ocurrencia de una obsesión o el malestar asociado, o a prevenir la consecuencia temida simbolizada en la obsesión.
- **Búsqueda de reaseguración:** demandas persistentes de información que podría reducir la amenaza anticipada que se asocia a la intrusión,

incluso cuando se es completamente consciente de cuál será la respuesta.

- Evitación: cualquier actividad o esfuerzo encaminado a impedir un estímulo interno o externo que provoque la obsesión.

En el Cuadro 1.2. se muestran los datos sobre las compulsiones más comunes en pacientes TOC según la investigación ya mencionada de Foa y sus colaboradores (1995).

Cuadro 1.2. Compulsiones comunes en el TOC (basado en Foa *et al.*, 1995).

Contenido	Porcentaje
Comprobación (p. ej., seguridad del gas).	28,80%
Limpieza y lavado.	26,50%
Repetir acciones.	11,10%
Compulsiones mentales (p. ej., palabras “especiales” u oraciones repetidas de una forma determinada).	10,90%
Orden, simetría.	5,90%
Acumular, coleccionar.	3,50%
Contar.	2,10%

En definitiva, la caracterización que hacen del TOC tanto los principales sistemas nosológicos actuales como los modelos cognitivo-conductuales, se basa en la definición de sus componentes nucleares (obsesiones y compulsiones). Esta es probablemente la manera más adecuada de entender las peculiaridades de los síntomas del trastorno como fenómenos psicopatológicos, y de diferenciarlos de otros pensamientos y comportamientos repetitivos. Por otro lado, la descripción puramente formal resulta poco satisfactoria a la hora de capturar la fenomenología del TOC. Sin embargo, cuando se intenta introducir en las descripciones del trastorno contenidos sintomatológicos concretos, se tropieza con la dificultad de que estos son enormemente variables. Pero la heterogeneidad del TOC no es simplemente un problema para quien pretende exponer abreviadamente su presentación clínica, sino un objeto de

estudio prioritario de la psicopatología de este trastorno y una oportunidad de profundizar en el conocimiento de su etiología.

2. LA HETEROGENEIDAD DEL TOC

2.1. El estudio de la heterogeneidad

En parte como resultado de su opción por el énfasis en los aspectos formales, que permite ignorar la diversidad de sus manifestaciones sintomatológicas, el DSM-IV-TR considera el TOC como un trastorno unitario. La CIE-10, en cambio, recoge la única diferenciación posible desde las premisas de las que parte, ya que requiere especificar si predominan las obsesiones o las compulsiones, o bien ninguna de las dos, produciéndose una mezcla (Organización Mundial de la Salud, 1992). Esta clasificación es muy poco satisfactoria, especialmente teniendo en cuenta que la distinción entre ambas se realiza en función de su carácter manifiesto o encubierto. En cualquier caso, los sistemas nosológicos actuales no recogen adecuadamente la heterogeneidad del trastorno.

El estudio de la heterogeneidad del TOC ha sido objeto de un gran interés investigador durante la última década (ver, por ejemplo, la revisión de García-Soriano, Belloch y Morillo, 2008), en la que hemos basado parcialmente este apartado). Este interés suele justificarse por la necesidad de mejorar los tratamientos disponibles, lo que pasaría por una mayor comprensión de los procesos implicados en la génesis y mantenimiento del TOC. Se supone, por tanto, que las diversas manifestaciones clínicas (“fenotipos”) se corresponden con diferentes “genotipos”, entendidos en un sentido amplio como factores causales, y se asume que las dificultades para encontrar dichos genotipos (por ejemplo, áreas cerebrales implicadas) es, al menos en parte, una consecuencia de haber asumido erróneamente la homogeneidad del trastorno. En definitiva, se sigue la influyente propuesta de Robins y Guze (1970), quienes consideran que las agrupaciones diagnósticas homogéneas proporcionan el mejor fundamento para los estudios sobre etiología y tratamiento.

La delimitación de los fenotipos del TOC puede realizarse sobre la base de diferentes características de su presentación clínica, habiéndose propuesto taxonomías basadas en criterios tan dispares como los siguientes (García-Soriano *et al.*, 2008): 1) Características clínicas y demográficas (p. ej., edad de comienzo del trastorno o historia familiar de TOC); 2) gravedad de los

síntomas, interferencia o malestar; 3) trastornos comórbidos (p. ej. tics o trastornos de personalidad); 4) forma de aparición de las obsesiones o 5) tipos de déficits neuropsicológicos asociados. Sin embargo, las clasificaciones más extendidas son aquellas basadas en el contenido de las obsesiones y las compulsiones, y son estas en las que nos centraremos hasta la discusión de las propuestas de subtipos.

2.2. Las clasificaciones basadas en síntomas

2.2.1. Propuestas racionales

Los intentos de definición de fenotipos se diferencian también por la metodología que emplean. Las primeras clasificaciones se realizaron partiendo de propuestas racionales, entre las que fue especialmente influyente la distinción entre obsesivos “puros” y obsesivos con compulsiones manifiestas (atribuida a Rachman, 1971, si bien este trabajo no emplea esa terminología exacta), en función de la presencia o no de compulsiones manifiestas y que, como se ha mencionado, se mantiene en la CIE-10. Hasta que se desarrolló una comprensión satisfactoria de las compulsiones como mecanismo de neutralización, las diferentes propuestas desde la perspectiva cognitivo-conductual no fueron sino variantes de esta clasificación, en las que los “obsesivos puros” eran clasificados juntos y el resto se subdividían en función del tipo de compulsiones. Habitualmente se distinguía entre compulsiones de limpieza, comprobación, repetición, orden y acumulación, y además se añadía un subtipo de lentitud obsesiva primaria, en el que no suelen verbalizar obsesiones pero tampoco son evidentes las compulsiones (García-Soriano *et al.*, 2008). Desde esta misma perspectiva teórica, el grupo de Foa (Kozack, Foa, y McCarthy, 1988) propuso una clasificación teórica que incorporaba la descripción de mecanismos causales y que distinguía entre tipos de obsesivos. Según recogen Botella y Robert (2009, pág. 158), a partir de la combinación de tres criterios dicotómicos (tipo de claves que provocan la ansiedad; presencia de pensamientos sobre consecuencias catastróficas; tipo de actividad que reduce la ansiedad) se proponen ocho subtipos de TOC de los que seis se observan en la clínica: tres subtipos de “obsesivos”, y otros tres en los que predominan las compulsiones (de comprobación y limpieza, de limpieza y orden, y de repetición).

Desde los años 90 se han realizado numerosas investigaciones empíricas con el propósito de encontrar clasificaciones fenotípicas válidas del TOC basadas en su sintomatología. La metodología más frecuente consiste en la valoración

mediante autoinforme o entrevista de la presencia de una serie de síntomas, que posteriormente se agrupan empleando técnicas de estadística multivariante. Los supuestos de partida de los investigadores determinarán la elección de la técnica de agrupación concreta, que será la principal característica que distinga entre las perspectivas dimensionales y las categoriales.

2.2.2. *Propuestas empíricas y dimensionales*

Las aproximaciones dimensionales se caracterizan por el empleo del análisis factorial como método de agrupación de los síntomas. La elección de esta técnica se basa en el supuesto, central en los modelos cognitivo-conductuales del TOC, de que existe un continuo entre la normalidad y la patología, y que un mismo individuo puede tener síntomas de más de una dimensión. De este modo, más que clasificarla, se sitúa a cada persona en función de la intensidad de sus síntomas en diversos puntos a lo largo de cada dimensión continua. Esta aproximación justifica realizar investigaciones con población no clínica, en la que habitualmente no se emplean listados de síntomas clínicos, sino autoinformes de pensamientos intrusos análogos a las obsesiones, ya que estos se consideran desde el modelo cognitivo como precursores de las obsesiones clínicas y situados en un continuo con estas (ver capítulo 2). El cuestionario más utilizado con este propósito es el Revised Obsessional Intrusions Inventory (ROII, Purdon y Clark, 1994a).

Uno de los modelos más interesantes desde el punto de vista teórico, y que cuenta con cierto respaldo empírico, es el defendido por Lee y Kwon (2003). Se trata de un modelo empírico pero no dimensional, ya que distingue entre dos subtipos: obsesiones autógenas y reactivas. Las obsesiones autógenas se corresponderían en gran medida a las “obsesiones puras” debido a su falta de asociación con las compulsiones manifiestas. Se trata de pensamientos, imágenes o impulsos que se perciben como aversivos en sí mismos, que suelen versar sobre temas sexuales, agresivos o blasfemos, que se perciben como irracionales e inaceptables y que ocurren sin un desencadenante externo o, como mucho, uno de tipo simbólico. En definitiva, se trata de experiencias en las que la amenaza percibida se centra en el propio pensamiento. En contraste, las obsesiones reactivas son pensamientos o preocupaciones algo más realistas en las que la amenaza percibida no es la obsesión en sí misma, sino alguna consecuencia negativa asociada que es improbable pero no imposible. Incluyen aquellas obsesiones que suelen ir acompañadas de compulsiones manifiestas, como las relacionadas con contaminación, errores o simetría. Estas obsesiones se producen, en mayor medida, en conexión con determinados

desencadenantes que tienen una conexión realista con las mismas. Lo más interesante de esta propuesta es el vínculo que establece entre los diferentes tipos de obsesiones y otras características de interés clínico y terapéutico, como las valoraciones y estrategias de control empleadas por los pacientes en respuesta a las mismas, su diferente relación con las preocupaciones típicas del TAG, con las creencias nucleares asociadas al TOC, o características de personalidad de tipo obsesivo o esquizotípico (Lee y Telch, 2008). El punto débil de este modelo es su discutible generalización a la población clínica.

Los estudios que se han llevado a cabo con pacientes han usado una variedad más amplia de cuestionarios, algunos de ellos no enteramente adecuados para este propósito al haber sido diseñados más bien para servir como instrumentos de *screening* (MOCI, OCI-R o VOICI). La mayoría han empleado la escala de síntomas del YBOCS (YBOCS-SC; Symptom Checklist of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; Goodman *et al.*, 1989). Los estudios iniciales padecían de ciertas limitaciones metodológicas, como no utilizar la categoría de ítems misceláneos, asumir las categorías propuestas en el instrumento (de origen racional y no empírico), realizando los análisis sobre las puntuaciones en dichas categorías y no en los ítems, y el uso de análisis factoriales exclusivamente exploratorios. Uno de los resultados más replicados fue el hallado originalmente por Leckman *et al.* (1997), que distinguía cuatro factores: 1) obsesiones “puras” (agresivas, sexuales, religiosas y somáticas) y compulsiones de comprobación; 2) simetría y orden; 3) contaminación/limpieza y 4) acumulación. La unión entre compulsiones de comprobación y obsesiones agresivas, poco congruente con la teoría y los modelos racionales, es seguramente el resultado más inestable y se ha descartado en las soluciones más recientes. Tras dos décadas de investigación dentro del enfoque dimensional, aún no ha emergido un acuerdo entre sus partidarios acerca del número y caracterización de las dimensiones de síntomas.

Resumiremos brevemente el estado de la cuestión describiendo tres propuestas recientes, asociadas al desarrollo de nuevos instrumentos de medida. Rosario-Campos y sus colaboradores han desarrollado una nueva versión del Y-BOCS, el Y-BOCS dimensional (DY-BOCS; Rosario-Campos *et al.*, 2006), que propone seis dimensiones: agresión; sexo/religión; orden y simetría; contaminación y limpieza; acumulación y misceláneas. Una propuesta similar, que surge de la insatisfacción con los instrumentos existentes es la de (Abramowitz *et al.*, 2010), quienes desarrollan el *Dimensional Obsessive-Compulsive Scale* (DOCS) y que diferencia entre cuatro: contaminación; responsabilidad

(daño); pensamientos inaceptables y simetría. Las discrepancias observables entre estas dos propuestas se basan, aunque sólo en parte, en cuestiones difíciles de solucionar empíricamente, como la adscripción o no de los síntomas de acumulación al TOC o la inclusión de contenidos “misceláneos”.

Las propuestas de dimensiones de estos instrumentos no son el resultado de la investigación llevada a cabo con los mismos sino el punto de partida de su desarrollo y, por lo tanto, no reflejan un resultado empírico sino el acuerdo en el interior de dos influyentes grupos de investigación. Los cuestionarios mencionados no se crearon con la intención de probar la validez de estas dimensiones, sino de mejorar su evaluación. En contraste con esto, el Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOS; García Soriano, 2008) fue desarrollado con el objetivo de evaluar la aparición y frecuencia de pensamientos intrusos análogos a las obsesiones tanto en población normal como clínica, además de las valoraciones y estrategias de control asociadas al pensamiento más molesto. A partir del análisis factorial confirmatorio a nivel de ítem realizado con la primera parte del cuestionario, que explora 48 PIOs, García-Soriano, Belloch, Morillo y Clark (2011) proponen un modelo con seis factores de primer orden y dos de segundo orden, similares estos últimos a los propuestos por Lee y Kwon. El primero de estos factores de orden superior (Tipo I, morales) subsume los factores 1) PIOs agresivos y 2) PIOs sexuales, religiosos e inmorales. El segundo (Tipo II, no morales), incluye los factores 3) PIOs de simetría/orden; 4) PIOs sobre dudas, errores y necesidad de comprobar; 5) PIOs de contaminación y 6) PIOs de superstición y pensamiento mágico. Esta estructura se ha obtenido a partir de los datos procedentes de participantes no clínicos y su generalización a la población clínica está por comprobarse, pero la distinción entre dos niveles apunta un posible camino para integrar los resultados obtenidos de la investigación con ambos tipos de poblaciones.

2.2.3. *Propuestas empíricas: categorías*

La aproximación categorial al estudio de los síntomas obsesivo-compulsivos se diferencia de la mencionada en el uso del análisis cluster como método de agrupación de los mismos. Es el grupo de Calamari el pionero en este enfoque (Calamari, Wiegartz y Janeck, 1999) y el que más lo ha empleado. Estos autores concluyen que la estructura del TOC que mejor parece ajustarse a los datos disponibles es la compuesta por 7 clusters (Calamari *et al.*, 2004): 1) Contaminación; 2) Daño; 3) Acumulación; 4) Simetría; 5) Certeza; 6) Obsesiones; 7) Contaminación/daño. El análisis cluster resulta en la asignación

de cada participante a un solo subgrupo, frente a las múltiples puntuaciones para cada uno de los factores obtenidos a los que da lugar el análisis factorial, técnica que puede conducir a pasar por alto la existencia de subtipos o clusters de pacientes (Calamari, Chik, Pontarelli y Dejong, 2011).

La elección entre modelos categoriales y dimensionales no puede ser resuelta desde dentro del propio marco de dichos modelos. La idoneidad de uno u otro depende, en parte, de cuestiones empíricas (por ejemplo, la posibilidad de asignar a la mayoría de los pacientes inequívocamente a uno u otro cluster, o la estabilidad temporal de dicha asignación), y de otras de índole conceptual o metodológico. Pero la elección de una u otra estrategia analítica depende de una decisión previa al respecto y, por tanto, no puede resolver este dilema. El análisis taxométrico multivariante (Waller y Meehl, 1998) es un procedimiento estadístico que puede utilizarse para determinar si una variable puede dividirse en categorías distintas o es una variable continua. La utilización de esta herramienta para la clasificación de los síntomas obsesivo-compulsivos ha llevado a apoyar el modelo dimensional para la mayoría de estos, con las posibles excepciones de los síntomas de acumulación (Olatunji, Williams, Haslam, Abramowitz y Tolin, 2008) o un “subtipo obsesivo” (Haslam, Williams, Kyrios, McKay y Taylor, 2005). Sin embargo, esta aproximación no está exenta de críticas (ver McKay, Abramowitz y Taylor, 2008) por lo que estos resultados no pueden considerarse la última palabra en este debate.

2.3. Subtipos del TOC

Las propuestas resumidas hasta el momento tenían en común basarse en el contenido de los síntomas para establecer una clasificación, bien de los propios síntomas, bien de los pacientes que los sufren. A estas clasificaciones se les denomina en ocasiones “subtipos” en un sentido amplio o “agnóstico” es decir, sin implicar necesariamente que se traten de categorías homogéneas y discontinuas con la normalidad (por ejemplo, McKay *et al.*, 2008). En otras ocasiones se habla de la búsqueda de subtipos de TOC para referirse a la búsqueda de grupos relativamente homogéneos de pacientes que comparten características específicas, no necesariamente relacionadas con la expresión sintomatológica. Los autores que apoyan esta aproximación (por ejemplo, Taylor, 2005a) la oponen a la dimensional (defendida, por ejemplo, por Leckman, Mataix-Cols y Rosario-Campos (2005a), si bien consideran ambas complementarias.

Cuando el establecimiento de subtipos se basa en los síntomas, esta aproximación se solapa en gran medida con las ya mencionadas clasificaciones categoriales basadas en el análisis cluster, si bien las taxonomías racionales e incluso modelos como el de Lee y Kwon podrían ser considerados de subtipos. Otras propuestas de subtipos se basan en características diferentes del trastorno, como las características demográficas del paciente, la comorbilidad o asociación con rasgos de personalidad, o supuestos factores etiológicos (psicológicos o biológicos). Estas suelen partir de la identificación de un subgrupo minoritario de pacientes con características especiales que suponen implicaciones terapéuticas o etiológicas importantes. Por lo tanto, no constituyen clasificaciones exhaustivas aplicables a cualquier paciente, salvo que se incluya un subtipo complementario que recoja el resto de TOCs “tradicionales” (por ejemplo: “inicio temprano” e “inicio tardío”). Resumiremos brevemente algunos estudios representativos.

El TOC asociado al trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo (TOCP) ha sido propuesto como un subtipo por Coles, Pinto, Mancebo, Rasmussen y Eisen (2008), sobre la base de que estos pacientes muestran un patrón característico sintomatológico, de comorbilidad, de edad de inicio y un peor funcionamiento no explicable por la gravedad de los síntomas. Propuestas anteriores de subtipos en función de la asociación con rasgos esquizotípicos de personalidad (Sobin *et al.*, 2000) o de perfiles extraídos del análisis cluster del Inventario Multiaxial de Personalidad de Millon (MCMI; Fals-Stewart y Lucente, 1993) habían sido planteadas con anterioridad, y criticadas por Taylor (2005a) con el argumento de que la disminución de la eficacia del tratamiento no es un rasgo específico de estos subtipos sino común en la comorbilidad entre trastornos del eje I y el eje II.

La distinción entre un TOC de inicio temprano y uno de inicio tardío parte, como ya se ha comentado, de la observación de las características peculiares de los pacientes cuyo trastorno comienza en la niñez (sin que el punto de corte para considerar un inicio temprano esté bien delimitado). El mayor interés de esta propuesta estriba en su capacidad de integrar en un solo modelo una variedad amplia de características diferenciales. Según la revisión de Taylor (2011), el inicio temprano, comparado con el tardío, se asocia con: 1) mayor prevalencia entre varones; 2) mayor gravedad global y mayor prevalencia de la mayoría de tipos de síntomas o-c; 3) mayor comorbilidad con tics y posiblemente con otros trastornos del espectro o-c y 4) su asociación con una mayor prevalencia de TOC en familiares de primer grado.

Desde una óptica biológica reduccionista, el subtipo de TOC por excelencia es el denominado PANDAS (pediatric autoimmune disorder associated with streptococcal infection; Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane y Cheslow, 1989), síndrome definido por la presencia de síntomas o-c o tics, que se inicia entre los 3 años y la pubertad, y que presenta un curso episódico con inicio y exacerbaciones abruptas de los síntomas que se asocian temporalmente con infecciones por estreptococos. La inmensa popularidad de esta propuesta suele justificarse por sus implicaciones terapéuticas, ya que estos pacientes podrían beneficiarse de un tratamiento puramente médico. Sin embargo, teniendo en cuenta el bajo porcentaje de pacientes que podrían asignarse a este subtipo (un 10% de los casos de TOC infantil; Taylor, 2005a), esta fascinación probablemente se explique mejor por su contribución a la promesa de un modelo puramente biológico del trastorno.

Sin embargo, no todos los modelos de subtipos que apelan a la etiología son de corte biológico. Un ejemplo es la propuesta de identificación de subgrupos de pacientes TOC sobre la base del análisis cluster de sus creencias (Calamari *et al.*, 2006). Su resultado más interesante es la identificación de un subgrupo de pacientes que manifiestan un nivel bajo de acuerdo con los principales tipos de creencias asociadas a este trastorno, hallazgo que ha promovido la investigación sobre los mecanismos psicológicos que podrían estar explicar los síntomas de estos pacientes (Chik, Calamari, Rector y Riemann, 2010).

Esta última propuesta nos parece un buen ejemplo de la utilidad que, hoy por hoy, tiene la búsqueda de subtipos de TOC, en este sentido restringido: servir como heurísticos para investigar sobre mecanismos etiológicos poco conocidos y tratamientos que beneficien a pacientes especialmente resistentes a las propuestas convencionales. En cambio, los modelos dimensionales ofrecen una imagen de la realidad clínica del TOC más comprehensiva y que concuerda mejor con el modelo cognitivo. En cualquier caso, ambas propuestas son más complementarias que contradictorias, como reconocen sus principales propulsores (Leckman, Mataix-Cols y Rosario-Campos, 2005b; Taylor, 2005b).

3. EPIDEMIOLOGÍA

3.1. Prevalencia

Antes de los grandes estudios epidemiológicos de los años 80 (especialmente el *Epidemiological Catchment Area*, ECA), la prevalencia del TOC no había sido

estudiada mediante métodos sistemáticos de entrevista estructurada. Como resultado, se entendía que se trataba de un trastorno infrecuente, con una prevalencia estimada que oscilaba entre el 0,05% y el 0,3% (Antony, Downie y Swinson, 1998). El estudio ECA (Karno, Golding y Sorenson, 1988), llevado a cabo en los EE.UU. arrojó una prevalencia a lo largo de la vida mucho más alta, del 2,5%. Se llevaron a cabo estudios en diferentes países de Europa, Norteamérica, Asia y Oceanía utilizando una metodología similar, cuya compilación por parte del Cross National Collaborative Group (Howarth y Weissman, 2000; Weissman *et al.*, 1994) descubrió tasas muy parecidas en la mayoría de países, que oscilaban entre el 1,9% y el 2,5%, con la única excepción de una tasa del 0,4% en Taiwan.

Aunque estos estudios muestran que el TOC no es un trastorno tan infrecuente como se había creído tradicionalmente, algunas de sus características metodológicas podrían haber dado lugar a tasas excesivamente elevadas. Uno de ellos es uso de criterios DSM-III (APA, 1980) en los estudios ECA, frente a los más estrictos del DSM-IV (Calamari *et al.*, 2011). Sin embargo, el estudio reciente de Ruscio, Stein, Chiu y Kessler (2010), que empleaba criterios DSM-IV, ha encontrado resultados muy similares. Estos autores analizaron una submuestra de 2073 participantes en el estudio de replicación del National Comorbidity Survey y encontraron que un 2,3% de la misma había cumplido alguna vez los criterios DSM-IV para el TOC, y un 1,2% los había cumplido durante los 12 meses anteriores. Sin embargo, el estudio se llevó a cabo mayoritariamente mediante entrevistadores legos, que tienden a sobreestimar la presencia de síntomas o-c debido a que confunden las preocupaciones de la vida cotidiana con obsesiones y a sus dificultades para valorar el grado de malestar e incapacidad asociado a los síntomas (Stein, Forde, Anderson y Walker, 1997). Por estos motivos, varios autores proponen que una estimación más razonable de la prevalencia del TOC la situaría entre el 1% y el 2% de la población general (como defiende, por ejemplo, Clark, 1994).

3.2. Diferencias de género

En el TOC no se encuentra el claro predominio de pacientes femeninos, siendo esta la norma en el resto de trastornos de ansiedad, entre los que se ha venido incluyendo el TOC hasta ahora. Según Lochner y Stein (2006), los estudios en muestras clínicas suelen encontrar una ratio de hombres a mujeres muy cercana a la unidad (por ejemplo, un 53% de mujeres en (Rasmussen y Eisen, 1992a), mientras que los estudios epidemiológicos suelen encontrar una

mayoría de mujeres no demasiado amplia. Esta diferencia a favor de las mujeres podría explicarse por otros factores sociodemográficos, como indica el trabajo de Karno *et al.*, (1988), realizado sobre datos del estudio ECA. Se han encontrado algunas diferencias de género en la manifestación del trastorno. Según la revisión de Mathis *et al.* (2011), los hombres presentan un inicio más temprano del trastorno, un curso más crónico y una mayor repercusión social. Tienen más probabilidad de padecer síntomas de contenido sexual, religioso o agresivo, y una mayor comorbilidad con trastornos por tics o abuso de sustancias. En cambio, las mujeres presentan más síntomas de contaminación/lavado y una mayor comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria y del control de los impulsos.

3.3. Edad y modo de inicio

Se ha considerado tradicionalmente que el TOC comparte con los trastornos de ansiedad la edad de inicio típica en el final de la adolescencia o el principio de la vida adulta (Antony *et al.*, 1998; Rachman y Hodgson, 1980). Los datos de estudios epidemiológicos más recientes indican una edad de inicio media de 21 años, algo más temprana para los hombres (19 años) que para las mujeres (22 años; Rasmussen y Eisen, 1992a). El interés se centra actualmente, no tanto en dilucidar *la* edad de inicio, cuestión plagada de enormes dificultades metodológicas (entre ellas, el uso de informes retrospectivos y la propia definición de “edad de inicio”), sino en reconocer su heterogeneidad y sus implicaciones. Como ya se ha comentado al hablar del subtipo de inicio temprano, el momento del ciclo vital en el que el trastorno aparece parece asociarse a otras características clínicas del mismo. Existe un cierto acuerdo en la actualidad de que la edad de inicio del trastorno es bimodal. Algunos autores proponen que la edad media del subtipo de inicio temprano está en torno a los 11,1 años, frente a los 23,5 del resto de pacientes, aunque otros proponen que el inicio del primer subtipo podría ser incluso anterior a los 5 años. (García *et al.*, 2009). En la actualidad se investigan las posibles peculiaridades de los pacientes que experimentan síntomas obsesivo-compulsivos en una edad más avanzada de lo habitual (inicio tardío en sentido estricto), que algunos autores sitúan después de los 30 y otros incluso después de los 60 años (Carmin, Calamari y Ownby, 2011).

Se puede afirmar con Clark (2004) que no existe un modo de inicio típico del TOC. Entre la mitad y dos tercios de los pacientes informan de un inicio agudo de los síntomas, habitualmente en respuesta a un suceso vital concreto (Lensi *et*

al., 1996). Sin embargo, una proporción sustancial de los mismos experimentan un inicio gradual y son incapaces de identificar un suceso desencadenante, a pesar de las predicciones del modelo conductual.

3.4. Curso e interferencia

Tampoco encontramos homogeneidad entre estos pacientes en cuanto al curso de su trastorno. Sin embargo, al parecer el patrón mayoritario es el curso crónico, con remisiones y exacerbaciones, como mostraron Skoog y Skoog (1999), siendo la tasa de recuperación completa de sólo un 20%. El pronóstico del trastorno mejora con el tratamiento y, sin embargo, los pacientes tardan años en solicitarlo (Belloch, Del Valle, Morillo, Carrió y Cabedo, 2009). Y esto a pesar de las graves repercusiones del mismo sobre el funcionamiento en sus diversas áreas, incluyendo la social y familiar (Renshaw, Caska, Rodrigues y Blais, 2011), así como la laboral y la calidad de vida (Grabe *et al.*, 2000).

4. COMORBILIDAD

El estudio de los trastornos mentales que suelen asociarse al TOC es importante por dos tipos de razones (Calamari *et al.*, 2011). Desde el punto de vista clínico, la coocurrencia de otro trastorno en un paciente obsesivo suele asociarse a una mayor gravedad de los síntomas, un peor funcionamiento psicosocial, una mayor resistencia al tratamiento y un peor pronóstico. Muchos de estos efectos parecen ser meramente aditivos y no cambian mucho en función del diagnóstico comórbido, por lo que su interés teórico es limitado, aunque pueden tener implicaciones importantes para la planificación del tratamiento. Desde un punto de vista psicopatológico, la comorbilidad ha sido utilizada con frecuencia en los debates nosológicos como argumento para proponer la clasificación del TOC en una u otra categoría diagnóstica. Por este motivo, repasaremos brevemente algunos datos básicos al respecto antes de concluir este capítulo con la controvertida cuestión del espectro obsesivo-compulsivo.

Tanto los estudios llevados a cabo en clínicas de trastornos de ansiedad como las investigaciones epidemiológicas a gran escala coinciden en que estos pacientes tienen unas tasas de comorbilidad elevadas que apenas bajan del 50% en las estimaciones más optimistas (Antony *et al.*, 1998). El estudio ya mencionado de Ruscio y sus colaboradores (2010) indica que el 75,8% de los pacientes con TOC habían padecido al menos otro trastorno de ansiedad, el

63,3% del estado de ánimo, el 55,9% del control de los impulsos y el 38,6% de consumo de sustancias. Globalmente, el 90% de los pacientes habían sufrido algún otro trastorno mental a lo largo de su vida siguiendo criterios DSM-IV.

4.1. Trastornos de ansiedad.

En este mismo estudio, el trastorno de ansiedad más frecuente era la fobia social (43,5%), seguido por la fobia específica (42,7%) y el trastorno de ansiedad por separación (37,1%; recordemos que son datos de prevalencia vital). Para el trastorno de pánico y el trastorno de estrés postraumático se hallaron prevalencias de, respectivamente, el 20% y el 19,1%. Los menos frecuentes eran la agorafobia sin historia de trastorno de pánico (7,8%) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG; 8,3%). Aunque estos porcentajes difieren mucho en magnitud de los referidos a prevalencias puntuales que se obtienen en otros estudios en pacientes que acuden a clínicas especializadas (Denys, Tenney, van Megen, de Geus y Westenberg, 2004; Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001), la frecuencia relativa de los trastornos comórbidos es bastante similar, con la posible excepción de la fobia específica. En el trabajo de Denys *et al.* (2004) con una muestra de 420 pacientes TOC, las prevalencias puntuales oscilaban entre el 0,95% para el TAG y (más sorprendentemente) la fobia específica, y el 3,6% de la fobia social. Brown *et al.* (2001) incluyen 77 pacientes TOC y no obtienen ninguna comorbilidad actual para el trastorno de estrés postraumático, pero sí un 9% para el trastorno de pánico con o sin agorafobia, un 12% para el TAG y un 26% para la fobia social.

4.2. Trastornos del estado de ánimo.

Dentro del 63,3% de comorbilidad que Ruscio *et al.* (2010) hallan con los trastornos del estado de ánimo, el 40,7% de los pacientes ha padecido un trastorno depresivo mayor (TDM), el 13,1% distimia y el 23,4% trastorno bipolar (TB). En el estudio de Brown *et al.* (2001), un 22% de los pacientes TOC cumplen criterios de TDM en la actualidad, un 10% de distimia y un 3% de otros trastornos del estado de ánimo. Denys *et al.* (2004) hallan una cifra muy similar (20,7%) para el TDM pero sólo un 2,8% de distimia y un 0,95% de trastorno bipolar. Según la mayoría de los autores lo más habitual es que los síntomas depresivos sean secundarios al TOC tanto en el sentido temporal como en el causal de que las dificultades provocadas por este trastorno son las responsables de su aparición (Demal, Lenz, Mayrhofer, Zapotoczky y Zitterl, 1993). Sin embargo, también se ha propuesto que los síntomas obsesivo-

compulsivos y, en especial, las obsesiones puras, pueden ser una consecuencia de la depresión, hasta el punto que la CIE-10 sólo permite realizar un diagnóstico de TOC cuando las “rumiaciones” aparecen o persisten en ausencia de un trastorno depresivo (OMS, 1992).

4.3. Trastornos por uso de sustancias

Las estimaciones procedentes del estudio epidemiológico ECA (*Epidemiological Catchment Area*; Karno *et al.*, 1988) situaban la prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos por uso de alcohol en un 24% y por uso de otras drogas en el 18%. El más reciente de Ruscio *et al.* (2010) eleva la prevalencia de los primeros a un 38,6% (23,7% de dependencia) y los segundos al 21,7% (13,9% de dependencia). Mancebo, Grant, Pinto, Eisen y Rasmussen (2009), en una muestra de 323 pacientes TOC encuentran prevalencias vitales muy similares a las del estudio ECA y porcentajes sustancialmente menores para las prevalencias puntuales: un 4% de abuso o dependencia de alcohol y un 1,2% de abuso o dependencia de otras drogas. En el estudio de Gentil *et al.* (2009), un 7,5% de pacientes TOC presentaban trastornos por uso de alcohol, lo que se asociaba a una mayor gravedad de síntomas obsesivo-compulsivos, peor funcionamiento psicosocial, una mayor comorbilidad y eran, con mayor probabilidad, hombres.

4.4. Esquizofrenia y trastornos psicóticos

Un porcentaje pequeño, pero no desdeñable, de pacientes con TOC cumplen criterios de esquizofrenia u otro trastorno psicótico: un 1,7% en el estudio de de Haan, Dudek-Hodge, Verhoeven y Denys (2009) y un 3,3% en el de Denys *et al.* (2004). Cifras que no se alejan en exceso de las que podemos hallar en la población general, pero que posiblemente sean una infraestimación teniendo en cuenta el contexto del que se extraen estas muestras. Existe un cierto acuerdo en que el padecimiento de síntomas obsesivos no conlleva un aumento del riesgo de padecer esquizofrenia. Actualmente, el interés investigador se centra en la cuestión contraria: la prevalencia e implicaciones clínicas de los síntomas obsesivos en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Este fenómeno es extraordinariamente frecuente, encontrándose de forma consistente una prevalencia de entre el 10% y el 30% de TOC en pacientes esquizofrénicos (ver la revisión de Poyurovsky, 2011). Si bien las causas de esta elevada comorbilidad no se comprenden bien, la difusión de estos datos puede ayudar a cuestionar la

extendida idea de que los síntomas obsesivos constituyen un factor protector frente a la psicosis en pacientes vulnerables.

4.5. Trastornos de personalidad

Razones terminológicas, pero también históricas y conceptuales, han llevado a la aceptación acrítica, mantenida durante décadas, de que existe una relación especial entre el TOC y el trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad (TOCP). Revisiones como las de Summerfeldt, Huta y Swinson (1998) pusieron en duda la especificidad de esta asociación al encontrar que, si bien la mayoría de los TOCs padecen algún trastorno de personalidad comórbido, el TOCP no es precisamente el más prevalente (apenas un 6%), y que es superado claramente por el evitador (30%) y el dependiente (entre el 10 y el 20%). Sin embargo, al calor del interés por la heterogeneidad del TOC y el espectro obsesivo-compulsivo (del que el TOCP formaría parte), el estudio de la relación entre ambos trastornos se ha revitalizado, y se presentan nuevos argumentos (basados, por ejemplo, en comorbilidades comunes y asociaciones familiares) para defender que esta es específica y relevante para la comprensión de ambos trastornos (ver, por ejemplo, la revisión de Pinto y Eisen, 2011). Lo más interesante y novedoso de estas propuestas es el énfasis en el carácter dimensional de los dos trastornos, que lleva a destacar el papel de rasgos concretos de personalidad (como el perfeccionismo) en las manifestaciones sintomáticas de ambos trastornos (como los síntomas de simetría/orden o el sentimiento de *inacabado*).

4.6. Trastornos del “espectro TOC”

Como discutiremos más ampliamente en el siguiente apartado, se ha propuesto que un número amplio de trastornos mentales formarían parte de un espectro obsesivo-compulsivo, entre los que se incluirían el trastorno dismórfico corporal (TDC), la hipocondría, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), algunos trastornos del control de los impulsos (como la tricotilomanía, la onicofagia, la cleptomanía o el juego patológico), las parafilias e incluso el abuso de sustancias, la somatización y la acumulación, entendida como un trastorno diferenciado del TOC (Steketee, 2011). Uno de las principales razones aducidas para defender esta agrupación es la tendencia de estos trastornos a aparecer de forma comórbida con el TOC. Ofreceremos de forma sucinta algunos datos, siguiendo la revisión de Calamari *et al.* (2011).

La prevalencia del TDC hallada entre los pacientes con TOC oscila entre el 12,9% y el 19%, y la de la hipocondría entre el 2,8% y el 7,1%. Los TCAs no aparecen con excesiva frecuencia entre pacientes con TOC, encontrándose prevalencias puntuales relativamente bajas: de entre el 0,05% y el 2,4% para la anorexia nerviosa (AN), entre el 1% y el 3,5% para la bulimia nerviosa (BN) y entre el 0% y el 4,5% para el trastorno por atracón. Las prevalencias vitales son algo más altas, pero no superan el 10%. La inclusión de estos trastornos en el espectro no se suele justificar lógicamente en base a estas cifras, sino más bien en las similitudes entre algunos comportamientos típicos de los pacientes con TCA y los síntomas obsesivo-compulsivos.

Más elevadas son las prevalencias encontradas para diferentes trastornos del control de los impulsos en muestras amplias de pacientes TOC: entre el 16,4% y el 37% a lo largo de la vida y entre el 3% y el 35,5% de comorbilidad concurrente. Según el estudio de Ruscio *et al.* (2010), padecer un TOC multiplica por 9 las posibilidades de tener un trastorno del control de los impulsos (entre los que incluye el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDAH), habiendo padecido un 55,9% de los pacientes uno a lo largo de su vida.

Los trastornos por tics, incluyendo el síndrome de Tourette (ST), parte imprescindible del espectro (entre otras cosas, por su estatus de enfermedad cuasi-neurológica), son elevados, aunque no de forma extraordinaria, entre los pacientes con TOC. Denys *et al.* (2004) encuentran una prevalencia (puntual) del 2,1% para el ST y del 1,5 para los trastornos de tics no especificados. Mucho más llamativa es la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos entre los pacientes con ST, ya que estos podrían darse hasta en un 30-40% de los pacientes adultos, encontrándose tasas menores en pacientes pediátricos (Leckman, 1993). Ya hemos comentado que la asociación entre ambos trastornos se ha considerado como característica principal de un subtipo de TOC, y también es de interés el estudio de los “fenómenos sensoriales” que anteceden a los tics en los pacientes que los sufren (Leckman, Walker y Cohen, 1993) por su parecido a fenómenos similares en los pacientes con TOC.

Si bien estos datos son llamativos, especialmente por poner en relación trastornos que tradicionalmente han sido clasificados en categorías muy diferentes, no debemos olvidar ponerlos en un contexto más amplio si queremos extraer consecuencias nosológicas de largo alcance. Y es que, si bien las cifras de comorbilidad entre estos trastornos son amplias, todavía lo son más con los trastornos depresivos y de ansiedad, dato que no se puede obviar a la hora de buscar mecanismos etiológicos comunes.

5. CLASIFICACIÓN DEL TOC: EL DEBATE SOBRE EL ESPECTRO

5.1. Ubicación del TOC en los sistemas nosológicos antes del DSM-5.

El DSM-III (APA, 1980) incluyó por primera vez el TOC en el apartado de “trastornos de ansiedad”, donde se mantuvo hasta la penúltima edición de este manual, el DSM-IV-TR (APA, 2000). Los diversos cambios experimentados en las sucesivas ediciones del DSM desde su creación (revisados por Calamari *et al.*, 2011) y que llevaron a esta ubicación, reflejaban la evolución en la concepción de los trastornos mentales y de los sistemas nosológicos en general, y no un cambio radical en las ideas básicas sobre la naturaleza de este trastorno. En el DSM-I (APA, 1952), la “reacción obsesivo compulsiva” se incluía en la categoría de “trastornos psiconeuróticos”, cuya característica definitoria era la ansiedad. En el DSM-II (APA, 1968), la “neurosis obsesivo compulsiva” compartía la categoría de neurosis junto con otros síndromes caracterizados por la presencia de ansiedad de la que el paciente deseaba obtener alivio. En el DSM-III se incluye por primera vez una categoría de “trastornos de ansiedad”, subdividida a su vez en tres subcategorías. El ya denominado “trastorno obsesivo compulsivo” se consideraba un “estado de ansiedad” junto al trastorno de pánico y el TAG, siendo las otras dos subcategorías los “trastornos fóbicos” y los “trastornos de estrés postraumático”. En el DSM-III-R (APA, 1987) se retiró esta subdivisión, llegando así a la ubicación diagnóstica que se mantiene en la actualidad.

En la CIE-10 (OMS, 1992), el TOC es una categoría diagnóstica en sí misma (F42), desligada de los “trastornos de ansiedad fóbica” (F40) y de “otros trastornos de ansiedad” (F41). Junto con otras categorías (reacciones a estrés y problemas de adaptación; trastornos disociativos y conversivos; trastornos somatomorfos y “otros problemas neuróticos”), los trastornos de ansiedad y el TOC se engloban dentro de los “trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”. De este modo, el TOC no se considera un trastorno de ansiedad pero sí está emparentado con los mismos al formar parte de las “neurosis”.

Esta ubicación del TOC en los principales sistemas nosológicos reflejaba un consenso relativamente amplio y duradero sobre la naturaleza de este trastorno, que incide en el papel central que la ansiedad tiene en el mismo. La

generalización de esta idea ha estado en gran medida determinada por la clasificación de la patología obsesiva como “psiconeurosis” (con anterioridad, “psiconeurosis de defensa”) por parte del psicoanálisis clásico (Laplanche y Pontalis, 1993).

La consideración del TOC como un trastorno de ansiedad no ha estado totalmente exenta de críticas. Algunos argumentos ofrecidos en contra de esta ubicación aluden a aspectos diferenciales, como un inicio más temprano, pero sobre todo haciendo hincapié en aquellos que apuntan a una mayor gravedad de este cuadro: amplia repercusión funcional, elevadas tasas de comorbilidad, el contenido aparentemente extraño de los síntomas y la ausencia (ocasional) de insight sobre los síntomas (Abramowitz y Deacon, 2005). Estas dos características han sido esgrimidas por autores procedentes de la psiquiatría para proponer su inclusión en el marco de las psicosis (Vallejo Ruiloba, 2002).

5.2. Una propuesta alternativa: el espectro TOC

Estas críticas no supusieron una amenaza al *status quo* hasta que no fueron acompañadas de una propuesta alternativa de clasificación. Nos referimos al espectro obsesivo-compulsivo: una nueva categoría en la que se incluirían tanto el propio TOC como otros cuadros psiquiátricos seleccionados en función de sus parecidos con este. Las primeras propuestas se produjeron a comienzos de la década de los 90 (Hollander, 1993; Rasmussen y Eisen, 1992b). Estos modelos, y otros aportados posteriormente, se diferencian entre sí por los trastornos que incluyen dentro del espectro, así como en su modo de clasificarlos internamente. Esta clasificación puede ser tanto categórica como dimensional, colocándose en este caso los trastornos en algún punto de uno o más continuos bipolares que reflejan alguna característica psicopatológica relevante (Sánchez Reales, 2009).

La propuesta de Hollander es sin duda la más influyente. En torno a ella se han articulado las principales alternativas taxonómicas y psicopatológicas, así como numerosas críticas. Muchas de ellas se centran en la amplia variedad de trastornos que incluye dentro del espectro, en una de cuyas formulaciones (Hollander, Friedberg, Wasserman, Yeh y Iyengar, 2005) divide en tres grupos:

- Trastornos neurológicos con conductas repetitivas: síndrome de Tourette, corea de Sydenham, autismo y tortícolis.
- Trastornos del control de los impulsos: compulsiones sexuales, tricotilomanía, juego patológico, cleptomanía, autolesiones.

- Trastornos de la imagen corporal, de las sensaciones corporales o de preocupación por el peso: trastorno dismórfico corporal, despersonalización, anorexia nerviosa, hipocondría.

Estos trastornos se situarían a lo largo de un continuo impulsividad-compulsividad (Hollander, Braun y Simeon, 2008). En un extremo de esta dimensión se colocarían aquellos, como el TOC, el TDC o la AN, en los que se llevan a cabo compulsiones en un esfuerzo para reducir la ansiedad o la amenaza percibida. En el otro extremo se sitúan los trastornos impulsivos (como las “compulsiones sexuales”, la compra “compulsiva”, el juego patológico, el trastorno por atracón o la cleptomanía), en los que se llevan a cabo conductas que proporcionan gratificación o activación inmediata, ignorando las consecuencias negativas a largo plazo. La existencia de este continuo es el supuesto clave en el que se sostiene la misma existencia de un espectro del que los trastornos del control de los impulsos son una parte imprescindible. Como veremos en el capítulo dedicado a los modelos biológicos, este supuesto se sostiene sobre la creencia de que el carácter repetitivo de ambos tipos de conducta es producto de un mecanismo (el fracaso en la inhibición conductual). El éxito de esta asunción, compartida por gran parte de la investigación neurobiológica del espectro, se corresponde con el papel central que juega la dimensión compulsivo-impulsiva en esta teoría del espectro. Sin embargo, los mismos autores (Hollander, 1993) incluyeron otras dos en su propuesta original: a) la “cognitiva-motórica”, que distingue entre síntomas también denominados “de orden superior” (obsesiones características del TOC y de trastornos relacionados) y “de orden inferior” (estereotipias o tics; también formulada por Phillips *et al.*, 2010) y b) la que va de la “incertidumbre obsesiva” a la “certidumbre delirante” pasando por las ideas sobrevaloradas. Otros autores han propuesto dimensiones adicionales, como la de egodistonia-egosintonía (Rasmussen y Eisen, 1992b) y la de disforia-euforia (Steketee, 2011). Es de destacar que no se pretende que estas dimensiones adicionales sean ortogonales a la impulsivo-compulsiva, sino que se reconoce su solapamiento con esta, de la que se diferencian fundamentalmente en que hacen referencia a procesos psicológicos diferentes.

El grupo de Hollander es el más activo defensor de la relevancia del espectro o-c, lo que argumentan mediante la presentación de datos empíricos que enfatizan la similitud entre el TOC y el resto de trastornos que forman parte del mismo, así como otros que sugieren una etiología común. Para estos autores, los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (TEOC): a) presentan altas

tasas de comorbilidad; b) podrían compartir un riesgo genético según muestran los estudios familiares; c) presentan un funcionamiento anormal de determinados circuitos neurales y sistemas de neurotransmisión y d) responden de forma positiva a los mismos tratamientos farmacológicos (ISRS y antipsicóticos atípicos) (Hollander *et al.*, 2005; Hollander *et al.*, 2008).

Es evidente que los argumentos anteriores tienen una relevancia muy limitada para el debate sobre la ubicación nosológica del TOC, ya que ignoran la principal hipótesis rival: la consideración de este como un trastorno de ansiedad. Para contribuir al debate, una estrategia más adecuada es la de comparar las similitudes que este trastorno muestra con el resto de trastornos de ansiedad (TA) y los TEOC en una serie amplia de indicadores de validez. Esto es precisamente lo que hacen, desde el punto de vista de los defensores del espectro, los trabajos de Bartz y Hollander (2006) y de Stein *et al.* (2010), los primeros con un rigor argumentativo discutible y los segundos de un modo más equilibrado. Resumiremos brevemente las conclusiones alcanzadas por los trabajos anteriores acerca de los principales indicadores, dejando de lado las similitudes más puramente fenotípicas (como las referidas a la expresión sintomatológica o en el curso), así como las discusiones acerca del papel de la ansiedad:

- Comorbilidad: como ya se ha discutido, en algunos TEOC (trastornos por tics, AN) se encuentran tasas llamativamente elevadas de sintomatología obsesivo-compulsiva. Sin embargo, las tasas de comorbilidad de los TEOC en pacientes TOC son superadas por las halladas para otros trastornos de ansiedad en muchos casos incluso cuando se controla la tasa base. Por este motivo, los defensores del espectro se centran en argumentos más sutiles: por ejemplo, existen algunas pruebas (citadas en Bartz y Hollander (2006) de que los TEOC serían más frecuentes en pacientes TOC que en pacientes con otros TA.
- Estudios familiares: los datos disponibles apuntan a que el TOC comparte carga genética tanto con algunos TA como con algunos TEOC, por lo que han sido objeto de interpretaciones divergentes. Mientras que Stein *et al.* (2010) concluyen que no puede apelarse a estas evidencias para dirimir la disputa sobre la clasificación, Bartz y Hollander (2006) opinan que apoyan la hipótesis del espectro. Sin embargo, los datos a los que apelan indican que la mayor relación genética del TOC se produce con: a) el TAG y otros trastornos que

(como el TDC), aunque forman parte del espectro, tienen un componente ansioso especialmente importante y b) trastornos cuya pertenencia al espectro es muy discutible, como el autismo.

- Circuitos neurales: se han hallado en el TOC algunos patrones de activación característicos de los trastornos de ansiedad, como la hiperactivación de la ínsula y la de la amígdala ante estímulos ansiógenos específicos. Sin embargo, se diferencia de los mismos en otras características como la hipoactivación de la amígdala en respuesta a estímulos amenazantes no relacionados con el trastorno (Stein *et al.*, 2010) y, sobre todo, en el característico patrón de hiperactividad fronto-estriada. Este último hallazgo, en el que profundizaremos más adelante, puede ser considerado un argumento sólido de la singularidad del TOC frente a los trastornos de ansiedad. Pero teniendo en cuenta la falta de datos de pacientes con otros TEOC, no cabe emplearlo como un argumento sólido a favor del espectro.
- Neurotransmisión y respuesta al tratamiento: estos autores señalan la “eficacia selectiva” de los ISRS frente a la variedad más amplia de opciones farmacológicas en la mayoría de los demás trastornos de ansiedad (especialmente el uso de agentes ansiolíticos), lo que les diferenciaría de los mismos. Este argumento obvia tanto la probada eficacia de la clomipramina (un antidepresivo tricíclico) en el tratamiento del TOC, como el uso cada vez más extendido de antidepresivos en otros trastornos de ansiedad (por ejemplo, Gelder, Lopez-Ibor y Andreasen, 2003). No existe, por tanto, una homogeneidad en la elección de tratamientos farmacológicos dentro de las categorías propuestas por los defensores del espectro que permita ser utilizada como argumento.

De esta discusión hemos omitido los datos neuropsicológicos y, en especial, los referidos a un supuesto endofenotipo obsesivo-compulsivo centrado en los déficits de inhibición, que serán revisados en un apartado posterior. Los argumentos que se exponen en esta propuesta siguen una línea muy similar ya que, de forma más o menos explícita, apuntan a una base biológica diferenciable a la del resto de trastornos de ansiedad y que sería compartida en mayor grado por los TEOC. Un tipo diferente de argumentos empleados son los que se basan en la “utilidad clínica”, cuyo papel en este debate ha sido defendido por Stein (2008), quien propone combinar criterios de validez y utilidad para decidir

los dilemas de clasificación. Para ello se basa en una visión integrada (entre la postura clásica y la crítica) del concepto de categoría aplicado a los trastornos mentales, a partir de una mezcla de argumentos filosóficos y empíricos. De este modo, se defiende que la inclusión de una categoría específica aumentaría la probabilidad de que los clínicos exploraran la presencia de síntomas o-c y de que se aplicaran tratamientos específicos (Bartz y Hollander, 2006). Stein *et al.* (2010) añaden que incrementaría la posibilidad de que se explorara la presencia de trastornos del espectro, habitualmente ignorados por los expertos en trastornos de ansiedad, pero reconocen que existen argumentos tanto a favor como en contra de este cambio.

5.3. La defensa del TOC como trastorno de ansiedad

Frente a la propuesta del espectro se han posicionado autores, sobre todo expertos en modelos psicológicos del TOC, que defienden la caracterización de este cuadro como un trastorno de ansiedad. Esta postura, capitaneada por Abramowitz (Abramowitz y Deacon, 2005a; Abramowitz y Deacon, 2005b; McKay *et al.*, 2008; Storch, Abramowitz y Goodman, 2008), considera que los síntomas obsesivo-compulsivos sólo se entienden apropiadamente desde una perspectiva funcional como la que defiende la teoría cognitivo-conductual. Para Abramowitz y Deacon (2005a), los sistemas de clasificación pretendidamente ateóricos (como el DSM a partir de su tercera edición) han llevado a una visión inapropiada del TOC que no tiene en cuenta la relación entre obsesiones y compulsiones, y que desemboca en una visión de estos síntomas como meras “conductas repetitivas” lo que sugiere una relación con otros trastornos que es meramente superficial. Frente a esta descripción en términos de conductas observables, la evaluación funcional de los trastornos aludidos en la polémica nos daría la clave de las verdaderas relaciones que mantienen entre sí. Por un lado, este tipo de evaluación pone de manifiesto las importantes diferencias entre las compulsiones y las conductas repetitivas de trastornos como la tricotilomanía. Por otro lado, ha permitido el desarrollo de tratamientos psicológicos efectivos, cuyos fundamentos (exposición a la ansiedad mientras se impiden las conductas neutralizadoras/evitadoras) son los mismos para todos los trastornos de ansiedad, incluido el TOC, y se diferenciarían claramente de los adecuados para algunos TEOC como la inversión del hábito utilizada en los tics o la tricotilomanía (Abramowitz y Deacon, 2005b). Partiendo de estas consideraciones, Storch, Abramowitz y Goodman (2008) critican la propuesta del continuo compulsivo-impulsivo, señalando además que

las conductas repetitivas no son específicas de los trastornos del espectro ni siquiera en sus versiones más inclusivas.

Los argumentos basados en indicadores de validez son también cuestionados por estos autores (Abramowitz y Deacon, 2005b; McKay, Abramowitz y Taylor, 2008). Muchas de estas críticas pueden aplicarse a diversos indicadores y algunas ya han sido apuntadas con anterioridad. Por ejemplo, una presentación no selectiva de los datos sobre comorbilidad, historia familiar o características demográficas de los pacientes evidencia que los parecidos entre el TOC con los TA son al menos tan importantes como las que se encuentran con los TEOC; que las coincidencias con estos últimos se producen a menudo sólo para algunos de los trastornos (o son muy inespecíficas y se producen también con otros cuadros psiquiátricos) y que se sabe demasiado poco sobre la mayoría de los TEOC como para extraer conclusiones categóricas sobre su unidad. Algunas de estas críticas, centradas alrededor de los conceptos de sensibilidad y especificidad, son también aplicables a los argumentos basados en aspectos biológicos compartidos por el espectro, especialmente los referidos a la respuesta al tratamiento farmacológico y los sistemas de neurotransmisión. Este tipo de argumentos son también objeto de críticas más conceptuales y generalizables en gran medida al discurso biologicista dominante en psiquiatría, basadas fundamentalmente en el rechazo del reduccionismo, es decir, en negar que este tipo de datos tengan un estatus explicativo especial, superior al que proporcionan los modelos psicológicos (McKay *et al.*, 2008). Por ejemplo, se niega que de las diferencias observables en la activación de determinados circuitos neurales se puedan extraer conclusiones etiológicas, indicando únicamente que estos estarían de alguna manera implicados en el trastorno (Abramowitz y Deacon, 2005b).

De este modo, se pone en cuestión la base empírica del posible cambio en la clasificación del TOC, pero también se critica su utilidad clínica. McKay *et al.* (2008) consideran que, en ausencia de medidas de factores genéticos o biológicos de estos trastornos aplicables en la práctica, es dudoso que una clasificación basada etiológicamente resulte más útil que una fenotípica o funcional. Estos autores no niegan que puedan establecerse asociaciones relevantes entre el TOC y otros síndromes no considerados como trastornos de ansiedad, pero consideran que la investigación de un posible espectro debería mejorar sus estándares metodológicos y basarse, no en la presencia de conductas repetitivas, sino en la de obsesiones, proponiendo que los trastornos verdaderamente similares al TOC son el TDC y la hipocondría.

5.4. El cambio en la ubicación del TOC en el DSM-5

Los lazos teóricos y sociológicos del modelo del espectro con el paradigma biologicista, imperante en la psiquiatría “oficial”, han llevado a una aceptación mayoritaria del mismo, a pesar de sus insuficiencias empíricas y sus problemas conceptuales. Una encuesta entre 187 profesionales de la salud mental (entre ellos, 108 psiquiatras y 69 psicólogos), concluyó que el 60% eran partidarios de eliminar el TOC del apartado de trastornos de ansiedad, ofreciendo como principal motivo que las obsesiones y las compulsiones, y no la ansiedad, son las principales características de este trastorno (Mataix-Cols, Pertusa y Leckman, 2007). Esta opinión era claramente mayoritaria entre los psiquiatras (75%) mientras que sólo entre el 40% y el 45% del resto de profesionales la apoyaban. En cualquier caso, el apoyo a este cambio no debe interpretarse como una adhesión completa al modelo del espectro, ya que la mayoría de los encuestados eran partidarios de una versión reducida del mismo. Sólo se encontró un apoyo mayor al 50% a la inclusión en este espectro del TDC, la tricotilomanía, los trastornos por tics y la hipocondría.

Al ser considerado un candidato serio a la inclusión como categoría en el DSM-5, la amplitud del espectro obsesivo fue objeto de debate en los comités que planificaban cambios en este sistema de clasificación, que acabó también reduciendo sustancialmente el número de trastornos incluidos en el mismo. Finalmente, esta categoría está formada por el TOC, el trastorno dismórfico corporal, el trastorno de acumulación, la tricotilomanía, el trastorno de excoiación, así como las variantes de los anteriores debidos al consumo de sustancias o las enfermedades médicas y, por último, una categoría de “otros” en la que destaca como cuadro con entidad propia los “celos obsesivos” (APA, 2013). Se trata de una versión bastante reducida del espectro que ha dejado fuera los trastornos como los de la conducta alimentaria, la personalidad obsesivo-compulsiva y la hipocondría, que entraban en la propuesta inicial descrita en Phillips *et al.* (2010). El manual (APA, 2013, p. 235) justifica la creación de la categoría por la existencia de “pruebas crecientes” de las relaciones de estos trastornos entre sí, así como la utilidad clínica de la agrupación en un mismo capítulo. Reconociendo, a renglón seguido, que existen importantes diferencias entre sus indicadores de validez diagnóstica y los enfoques de tratamiento apropiado. La especial relación de los trastornos del espectro con los de ansiedad se ha reflejado en la organización del manual, tal y como proponían autores como Stein *et al.* (2010), situando el capítulo dedicado a los TEOC a continuación del dedicado a aquellos.

CAPÍTULO 2

MODELOS CONDUCTUALES Y COGNITIVOS DEL TOC

1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo y el siguiente nos ocuparemos de las aproximaciones teóricas que predominan actualmente en el estudio del TOC. Mientras que en este nos ocuparemos del paradigma psicológico dominante (el cognitivo-conductual), en el siguiente haremos lo propio con el modelo biológico.

Las principales ideas de los modelos conductuales y cognitivos del TOC se presentarán en un orden conceptual y no histórico. Nos centraremos en la descripción de los elementos que estos modelos incluyen y los esquemas funcionales de los que forman parte. Aunque no se pretende hacer una revisión exhaustiva de la investigación empírica que los sostiene, presentaremos algunos resultados relevantes y los valoraremos críticamente. En cambio, no serán objeto de nuestra atención las implicaciones para el tratamiento de estas teorías, ni tampoco las microteorías que han surgido, especialmente en los últimos años, para dar cuenta de síntomas específicos. Aunque se hará un especial énfasis en el mantenimiento del trastorno frente a su génesis (cuya explicación desde esta perspectiva es comparativamente menos exitosa), los desarrollos específicos acerca de la repetición de las conductas de neutralización y el estado psicológico subyacente a las mismas (caracterizado como “duda” en un sentido amplio), se dejarán para el capítulo 4. Lo mismo se hará con teorías, como la de Reed, que podrían haber formado parte de la presente discusión por pertenecer al mismo paradigma.

Los modelos conductuales se tratarán antes que los cognitivos, respetando su prioridad cronológica. Entre ambos existen diferencias importantes en los mecanismos explicativos que emplean, que llegan a afectar, en cierta medida, a la propia concepción de los síntomas nucleares. Sin embargo, hay que destacar que ambos comparten supuestos fundamentales, como la naturaleza ansiosa del TOC y la centralidad de la relación funcional entre obsesiones y compulsiones, y también que forman parte de una misma tradición intelectual e investigadora. En la descripción de estos modelos, no insistiremos en la caracterización que los mismos hacen de las obsesiones y las compulsiones, ya que, en gran medida,

nos hemos inspirado en esta para realizar la descripción incluida en el capítulo precedente.

2. MODELO CONDUCTUAL

Los modelos conductuales del TOC se basan en la teoría bifactorial del aprendizaje de Mowrer según la cual, el miedo se adquiere mediante un proceso de condicionamiento clásico (Jakes, 1996). Los estímulos susceptibles de este condicionamiento incluyen tanto objetos externos como imágenes o pensamientos, lo que hace que la teoría sea aplicable tanto a las fobias como al TOC. Desde esta perspectiva, las compulsiones que se producen ante los estímulos temidos son conductas de huida o evitación que reducen la ansiedad o previenen su aparición y, de este modo, son reforzadas mediante condicionamiento instrumental. Así, la teoría conductual propone explicaciones, susceptibles de ser puestas a prueba empíricamente, tanto del origen como del mantenimiento del trastorno, aspectos que pasamos a comentar por separado.

2.1. El origen del TOC

La explicación de la adquisición inicial del miedo mediante un proceso de condicionamiento clásico, que supone la presencia de un acontecimiento traumático en conexión con el estímulo que se convertirá en ansiógeno, se considera generalmente incorrecta. Algunas de las críticas son bien conocidas por ser aplicables también a las fobias. Rachman y Hodgson (1980) señalan algunos de los datos relevantes: la mayoría de la gente no desarrolla miedos en situaciones teóricamente propicias a su adquisición y los estudios experimentales han mostrado que el condicionamiento de respuestas de miedo en el laboratorio es inesperadamente difícil, en parte por variables que tienen que ver con el estímulo condicionado (refutando la premisa de la equipotencialidad). También se han ofrecido argumentos más específicos para el TOC, como el desarrollo gradual de las compulsiones de comprobación (Rachman y Hodgson, 1980) y el frecuente cambio de síntomas en estos pacientes (Clark, 2004). Por otro lado, las evidencias directas sobre la ocurrencia de experiencias negativas en conexión con el desarrollo del TOC no tienen una interpretación obvia. Cada vez existen más datos acerca de la asociación entre acontecimientos traumáticos, sucesos vitales y estrés con el inicio del cuadro. Sin embargo, es dudoso que puedan presentarse estos como un apoyo a la

hipótesis del condicionamiento, debido a las dudas acerca de la asociación temporal entre estresor y psicopatología, a la falta de conexión con el contenido concreto de las obsesiones, y a la escasa especificidad de la relación entre estrés y psicopatología fóbico-obsesiva (Cassin y Rector, 2011). En definitiva, los datos disponibles permiten apoyar el modelo general de diátesis-estrés pero no la génesis del trastorno mediante condicionamiento clásico.

Conscientes de las limitaciones del paradigma de condicionamiento clásico, autores como Rachman y Hodgson (1980) recurren para explicar la etiología del trastorno a otros modelos de aprendizaje, de alcance más o menos amplio, como la incubación (que permite la adquisición y la dificultad de extinción a partir de la vivencia de eventos aversivos de menor magnitud), la preparación (que explicaría la selectividad de los estímulos fóbicos) o el aprendizaje social (que admite otras fuentes de adquisición, como la experiencia vicaria o la transmisión de información). Incluso tras esta ampliación de los procesos de aprendizaje susceptibles de explicar la adquisición de los miedos obsesivos, consideran necesario recurrir a factores de vulnerabilidad para explicar la etiología del trastorno.

2.2. El mantenimiento de las compulsiones

Desde el modelo conductual, se considera que el mantenimiento de las propiedades ansiógenas de las obsesiones se debe a que la implicación del paciente en conductas de evitación (las compulsiones) impide su extinción. El mantenimiento en el tipo de estas compulsiones, a pesar de sus consecuencias negativas a corto y largo plazo (una variante de la denominada *paradoja neurótica*), es lo que explica la segunda fase del modelo bifactorial de Mowrer. En el caso específico del TOC, la hipótesis predominante de cómo un proceso de refuerzo negativo mantiene las compulsiones es la denominada *teoría de la reducción de la ansiedad*. Según esta, las compulsiones tienen el efecto inmediato y temporal de reducir la ansiedad, efecto que causaría su mantenimiento.

Existen evidencias abundantes de que la presencia de la mayoría de las obsesiones aumenta la ansiedad y de que la mayoría de las compulsiones la disminuyen. Parte de estas pruebas provienen del trabajo experimental de los investigadores conductuales, pero autores clásicos como Freud y Jaspers ya habían descrito esta fenomenología si bien, obviamente, no le otorgaban el mismo papel causal (Rachman y Hodgson, 1980). También se aduce la efectividad de la exposición con prevención de respuesta (EPR), cuyo fundamento teórico es este modelo, como evidencia favorable al mismo. Sin

embargo, el paso de la efectividad de un tratamiento a la validez del modelo desde el que se ha diseñado puede considerarse un caso de la falacia *ex juvantibus* que ya hemos criticado en los proponentes del espectro TOC.

A pesar de su éxito e influencia, la teoría ha sido fuertemente cuestionada desde el propio paradigma conductual. Uno de sus problemas es que los pacientes no responden uniformemente a la presencia de obsesiones con un aumento de la ansiedad. Se ha argumentado la existencia de “obsesiones sin sentido”, es decir, de pensamientos intrusos sin contenido amenazante y que persisten en el tiempo a pesar de que no provocan malestar. Por tanto, estos pensamientos no elicitán respuestas que puedan explicar su mantenimiento y no pueden ser explicados a través de este modelo. Cabría responder a esta objeción lo discutible que es calificar de “obsesiones” a estos pensamientos, por muy persistentes que sean. Por otro lado, el grado de respuestas negativas que provocan las obsesiones es más amplio que el de la ansiedad. Haciendo de la necesidad virtud, el modelo se amplió para incluir términos tan generales como el “malestar” o la “incomodidad” entre los estados negativos susceptibles de generar refuerzo negativo tras su reducción (Cassin y Rector, 2011). Además, en una minoría de pacientes, la ejecución de las compulsiones no disminuye la ansiedad, sino que la deja inalterada o incluso la aumenta. Por ejemplo, cuando inducen nuevas obsesiones, como las dudas de si el ritual ha sido ejecutado de forma correcta.

Rachman y Hodgson (1980) centran su crítica a la teoría en este fenómeno que, según descubren en una serie de experimentos, se produce con mayor frecuencia entre comprobadores que entre limpiadores. A partir de este dato, estos autores concluyen que la reducción de la ansiedad es una condición necesaria pero no suficiente para el mantenimiento de las compulsiones, y que, si se quiere proporcionar una explicación válida para todos los tipos de rituales, se debe apelar a otros factores además de sus efectos inmediatos. De este modo, defienden que una explicación comprensiva del fenómeno deberá reconocer la influencia de las consecuencias a largo plazo que permiten compensar la incomodidad inmediata que produce la ejecución del ritual. Si bien Rachman y Hodgson introducen de forma tentativa términos de carácter cognitivo como el de “intención”, acaban apoyando una explicación fundamentada en la búsqueda de señales de seguridad como indicadoras de la evitación de un peligro futuro. De este modo, se propone no sólo que los rituales pueden reforzarse también positivamente, sino que la transmisión de información puede ser en sí misma el reforzador. Como critica Jakes (1996), en esta propuesta tanto el logro

de las señales de seguridad como la dificultad para alcanzarlas (sobre todo en pacientes comprobadores) se utiliza para justificar la persistencia de los rituales. Este autor defiende la apelación a un mecanismo puramente cognitivo (la creencia de que se evita un peligro) para explicar la paradoja neurótica. Apelar a una explicación de este tipo requiere renunciar completamente a las precauciones epistemológicas del conductismo, paso que aún no ha dado Rachman en la obra citada, pese a que su análisis da un paso importante para legitimar la apelación a este tipo de elementos.

2.3. La repetición de las compulsiones

Estos mismos autores diferencian el problema de la persistencia de las compulsiones del de su repetición. La pregunta no es, en este caso, por qué se llevan a cabo los “rituales” cada vez que el malestar aumenta ante la presencia de una obsesión, sino su ejecución repetida en cada episodio de aparición. El paciente obsesivo no suele quedar satisfecho con una única ejecución de la conducta mediante la que, generalmente, pretende prevenir un peligro. Pero la repetición de las compulsiones, casi universal, no se entiende fácilmente desde las teorías (tanto conductuales como cognitivas) que las interpretan como encaminadas a evitar activamente un peligro futuro. Este aspecto de la conducta de los pacientes obsesivos es el principal responsable de que se les califique de dubitativos, por lo que tiene especial relevancia para el propósito del presente trabajo.

Entre las diversas propuestas de explicación que Rachman y Hodgson (1980) ofrecen (sin llegar a ninguna conclusión definitiva), dos se expresan en términos puramente conductuales. Se propone, por ejemplo, que la repetición se produce para evitar la aversión anticipada a interrumpir los rituales. Sin embargo, esta interrupción podría no ser tan ansiógena como se supone, del mismo modo que ocurre con su prevención, según evidencias de estos mismos autores. Por otro lado, se propone que los rituales se repiten porque sus ejecuciones son “parcialmente exitosas”, en el sentido de que no reducen lo suficiente la ansiedad. Sin embargo, si esta explicación quiere escapar a la circularidad, tiene que acudir a otros elementos que aclaren qué elementos de la ejecución permiten considerar a esta “exitosa”, por lo que estamos en el terreno de lo que llaman “explicaciones fenomenológicas”. Por ejemplo, la necesidad de llevar a cabo las acciones en una secuencia determinada, en ocasiones compleja o que incluye un número de repeticiones determinada, que deben ser llevadas a cabo de forma ininterrumpida o acompañadas de “pensamientos buenos”. Pero la

propia existencia de este tipo de rituales merece una explicación y, a no ser que ofrezcamos una en términos de moldeamiento mediante un refuerzo semialeatorio (como si fuera un tipo de conducta supersticiosa), necesitaremos apelar a elementos de tipo cognitivo. Y son este tipo de elementos los que se mencionan en el resto de explicaciones, que se centran en la necesidad de obtener un feedback, una confirmación de que la conducta compulsiva ha sido eficaz. Pero como es muy dudoso que exista un feedback objetivo que pueda obtenerse llevando a cabo una única ejecución de una conducta compulsiva (asumiendo que esta esté conectada de forma medianamente realista con el peligro), esta propuesta nos lleva necesariamente a postular que el responsable de la repetición es, o bien la búsqueda de un feedback interno, o bien la duda (irracional) como un fenómeno más o menos autónomo que mantiene las compulsiones. Más adelante veremos de qué formas se han explorado estas opciones.

3. MODELO COGNITIVO

3.1. Introducción

El trabajo de Rachman y Hodgson (1980) que tan profusamente hemos citado es el mejor ejemplo de que el intento sistemático de explicitar y poner a prueba los supuestos del modelo conductual del TOC acaba revelando su incapacidad para explicar aspectos centrales del trastorno. Sin embargo, y a pesar del recurso pionero de estos mismos autores a conceptos provenientes de la psicología cognitiva, hubo que esperar aún algunos años para que este paradigma se aplicara al TOC de un modo exitoso e influyente. El propio Beck, en 1986, se mostraba escéptico sobre la utilidad de una aproximación cognitiva a este trastorno. Clark (2006) señala algunos factores que explicarían esta posición: por un lado el relativo éxito de la EPR y, por otro, la observación de que los pacientes son por lo general conscientes de la irracionalidad de sus síntomas, lo que podría llevar a pensar que la disputa verbal sobre los mismos sería inútil o incluso contraproducente. Sin embargo, la insatisfacción con el modelo conductual era creciente. Esta se debía tanto a consideraciones prácticas (limitaciones del tratamiento conductual, en especial para las obsesiones “puras”) como teóricas. Entre estas, Shafran (2005) destaca las dificultades para explicar observaciones que separan los síntomas obsesivos de los fóbicos (como la disminución de la ansiedad por la mera presencia de un terapeuta), los problemas de la hipótesis del condicionamiento como origen de las obsesiones

e incluso la consideración de que estas son, en definitiva, un fenómeno cognitivo.

Las primeras teorías cognitivas del TOC fueron propuestas por Carr (1974) y, sobre la base de esta, McFall y Wollersheim (1979). El primer autor propuso explicar la ansiedad provocada por las obsesiones apelando a estimaciones subjetivas de la probabilidad de recibir un daño, probabilidad que disminuiría (y con ella la ansiedad) como consecuencia de la puesta en marcha de compulsiones. Los segundos añadieron que los pacientes obsesivos subestimarían su capacidad de hacer frente de forma efectiva a esta amenaza percibida (valoración secundaria) sobre la base de ciertas creencias desadaptativas, susceptibles de ser modificadas mediante terapia racional emotiva. El problema de estas propuestas era que, salvo por la incorporación *ad hoc* de creencias sobre el poder de las compulsiones, no explicaban satisfactoriamente los aspectos más específicos del TOC.

La falta de especificidad de estos modelos se debía a que no se había producido todavía una caracterización adecuada de las obsesiones en términos cognitivos, que las reconociera como un fenómeno mental con entidad propia. La aportación de Rachman y de Silva (1978) fue crucial, precisamente, porque al distinguir entre “obsesiones normales y anormales” permitieron una distinción clara entre el pensamiento obsesivo (cuyo contenido está presente en sujetos no clínicos) y el acontecimiento externo al que hace referencia. Así, la propia obsesión puede ser el objeto de temor, con las peculiaridades que esto implica y que, en gran medida, explican las diferencias entre estos síntomas y las fobias. El primer autor que elaboró un modelo cognitivo influyente del TOC fue Salkovskis (1985), al unir esta distinción y el concepto de Beck de “pensamiento automático negativo” (Clark, 2006), originalmente formulado como parte de la teoría cognitiva de la depresión. Estos pensamientos (posteriormente re-etiquetados como “valoraciones”, el término actualmente predominante), son evaluaciones negativas de las propias obsesiones y las responsables de que estas se transformen en un fenómeno patológico. Esta teoría pionera incluía también una reformulación en términos cognitivos de la principal aportación del modelo conductual: el papel que las compulsiones (o, de forma más amplia, la neutralización) juega en el mantenimiento de la sintomatología.

La Figura 1, tomada de Clark (2004) muestra los principales elementos, y la relación entre los mismos, incluidos en las teorías cognitivas actuales del TOC, y ya presentes en la formulación pionera de Salkovskis (1985). De acuerdo con este marco general, los pensamientos intrusos de tipo obsesivo, asociados o no a un estímulo desencadenante, son evaluados de forma inadecuada por aquellos individuos que posean creencias que predisponen a este tipo de valoraciones. La ansiedad resultante es manejada mediante estrategias de neutralización que, si bien a corto plazo disminuyen el malestar, tienen el efecto paradójico de incrementar la saliencia y/o la frecuencia de los pensamientos intrusos. Este círculo vicioso instaura el trastorno (al convertir los pensamientos intrusos en obsesiones clínicas) y lo perpetúa.

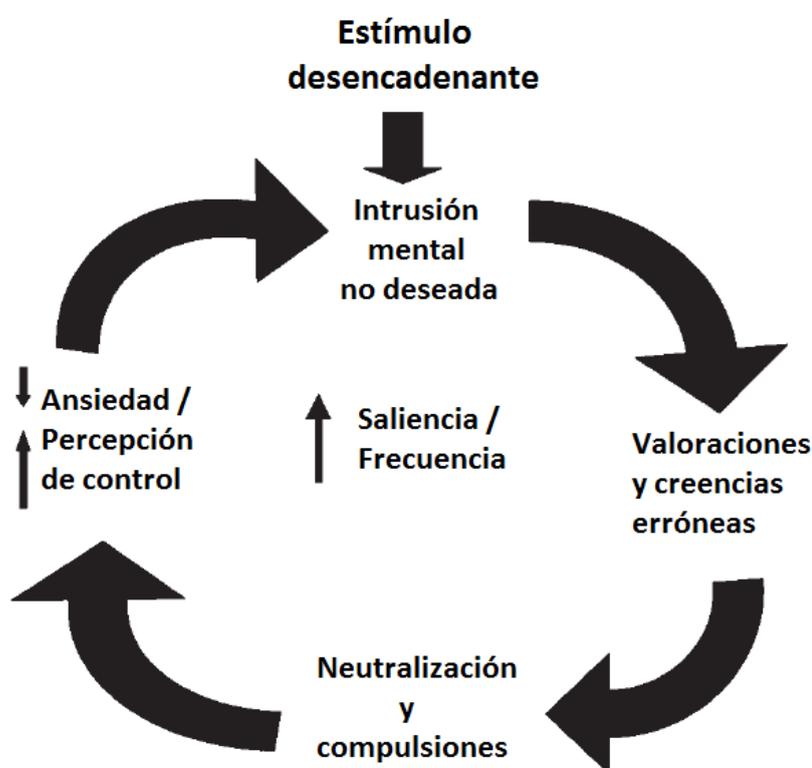


Figura 1. Esquema básico de los modelos cognitivos del TOC (tomado de Clark, 2004).

Dedicaremos el resto de este capítulo a describir de forma pormenorizada los distintos elementos del modelo y la relación funcional entre los mismos a partir de la descripción breve de las principales teorías cognitivas del TOC y sus evidencias empíricas.

3.2. Intrusiones

En las teorías cognitivas del TOC, la presencia de pensamientos, impulsos o imágenes (que englobaremos en este contexto dentro del término “pensamientos”) de tipo obsesivo es un elemento necesario, pero no suficiente, para el desarrollo del trastorno. Rachman y de Silva (1978) hallaron que la mayoría de personas sin TOC experimentan pensamientos similares en forma y contenido a las obsesiones de los pacientes obsesivos, denominándolos “obsesiones normales”. Así, la mera presencia de obsesiones no podía ser considerada como un síntoma que marca una distinción categorial entre “enfermedad obsesiva” y “salud” (como se hacía desde el modelo médico), ni tampoco un mero epifenómeno de los procesos de condicionamiento responsables del desarrollo del trastorno (como se suponía desde el modelo conductual).

Actualmente, el término “obsesiones” se reserva para las “obsesiones anormales” (aquellas que revisten relevancia clínica), y las “obsesiones normales” se consideran una variante de un fenómeno más amplio: los pensamientos intrusos no deseados. Este tipo de pensamientos que, insistimos, no son necesariamente patológicos, tampoco se relacionan exclusivamente con el TOC. Por el contrario, son relevantes para diversos trastornos mentales que incluyen, entre otros, el estrés postraumático, la depresión, el insomnio y la psicosis (Clark, 2005), etiquetándose en estos casos como pensamientos intrusos “clínicamente relevantes”. Estos se definen como un pensamiento, imagen o impulso discreto que entra en la conciencia, siendo sus propiedades principales las siguientes (Clark y Rhyno, 2005):

- Se atribuyen a un origen interno
- Se consideran inaceptables o no deseados
- Interfieren en la actividad cognitiva o conductual que se está llevando a cabo
- Son no deliberados y no volitivos o independientes de la intención del sujeto
- Tienden a ser recurrentes o repetitivos
- Capturan fácilmente los recursos atencionales, produciendo distracción muy fácilmente
- Se asocian al afecto negativo (p. ej., ansiedad, disforia y culpa)

- Son difíciles de controlar (hacer desaparecer)

Aunque hay diferencias de matiz (especialmente en el énfasis puesto aquí en el carácter intruso y perturbador de la actividad mental), todas las propiedades anteriores son compartidas por las obsesiones, ya que se considera a estas una variante patológica específica de los pensamientos intrusos. Se trata, como en la definición de obsesiones que ofrecimos, de características formales que se deben considerar en términos dimensionales. A pesar de su aparente redundancia, esta caracterización sirve para subrayar la continuidad con la normalidad de estos pensamientos y su presencia en otros trastornos diferentes del TOC. Por otro lado, hay que destacar que no todos los fenómenos cognitivos repetitivos y molestos relevantes en la psicopatología son ejemplos de pensamientos intrusos, incluso si nos limitamos a aquellos de contenido eminentemente verbal y que se producen en el ámbito de la ansiedad y la depresión. Así, los pensamientos intrusos deben ser diferenciados de fenómenos como la preocupación característica del TAG (*worry*) (ver, por ejemplo, Langlois, Freeston y Ladouceur, 2000a, 2000b), la rumiación (Clark y Rhyno, 2005) y los pensamientos automáticos negativos propios de la depresión (Salkovskis, 1985), y los delirios (Hudak, 2011). Por lo general, las comparaciones empíricas se realizan entre los respectivos fenómenos psicopatológicos en poblaciones clínicas (con excepciones notables como los estudios mencionados de Langlois *et al.*), y las diferencias halladas se describen como ayuda al diagnóstico diferencial. Mientras que el DSM se centra sobre todo en el contenido, los autores de orientación cognitivo-conductual suelen hacer énfasis en los aspectos formales y metacognitivos (ver, por ejemplo, Belloch, Cabedo y Carrio (2011), siendo especialmente relevante a este respecto la dimensión de egodistonia (Morillo, 2004).

Las teorías cognitivas del TOC descansan, por tanto, sobre los supuestos centrales de que: a) en la población no clínica se producen pensamientos intrusos obsesivos (PIOs) de contenido y forma similares a las obsesiones clínicas; y b) la progresión de los primeros a las segundas se produce de forma relativamente gradual debido a procesos psicológicos, por lo que se da un continuo, y no una separación categórica, entre ambas. Veamos brevemente las evidencias empíricas a favor de estas tesis.

En cuanto a la prevalencia de los PIOs en la población no clínica, el estudio pionero de Rachman y de Silva (1978) halló que un 84% de su muestra informaba de la ocurrencia de este tipo de pensamientos. Diversos estudios posteriores encontraron resultados muy parecidos, con porcentajes que estaban

por encima del 80% (p. ej. Freeston, Ladouceur, Thibodeau y Gagnon, 1991; Niler y Beck, 1989; Parkinson y Rachman, 1981; Purdon y Clark, 1993; Salkovskis y Harrison, 1984). Algunos autores (p. ej., Clark y Rhyno, 2005) alertan sobre la tendencia a sobreestimar la frecuencia de este tipo de cogniciones en la población general, por dos motivos principales. Primero, porque cuando se toma en consideración la totalidad de pensamientos intrusos padecidos por los sujetos no clínicos, la mayoría no son de tipo obsesivo, sino más relacionados con la ansiedad/preocupación y evaluados de forma egosintónica. Segundo, porque cuando nos limitamos a los pensamientos con contenido obsesivo, la frecuencia con la que los mismos son experimentados por los sujetos no clínicos es baja, apenas de unas pocas veces al año, incluso para las más comunes (Purdon y Clark, 1994a, Purdon y Clark, 1994b). Sin embargo, estos datos no ponen en cuestión el modelo cognitivo, que no requiere que los PIOs tengan una alta frecuencia (en el sentido de producirse a menudo en un mismo sujeto) sino una alta prevalencia, es decir, que se den en un amplio número de personas que no padecen TOC y, por tanto, no sean un factor suficiente para desarrollar el trastorno.

Pasando al segundo supuesto, el modelo sí requiere una continuidad entre PIOs y obsesiones en términos tanto formales como de contenido. Se han llevado a cabo estudios en los que se han comparado las características de los PIOs experimentados por sujetos normales y subclínicos, y las obsesiones de los pacientes diagnosticados de TOC (p. ej., Amir, Cashman y Foa, 1997; Forrester, Wilson y Salkovskis, 2002; Morillo, Belloch y García-Soriano, 2007). Sus resultados han apoyado, por lo general, el modelo cognitivo, al hallar que entre unos y otros se dan diferencias que parecen ser de grado en diversas medidas de gravedad, como la frecuencia, la duración, el malestar, la interferencia o la sensación de control. Además, las diferencias en gravedad van acompañadas de algunas de las postuladas como mecanismos causales por estas teorías, relacionándose las obsesiones con una mayor egodistonia y cierto tipo de valoraciones y de estrategias de control de las intrusiones.

Recientemente, un grupo de autores (Rassin, Cougle y Muris, 2007; Rassin *et al.*, 2007) ha puesto en cuestión este supuesto fundamental de continuidad, al proponer que existen determinados contenidos que son intrínsecamente anormales, al ser claramente reconocibles como patológicos, producirse menos frecuentemente en población no clínica y asociarse en más medida a las puntuaciones en escalas de síntomas o-c. Se ha argumentado que la existencia de diferencias cualitativas entre PIOs y obsesiones supondría un problema serio

para la validez interna de los modelos cognitivo-conductuales (García-Soriano, Belloch, Morillo y Clark, 2011). Sin embargo, no parece que los datos de Rassin y sus colaboradores planteen este problema, ya que no demuestran que determinado tipo de contenidos conlleven necesariamente el desarrollo del trastorno (ya que se dan también, aunque en menor medida, en sujetos no clínicos), ni que todos los TOCs compartan estos contenidos “anormales”. De este modo, la presencia de PIOs con estos contenidos seguiría sin ser una condición suficiente para el desarrollo del TOC. De hecho, si contenidos especialmente extremos (por su extravagancia o capacidad de inducir una reacción emocional negativa) se convirtieran con más facilidad (pero no necesariamente) en obsesiones, este hecho podría interpretarse fácilmente desde las teorías cognitivas como consecuencia de una mayor probabilidad de que den lugar a valoraciones inadecuadas.

Tanto la universalidad de los pensamientos intrusos como la mera existencia de los PIOs de contenido más extraño llevan a considerar el interrogante del origen de estos pensamientos. Se ha prestado poca atención a esta pregunta desde la psicopatología cognitiva, lo que es congruente con la consideración que se realiza de los mismos como fenómeno normal y, como tal, fuera de su área de estudio. Sin embargo, los pioneros de las teorías cognitivas del TOC sugirieron algunas respuestas al respecto. Rachman centra sus reflexiones en los factores de vulnerabilidad, centrados sobre todo en rasgos de personalidad (Rachman y de Silva, 1978), y en los factores precipitantes de la aparición de los PIOs, incluyendo el estrés, la disforia o la presencia de desencadenantes externos (Rachman, 1997). De acuerdo con Clark (2004), es Salkovskis quien realiza una propuesta más cercana a la cuestión del origen de estos pensamientos, proponiendo que son producto de una especie de “generador de ideas” que cumple una función importante en la habilidad de resolución de problemas. Sin embargo, estas sugerencias no han dado lugar a una teoría aceptada sobre el origen de los PIOs en el marco de las teorías cognitivas del TOC.

3.3. Valoraciones

Si podemos hablar de la existencia de un modelo cognitivo del TOC, en singular, es debido a que las principales teorías comparten la idea de que la valoración de los PIOs es el proceso cognitivo clave que lleva a la escalada en la frecuencia e intensidad de estos pensamientos y acaba conduciendo a los problemas obsesivos (Shafran, 2005). Por este motivo, también se las conoce,

de forma más precisa, como “teorías cognitivas de valoración” (Clark, 2004) para distinguir estas aproximaciones, centradas en el contenido de las cogniciones, de aquellas, también de carácter netamente cognitivo, que estudian el papel de los sesgos en el procesamiento de la información. Los modelos de valoración han acabado dominando el paradigma cognitivo debido, sobre todo, a sus implicaciones (más claras y productivas) en el desarrollo de tratamientos psicológicos.

Las diferentes teorías cognitivas se diferencian principalmente en el contenido de las valoraciones que proponen como fundamentales para el desarrollo del TOC. Así, los candidatos más importantes a valoración crucial van indisolublemente unidos a los autores y teorías más importantes del modelo. Por ese motivo, organizaremos según estas teorías nuestra breve exposición de los contenidos de las valoraciones propuestas, no sin antes aclarar que dichas teorías son más amplias y que incluyen ideas acerca de otros elementos del modelo, algunos ya mencionados (como el origen de los PIOs) y otras que serán abordadas más adelante, como el papel de los mecanismos de neutralización.

3.3.1. Salkovskis y la responsabilidad

Salkovskis (1985, 1999) fue el primero en señalar que la diferencia entre PIOs y obsesiones reside en la interpretación que se realiza de los mismos, y no en su ocurrencia, contenido o incluso incontrolabilidad. Esto implica que cualquier pensamiento es inicialmente neutro desde un punto de vista emocional, pero también potencialmente obsesivo, si da lugar al tipo de pensamiento automático (valoración) pertinente. De acuerdo con la hipótesis de la especificidad del contenido cognitivo (Aaron T Beck, 1976), se necesitaría que la valoración tuviera un contenido concreto para desencadenar un problema obsesivo, de igual modo que los pensamientos de daño causan ansiedad y los de pérdida, depresión. Salkovskis (ver Salkovskis y Forrester, 2002) propone que, en el TOC, este papel lo desempeñan las valoraciones de responsabilidad. Estas consisten en la interpretación de que del pensamiento intruso se deriva un posible daño o peligro para uno mismo o los demás, que se puede (y debe) intentar prevenir. La valoración puede centrarse en la mera ocurrencia del pensamiento o, como es más habitual, en su contenido.

Cuando un PIO es valorado de esta manera se ponen en marcha una serie de procesos que serían las causas próximas de su transformación en obsesión clínica (Salkovskis y Wahl, 2003): a) aumenta el malestar, la ansiedad y la

depresión; b) la intrusión y los pensamientos relacionados se vuelven más accesibles o salientes; c) se incrementa la atención que se dedica a la intrusión y a sus desencadenantes ambientales y d) se ponen en marcha respuestas de neutralización con el objetivo de evitar la responsabilidad o escapar de ella. La vulnerabilidad a realizar este tipo de valoraciones viene dada por la posesión de creencias relacionadas (en este caso, de responsabilidad excesiva), premisa que es compartida por el resto de teorías y que comentaremos en el próximo apartado.

Existen bastantes pruebas de que las creencias y valoraciones de responsabilidad son elevadas entre los pacientes con TOC, e incluso de que la inducción experimental de las mismas lleva a un incremento del malestar y al impulso de neutralizar (Salkovskis y Forrester, 2002). Sin embargo, como señala Clark (2004), es dudoso que las valoraciones de responsabilidad puedan considerarse un factor necesario y suficiente para el desarrollo del TOC, teniendo en cuenta la gran cantidad de varianza que deja sin explicar, su dependencia de factores contextuales, su falta de especificidad y su dudosa relevancia en algunos subtipos de TOC como las compulsiones de lavado.

2.3.2. *Rachman y el significado personal de las obsesiones*

Rachman propone, como Salkovskis, que existe un tipo de valoración de los pensamientos intrusos que es específico del TOC y responsable del inicio de la espiral que culmina en el desarrollo de las obsesiones clínicas. De un modo general, esta valoración es una interpretación errónea del significado de las intrusiones como indicativas de algo muy importante, significativo personalmente, amenazante o incluso catastrófico, y que provoca una reacción de ansiedad (Rachman, 2003). Más concretamente, este autor enfatiza las interpretaciones que implican un significado amenazante para la propia autoimagen, consistentes en creer que la intrusión dice algo sobre el propio carácter que es importante y amenazante, ya que podría llevar a consecuencias negativas graves. Como se resume a menudo, el sujeto concluye, a partir del contenido de su intrusión, que es *mad, bad or dangerous*.

Una definición más amplia de las interpretaciones erróneas del significado puede realizarse en términos de las siguientes cinco dimensiones (Rachman, 1997, 2003):

- Importancia: la intrusión se ve como significativa, ya que revela algo sobre la persona.

- Personalizada: el significado es personal, ya que es un pensamiento propio, de importancia particular para el sujeto.
- Ajeno al yo: el contenido o tema de la intrusión es poco característico de, o diferente a, como se ve uno a sí mismo.
- Consecuencias potenciales: se piensa que la intrusión puede tener consecuencias, aunque sean muy improbables.
- Consecuencias graves: las consecuencias percibidas asociadas con la intrusión se consideran graves.

A diferencia de Salkovskis, Rachman (2003) sí enfatiza el contenido del PIO, ya que este influirá en si es interpretado como personalmente significativo o no, siendo especialmente “peligrosos” los que se refieren a pensamientos egodistónicos (sobre temas sexuales o agresivos, por ejemplo), o con un contenido extravagante o impactante. Obviamente (ya que lo contrario se opondría a las premisas fundamentales del modelo cognitivo), el mero contenido no determina por sí solo la valoración, sino que lo hace en interacción con factores como el sistema de valores, las preocupaciones actuales del sujeto o su estado de ánimo. En consecuencia, estos elementos pueden ser considerados como factores de vulnerabilidad, junto a creencias más específicas que favorecen las valoraciones de significado personal (como la “importancia del pensamiento”).

Hay otros factores que predisponen a realizar este tipo de valoraciones, entre los que destacaremos ciertos sesgos en el procesamiento de la información. Nos referimos a la “fusión pensamiento-acción (FPA)”, originalmente definida como la tendencia de los sujetos vulnerables a las obsesiones de equiparar los pensamientos con las acciones (Rachman, 1993). Posteriormente se ha distinguido entre la FPA tipo probabilidad y tipo moral (Rachman y Shafran, 1998). Estos sesgos han sido también considerados como tipos específicos de valoración y como creencias relevantes para el TOC, por lo que serán definidos en el siguiente apartado.

Las propuestas específicas de Rachman han sido sometidas a evaluación empírica, de la que podemos extraer conclusiones semejantes a las ya comentadas para la teoría de Salkovskis. Por un lado, existen evidencias experimentales y correlacionales sólidas de que este tipo de valoraciones se vincula a la probabilidad de padecer problemas obsesivos (Frost y Steketee, 2002). Por otro, su especificidad como factor de vulnerabilidad es dudosa, lo

que en parte podría estar relacionado con la complejidad de los constructos propuestos, que dificulta averiguar cuáles son los componentes que se relacionan de forma más directa con la experiencia obsesiva (Clark, 2004).

3.3.3. El modelo de control cognitivo de Clark y Purdon

La distinción que realizan estas teorías entre intrusiones y valoraciones introduce implícitamente un elemento metacognitivo, en un sentido amplio del término, ya que las valoraciones son pensamientos sobre pensamientos. Sin embargo, tanto Rachman como Salkovskis enfatizan el elemento intencional de las intrusiones, es decir, el aspecto del mundo al que estas se refieren y, en definitiva, su contenido. En el caso de Salkovskis este énfasis es menos obvio por su insistencia en que no es el contenido del PIO lo que determina su carácter obsesivo pero, como se ha señalado, las valoraciones se refieren principalmente al contenido y no, por ejemplo, a la aparición.

Wells (Wells y Matthews, 1994) fue pionero en señalar la importancia que las creencias y los procesos metacognitivos tienen en el desarrollo y mantenimiento del TOC. En concreto, serían relevantes dos grandes dominios de creencias relacionadas, por un lado, con la importancia, significado o poder de los pensamientos y, por otro, con la necesidad de controlarlos y llevar a cabo rituales. Parece probable, como señalan autores pertenecientes a este enfoque (Gwilliam, Wells y Cartwright-Hatton, 2004; Myers y Wells, 2005), que estas creencias medien entre la aparición de intrusiones y las valoraciones señaladas previamente (p. ej., la responsabilidad).

De forma independiente, Clark y Purdon (1993; Purdon y Clark, 1999), han desarrollado una teoría cognitiva que introduce elementos metacognitivos. En sus primeras versiones, su aportación consistió fundamentalmente en el desarrollo del concepto de egodistonia como elemento clave de las obsesiones, y en la introducción de valoraciones y creencias acerca de la posibilidad y necesidad de controlar (fundamentalmente, mediante la supresión) los pensamientos intrusos.

Clark (2004) añade a su teoría un elemento novedoso en el modelo cognitivo del TOC: las valoraciones secundarias de las intrusiones. Se trata de un constructo similar al que, con el mismo nombre, introducen Lazarus y Folkman (1984) para distinguir entre la valoración que inicialmente se realiza ante un estímulo estresante (en nuestro caso, el PIO) y la que se realiza tras la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento acerca de su eficacia. En el modelo de Clark, las valoraciones secundarias lo son acerca del control de las obsesiones,

y hacen referencia a la importancia y consecuencias percibidas del fracaso en dicho control, que puede ser valorado de manera adaptativa o desadaptativa. Esto último daría lugar a esfuerzos adicionales (e infructuosos) de control, que incrementarían el problema, ya que la persona con TOC está preocupada no sólo por las obsesiones y su control, sino por las consecuencias de no poder controlarlas completamente. Las valoraciones secundarias desadaptativas tendrían contenidos semejantes a las primarias ya mencionadas, pero harían referencia directa al fracaso en la supresión. Por ejemplo, el paciente TOC podría: 1) interpretar dicho fracaso como portador de un significado personal; 2) valorarlo como amenazante; 3) incrementar las valoraciones de responsabilidad como consecuencia de dicho fracaso y 4) realizar interpretaciones inadecuadas acerca de la incontrolabilidad de los pensamientos, semejantes a la fusión pensamiento-acción. Existen algunas evidencias, provenientes sobre todo de los propios autores (p. ej., Purdon, Rowa y Antony, 2005), de que los pacientes TOC son más propensos a realizar estas interpretaciones del fracaso del control que los sujetos no clínicos lo que, junto a las claras implicaciones terapéuticas del modelo, hacen que esta aportación resulte prometedora.

3.3.4. ¿Cuántas valoraciones?

Los intentos de integrar las teorías anteriores, con propósitos científicos pero, sobre todo, terapéuticos, han ido de la mano del desarrollo de instrumentos de autoinforme diseñados para medir la aparición e impacto de pensamientos intrusos en población clínica y normal. El *Revised Obsessional Intrusions Inventory* (ROII; Purdon y Clark, 1994a, 1994b) permite (entre otras cosas) evaluar la intensidad con la que el sujeto realiza seis valoraciones disfuncionales de la intrusión: sobreestimar la importancia, lo inaceptable que resulta, fusión pensamiento-acción, importancia de controlarla, sobrestimación del peligro o daño y responsabilidad. El Inventario de pensamientos intrusos obsesivos (INPIOS; García Soriano, 2008), con una estructura similar a la del ROII y desarrollado (originalmente en castellano) con el objetivo de superar sus limitaciones, incluye ocho tipo de valoraciones disfuncionales: importancia del pensamiento; FPA moral; FPA probabilidad; significado personal; responsabilidad; importancia de controlar la obsesión; sobrestimación del peligro e intolerancia a la incertidumbre.

El pragmatismo con el que se han desarrollado estas propuestas integradoras hace que estos instrumentos sean clínicamente útiles, pero no permite que utilicemos sus clasificaciones como modelos teóricos definitivos. Muy

posiblemente, cada una de estas valoraciones es relevante en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas obsesivos en algunos pacientes. Sin embargo, es probable que la lista no sea exhaustiva, que las valoraciones incluidas no sean específicas del TOC y que no existan límites claros entre unas y otras.

3.4. Creencias

Las teorías cognitivas descansan sobre el supuesto de que ni el hecho de presentar una intrusión mental ni su contenido determinan que se realice una valoración inadecuada de la misma. Se acepta que determinados factores inestables (p. ej., el estrés o el estado de ánimo), e incluso exógenos, favorezcan la aparición de PIOs y la atención que se presta a los mismos. Sin embargo, el único factor de vulnerabilidad próximo que determina que se realice una valoración inadecuada específica (y no otra, o ninguna) es la posesión de una o más creencias relacionadas de algún modo con dicha valoración. Lógicamente, se asume que existen causas distantes para la adquisición de dichas creencias, presumiblemente relacionadas con la historia de aprendizaje. La idea de que existen constructos cognitivos latentes y relativamente estables, que determinan la aparición de pensamientos conscientes, los cuales son a su vez los responsables próximos de la sintomatología emocional se debe, obviamente, a Beck (1976). De igual modo que los pensamientos automáticos negativos (PANs) de la depresión se equiparan a las valoraciones sobre los PIOs, los esquemas disfuncionales se asimilan a las creencias obsesivas. Salkovskis (1985) es quien explicita de forma más clara esa suposición, distinguiendo entre dos niveles de la responsabilidad: las valoraciones y las creencias, siendo estas últimas el principal factor de riesgo de realizar las primeras.

A diferencia de lo que ocurre en el modelo cognitivo de la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), en la investigación del TOC se realiza una distinción menos marcada entre los dos niveles de cognición. En primer lugar, en la depresión (al menos en la formulación original de la teoría) se consideran PANs una gran variedad de pensamientos idiosincrásicos, que de algún modo están conectados con una serie muy reducida de esquemas disfuncionales (autonomía y sociotropía, en su formulación más conocida). Por el contrario, en los modelos cognitivos del TOC se realiza una clasificación más sistemática y más cargada de teoría de las valoraciones, y estas se corresponden supuestamente de forma biunívoca con una serie de creencias, cuyo contenido es idéntico y de las que sólo se diferencian por su generalidad y estabilidad temporal. En segundo lugar, Beck considera que los PANs son fácilmente

accesibles a la conciencia, pero no así los esquemas, el acceso a los cuales requiere un trabajo terapéutico considerable. Sin embargo, en la investigación cognitiva del TOC se asume que el acceso consciente a las creencias es lo suficientemente sencillo como para poder realizarse mediante instrumentos de autoinforme. Probablemente la primera diferencia está relacionada con cómo se han formulado las teorías cognitivas del TOC, en las que se ha puesto el acento en el contenido de las valoraciones, y la segunda con exigencias prácticas de la investigación con grandes cantidades de participantes no clínicos. En definitiva, la escasa distinción entre valoraciones y creencias no es un resultado empírico ni una consecuencia lógica de los supuestos centrales del modelo cognitivo, sino más bien una elección metodológica criticable, que hay que tener en cuenta a la hora de interpretar las investigaciones realizadas desde esta perspectiva.

La asunción, más o menos justificada, de una estrecha correspondencia entre valoraciones y creencias ha llevado a que gran parte de la investigación haya consistido en buscar asociaciones entre creencias obsesivas y sintomatología o-c, a pesar de que son realmente las valoraciones el elemento central de las teorías cognitivas. Según los supuestos del modelo, estas creencias deberían predecir la probabilidad de realizar tipos concretos de valoraciones disfuncionales. De este modo, la intensidad de las creencias se deberá asociar con la probabilidad de padecer síntomas obsesivos y, posiblemente, con determinados tipos concretos de síntomas ya que, en aplicación de la teoría de la especificidad cognitiva, se espera que creencias o combinaciones de creencias específicas predigan tipos específicos de síntomas (Taylor, Abramowitz, McKay y Cuttler, 2012). El estatus empírico de estas predicciones será abordado brevemente al final de este apartado.

El desarrollo de una propuesta de modelo cognitivo integrador del TOC, con propósitos fundamentalmente heurísticos y centrado en el papel de las creencias disfuncionales ha sido llevado a cabo fundamentalmente por el Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Este es un grupo internacional de investigadores con un interés común en el papel de los factores cognitivos en este trastorno (Frost y Steketee, 2002). Estos autores distinguen entre intrusiones, valoraciones y creencias, definiendo estas últimas como “asunciones relativamente duraderas que son mantenidas por un individuo y que son pan-situacionales y no específicas de un suceso particular” (OCCWG, 1997, p. 670). Dentro de estas, distinguen entre las supuestamente específicas del TOC y aquellas que son relevantes al mismo pero que pueden encontrarse

en otros trastornos. La principal aportación de este grupo ha sido el desarrollo de un instrumento de autoinforme destinado a medir las creencias disfuncionales: el Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ; OCCWG, 1997, 2001). Con este objetivo, revisaron las propuestas de dominios de creencias supuestamente relevantes realizadas hasta entonces (distinguiendo un total de 19), que finalmente redujeron a las seis siguientes dimensiones teóricas (OCCWG, 1997):

- Responsabilidad excesiva: creencia de que se tiene una capacidad que es fundamental para ocasionar o prevenir resultados negativos subjetivamente cruciales.
- Sobrevaloración de la importancia de los pensamientos: creencia de que la mera presencia de un pensamiento indica que es importante.
- Sobrevaloración de la amenaza: exageración de la probabilidad o gravedad del daño.
- Importancia de controlar los pensamientos: sobrevaloración de la importancia de ejercer un control completo sobre los pensamientos, imágenes e impulsos intrusos, y la creencia de que esto es tanto posible como deseable.
- Intolerancia a la incertidumbre: creencias sobre la necesidad de estar seguro, la incapacidad personal para afrontar el cambio impredecible y la dificultad para funcionar en situaciones ambiguas.
- Perfeccionismo: la tendencia a creer que hay una solución perfecta para cada problema, que hacer algo perfectamente (es decir, sin errores) no es sólo posible sino también necesario, y que incluso los errores de poca importancia tendrán consecuencias graves.

La versión original del OBQ (OCCWG, 2001, 2003) constaba de 87 ítems, que fueron reducidos a 44 tras los análisis psicométricos oportunos (OCCWG, 2005). El resultado de los análisis factoriales dio como resultado la agrupación de las creencias en tres dimensiones empíricas: 1) Responsabilidad y estimación del riesgo; 2) Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre y 3) Importancia y control de los pensamientos.

En nuestro ámbito, Cabedo, Morillo, Carrió, Belloch y Lucero (2003) desarrollaron, con un propósito semejante, el Inventario de creencias obsesivas (ICO), inicialmente compuesto de 58 ítems. Su propuesta original incluía 7

dimensiones de creencias, basadas en las del OCCWG de 2001 y de las propuestas iniciales de Salkovskis, Rachman, y Shafran, lo que daba lugar a separar la fusión pensamiento-acción en sus dos modalidades (probabilística y moral) de la sobrevaloración de la importancia del pensamiento. Como resultado de los análisis psicométricos realizados con este cuestionario, se elaboró una versión reducida (ICO-R) compuesta por 50 ítems. El análisis factorial confirmatorio llevado a cabo sobre una muestra amplia de sujetos no clínicos (Belloch, Morillo, *et al.*, 2010) arrojó una estructura factorial de 8 dimensiones: responsabilidad; importancia de los pensamientos; fusión pensamiento-acción probabilidad; fusión pensamiento-acción, moralidad; importancia de controlar los pensamientos; sobrestimar el peligro; intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo.

El desarrollo de estos instrumentos de evaluación, y otros surgidos del mismo modelo (fundamentalmente los destinados a medir las valoraciones disfuncionales, como los ya mencionados ROII e INPIOS) ha facilitado, como era su intención, la realización de un amplio número de investigaciones. Esto permite realizar una valoración (inevitablemente provisional) del estatus empírico de las predicciones que, de forma más o menos explícita, realiza la teoría (Taylor *et al.*, 2012). De forma tentativa, se pueden ofrecer las siguientes conclusiones:

- El resultado de análisis factoriales como los ya mencionados indica que las dimensiones propuestas racionalmente se agrupan de un modo no predicho por la teoría, y que no son claramente distinguibles entre sí, compartiendo una cantidad de varianza importante (Taylor, McKay y Abramowitz, 2005).
- Los pacientes TOC difieren en la mayoría de las investigaciones de los sujetos no clínicos en la intensidad de las creencias disfuncionales (p. ej. OCCWG, 2005; Belloch *et al.*, 2010). Sin embargo, los resultados de las comparaciones con controles clínicos apuntan a la falta de especificidad de estas creencias (Anholt *et al.*, 2004; Belloch *et al.*, 2010; Julien, O'Connor, Aardema y Todorov, 2006).
- Existe un número no despreciable de pacientes TOC que no puntúan alto en intensidad de creencias obsesivas, resultado que contradice directamente las predicciones del modelo cognitivo. Como ya se ha comentado anteriormente, se ha propuesto que estos pacientes

podrían formar un subgrupo con características propias (Calamari *et al.*, 2006; Taylor, 2005a).

- Se ha hallado de forma consistente que la intensidad de las creencias correlaciona con la gravedad de síntomas o-c en muestras amplias de sujetos no clínicos (p. ej., Cabedo, Belloch, Morillo, Jimenez y Carrió, 2004; Taylor *et al.*, 2010), incluso cuando se controla el malestar general (lo cual es conceptualmente discutible). Sin embargo, la proporción de la varianza de los síntomas que las creencias explican no es elevada, estando por lo general por debajo de un tercio (Taylor *et al.*, 2010).
- Hay evidencias mixtas acerca de la asociación entre creencias específicas y tipos de síntomas o-c. Individualmente, los estudios suelen mostrar que algunas creencias (y no otras) se relacionan específicamente con algunas dimensiones de síntomas (y no otros). Sin embargo, estos resultados no se replican habitualmente, con la excepción de que el perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre suele asociarse al orden (Abramowitz, Khandker, Nelson, Deacon y Rygwall, 2006; Taylor *et al.*, 2010; Wu y Carter, 2008). Los datos tampoco apoyan que las creencias interactúen entre sí a la hora de provocar síntomas (Taylor *et al.*, 2005). En cualquier caso, es discutible que las predicciones de especificidad e interacción se deriven de los supuestos fundamentales del modelo cognitivo.
- Los resultados de los estudios con tratamiento cognitivo específico apoyan la predicción de que la reducción de la intensidad de las creencias obsesivas se asocia a una disminución de la gravedad de los síntomas (Belloch, Cabedo, Carrió y Larsson, 2010; Belloch, Cabedo, Carrió, *et al.*, 2011; Bouvard, 2002; Emmelkamp, van Oppen y van Balkom, 2002; McLean *et al.*, 2001). No obstante, la reducción tiene efectos diferenciales en función de la dimensión de síntomas predominante (i.e., es mayor en los autógenos que en las reactivos, según el estudio de Belloch *et al.*, 2010), y de la modalidad de tratamiento individual o grupal (Belloch *et al.*, 2011). Además, los tamaños del efecto suelen ser pequeños o moderados.

La propia naturaleza del constructo hace que sea muy difícil la obtención de datos experimentales que certifiquen la relación causal entre creencias y sintomatología o-c. En ausencia de este tipo de datos, los que hemos revisado

indican que, si bien las creencias disfuncionales se asocian a la patología obsesiva, esta relación no parece ser específica para este trastorno. Esto, junto a la estrecha relación hallada entre las creencias (que pone en duda su validez de constructo), constituye una amenaza seria a la validez de esta parte del modelo cognitivo. Sin embargo, la gran cantidad de esfuerzo investigador dedicada a esta cuestión no debe equipararse a la centralidad del problema de las creencias en el modelo cognitivo ya que, como hemos visto, las principales teorías propuestas dan prioridad a otros aspectos del mismo, como las valoraciones o las estrategias de neutralización.

3.5. Neutralización

Las valoraciones disfuncionales explican la adquisición por parte de los PIOs de propiedades ansiógenas, lo que se considera desde este modelo un primer paso necesario, pero no suficiente, en su escalada hacia las obsesiones clínicas. De este modo, cumplen el mismo papel que en la teoría conductual tenía el supuesto proceso de condicionamiento clásico que daba lugar a la misma aparición de los síntomas. Desde este modelo, tras la adquisición del síntoma sólo quedaba por explicar su mantenimiento ya que, de producirse una instauración progresiva, esta podía explicarse apelando a procesos de generalización. Sin embargo, las teorías cognitivas necesitan, además, aclarar de qué forma un PIO adquiere las propiedades de las obsesiones, no sólo en términos de la reacción emocional y conductual que provocan (para lo que es suficiente la apelación a las valoraciones), sino también en cuanto a su mayor frecuencia.

En las teorías de Salkovskis y Rachman, estas insuficiencias se suplían sustituyendo los procesos de aprendizaje utilizados en el modelo conductual por mecanismos cognitivos con los mismos efectos. Por ejemplo, Rachman (1998) propone que la valoración de una intrusión como personalmente significativa aumenta el rango de los estímulos potencialmente amenazantes y, por lo tanto, también el número de situaciones externas que la desencadenan, lo que conlleva un aumento de su frecuencia. Esta propuesta no es sino una reformulación en términos cognitivos del proceso de generalización estimular.

Los mayores esfuerzos en este sentido han ido encaminados a proporcionar una nueva versión, más acorde al nuevo paradigma, de la segunda fase de la teoría bifactorial de Mowrer. En estas teorías, la evitación a la que apela Mowrer es sustituida por un rango más amplio de conductas que suelen etiquetarse en un sentido amplio como “neutralización”. Salkovskis la define como “una

actividad iniciada voluntariamente que busca el efecto de reducir la responsabilidad personal y puede ser manifiesta o encubierta” (citado en Clark, 2004). Así, la neutralización incluye diversas estrategias que tienen en común ser reactivas a la obsesión, y su búsqueda intencionada de un efecto reductor del malestar que, en el caso de este autor, es definido en términos de disminución de la responsabilidad. Tanto Salkovskis como Rachman (1998, 2003) defienden que la neutralización tiene la misma función que las compulsiones manifiestas, al mantener e incluso aumentar las propiedades productoras de malestar de las obsesiones. Sin embargo, en lugar de apelar a procesos de incubación o evitación, explican este efecto recurriendo a sus efectos sobre creencias y valoraciones. Las estrategias de neutralización impiden que los sujetos falsen sus expectativas referentes a las consecuencias catastróficas de las obsesiones, al considerar que la no aparición de las mismas es probablemente el fruto del uso de esas estrategias. No sólo eso, sino que el efecto ansiolítico temporal de estas estrategias reforzarían las valoraciones inadecuadas ya que, tanto la ansiedad provocada por la aparición de las intrusiones, como su disminución producida por la neutralización, pueden interpretarse como pruebas de que aquellas suponen una amenaza y esta es necesaria para contrarrestarla. Existen evidencias empíricas (Rachman, Shafran, Mitchell, Trant y Teachman, 1996; Salkovskis, Westbrook, Davis, Jeavons y Gledhill, 1997) de que la neutralización tiene el mismo efecto dual atribuido por la teoría de Mowrer a los procesos operantes, disminuyendo el malestar provocado por las obsesiones en un primer momento y aumentando tanto este malestar como el impulso a neutralizar en sus apariciones subsiguientes.

Aunque el uso de “neutralización” carece de unos límites claros, normalmente se reserva a las conductas (incluyendo las encubiertas) que se producen como respuesta a las intrusiones y que intentan prevenir sus efectos. Sin embargo, los pacientes obsesivos también llevan a cabo intentos de control mental que incluyen la supresión de los pensamientos intrusos y la prevención de su aparición (no sólo mediante la evitación de los estímulos desencadenantes) que, si bien en un sentido amplio del término pueden considerarse ejemplos de neutralización, merecen una consideración aparte. Rachman (2003) afirma que los intentos de suprimir o controlar las intrusiones son inevitablemente fútiles y que incrementan de forma paradójica la frecuencia de la intrusión (y, de paso, las valoraciones inadecuadas de los mismos). Salkovskis (1985) coincide en los efectos perversos de la supresión, atribuyendo a esta el incremento de la saliencia y accesibilidad de las intrusiones así como,

de nuevo, a que previene que las creencias de que el daño debe ser evitado se falsen.

Si bien estos autores dan prioridad a las interpretaciones en términos de creencias y valoraciones, no es fácil realizar la conexión entre estos constructos (fundamentales en la psicopatología cognitiva pero más relacionados con la *folk psychology* que con el estudio científico del procesamiento de la información) y sus efectos atencionales. Sin embargo, una explicación aceptable de los incrementos en frecuencia y saliencia de las intrusiones debería hacer referencia a los procesos atencionales. El principal marco desde el que se ha intentado abordar este problema ha sido el de los experimentos de supresión del pensamiento, en los que el pionero fue Wegner (Wegner, Schneider, Carter y White, 1987; para un resumen, ver Wenzlaff y Wegner, 2000). Los resultados de los primeros estudios revelaron la existencia de un “efecto rebote”, es decir, el aumento de la frecuencia de un pensamiento tras un período en el que los sujetos habían intentado suprimirlo. También se halló un aumento de la frecuencia durante el propio período de supresión (*enhancement effect*), que era mayor si se incrementaban las demandas cognitivas que se realizaban a los sujetos durante la tarea. Para explicar estos efectos, Wegner propuso la “teoría de los procesos irónicos” (Wegner, 1992) que diferencia entre dos mecanismos: el proceso intencional que busca pensamientos que promuevan la meta de la supresión, y un proceso irónico de monitorización que realiza una búsqueda en segundo plano de señales del fracaso de la supresión, y que continuaría funcionando tras los períodos de supresión, siendo responsable del rebote.

El estudio experimental de la supresión es complejo, ya que sus efectos dependen de la interacción de múltiples factores (Wenzlaff y Wegner, 2000). Estos incluyen el tipo de pensamiento a suprimir (fundamentalmente, su valencia emocional), las diferencias individuales de los participantes y al propio proceso experimental, incluyendo las instrucciones de supresión y la forma de evaluar la aparición del pensamiento. La consideración de este tipo de variables, junto a la similitud aparente entre el efecto rebote y la fenomenología del TOC ha motivado la aplicación de este paradigma al estudio de los pensamientos intrusos.

Sin embargo, pese a lo prometedor del enfoque, los resultados de los trabajos sobre supresión han sido marcadamente inconsistentes (para un resumen crítico relativamente reciente ver Clark, 2004, cap. 6). Por ejemplo, en un metaanálisis de 28 experimentos de supresión, Abramowitz, Tolin y Street (2001) no hallaron evidencias de la existencia del fenómeno de *enhancement*, aunque sí de

un efecto rebote relativamente pequeño y muy variable en función de las condiciones experimentales. Clark (2004) concluye que, si nos limitamos a pensamientos neutros en sujetos no clínicos, el efecto paradójico de la supresión es un fenómeno “claramente débil e inconsistente” (p. 121), y que los resultados no parecen variar cuando estos sujetos suprimen pensamientos de contenido personal o molesto.

Los resultados hallados en los estudios llevados a cabo con pacientes TOC no han sido mucho más alentadores. Limitándonos a las revisiones más recientes, Purdon, Gifford, McCabe y Antony (2011) concluyen que el intento de hallar un efecto rebote en la frecuencia de pensamientos obsesivos tras su supresión ha fracasado. Magee, Harden y Teachman (2012), en una revisión cuantitativa de los estudios sobre supresión y psicopatología, señalan que, de hecho, los pacientes TOC muestran un menor efecto *enhancement* y una tendencia hacia esta misma diferencia en el efecto rebote cuando se comparan con sujetos no clínicos. En definitiva, y en línea con las conclusiones de Clark (2004), no existen evidencias de que los efectos de rebote puedan explicar el aumento de la frecuencia de las obsesiones en el TOC: ni por las propiedades emocionales de este tipo de pensamientos, ni por características individuales de estos pacientes que puedan ser fácilmente interpretadas desde el marco teórico empleado en los experimentos de supresión.

Estos resultados no implican que el estudio experimental del control mental sea irrelevante en la comprensión del TOC. Se ha sugerido (Purdon, 1999) que puede haber sido un error centrarse en la frecuencia de los pensamientos como principal efecto de los intentos de supresión. En estudios con población clínica (Purdon *et al.*, 2005) y no clínica (Belloch, Morillo y Giménez, 2004; Purdon y Clark, 2001), se ha hallado que el fracaso en la supresión conllevaba un aumento en el malestar emocional, probablemente mediado por las valoraciones realizadas de este fracaso. Por otro lado, se ha criticado la relevancia para el TOC de las tareas de supresión, proponiendo como alternativa el paradigma experimental del *thought dismissal*, consistente en dejar de atender al pensamiento una vez este se presenta, en vez de intentar evitar su aparición. Sin embargo, los escasos estudios realizados al respecto llevan a conclusiones similares (Purdon *et al.*, 2011): las diferencias halladas entre pacientes TOC y otros pacientes ansiosos parecen hallarse más en la valoración y las consecuencias de las dificultades (naturales) en el control mental que en las propias habilidades para llevar a cabo dicho control.

Si bien estas conclusiones son provisionales y pueden atribuirse a un escaso desarrollo del campo de estudio, parece que, de nuevo, los intentos de utilizar teorías derivadas de la investigación básica no tienen éxito a la hora de explicar los problemas específicos de los pacientes obsesivos. Del mismo modo que ocurría con las explicaciones conductuales, la comprensión de las peculiaridades del TOC parecen requerir del recurso a constructos más cercanos a la experiencia consciente y, especialmente, el de valoración cognitiva. Es posible que otro tipo de modelos teóricos del funcionamiento cognitivo, como los biológicos, nos proporcionen esta comprensión sin necesidad de recurrir a conceptos de estatus científico tan incierto. A estos modelos dedicaremos el próximo capítulo de la introducción.

CAPÍTULO 3

MODELOS BIOLÓGICOS DEL TOC

1. INTRODUCCIÓN

El propósito de este capítulo es presentar algunas de las explicaciones que, desde una perspectiva biológica, se han ofrecido sobre las causas de los síntomas obsesivo-compulsivos. Nuestro interés se centrará en aquellas teorías que tratan de esclarecer cómo el funcionamiento anómalo de determinados sistemas cerebrales provoca la aparición y, en especial, la perseveración de las obsesiones y compulsiones, así como los datos sobre los que dichas teorías se apoyan. De este modo, no abordaremos las investigaciones e hipótesis acerca de las causas últimas del trastorno, genéticas o ambientales, ni tampoco el mecanismo mediante el cual estas causas producirían la lesión o defecto en el neurodesarrollo culpables de dicho funcionamiento anómalo. Tampoco trataremos acerca de los tratamientos biológicos del TOC, de innegable interés teórico y aplicado.

A pesar de que no existe una teoría biológica unificada de este trastorno digna de ese nombre, sí disponemos de un modelo ampliamente aceptado acerca de la naturaleza de la disfunción cerebral que estaría en la base del mismo. Muy resumidamente, este postula que la alteración funcional de uno o varios circuitos fronto-subcorticales, que implicaría diversas áreas cerebrales y sistemas de neurotransmisión, sería responsable de la sintomatología. Gran parte de los estudios sobre las bases biológicas del TOC están inspirados por diversas versiones, más o menos detalladas, de este modelo. Por este motivo, empezaremos por resumir los principales hallazgos de los estudios neuropsicológicos y de neuroimagen relevantes para nuestro propósito. Finalmente, trataremos las explicaciones (eminentemente especulativas) que desde este paradigma se sugieren acerca de cómo las disfunciones descritas producen los síntomas obsesivo-compulsivos. Veremos cómo, bajo estas propuestas, subyace una manera de entender la naturaleza misma de estos síntomas que es profundamente diferente de aquella de la que parten los principales modelos psicológicos del trastorno.

2. NEUROANATOMÍA DEL TOC

2.1. Neuroanatomía de los circuitos fronto-subcorticales relevantes para el TOC

El córtex frontal, los ganglios basales y el tálamo están conectados por una serie de circuitos paralelos y segregados funcionalmente, que fueron descritos por Alexander, DeLong y Strick (1986) y que se describen colectivamente como “circuitos fronto-subcorticales” (CFS). Los diversos circuitos existentes se identifican por la región del lóbulo frontal implicada, compartiendo en gran medida el resto de estructuras anatómicas. Se ha propuesto que al menos tres de estos CFS podrían ser relevantes para el TOC (Cummings, 1993), aunque no todos se enfatizan en el mismo grado. Estas propuestas, más sofisticadas anatómicamente, son herederas de las que enfatizan el papel de los ganglios basales en el trastorno, cuyas principales formulaciones (Insel, 1988; Rapoport y Wise, 1988) ya mencionaban la importancia del bucle en el que esta estructura juega un papel modulador esencial.

2.1.1 *Lóbulo frontal*

El córtex prefrontal se divide habitualmente en tres áreas: córtex orbitofrontal (COF), córtex prefrontal dorsolateral (CPDL) y córtex frontal medial (CFM). La literatura psiquiátrica suele distinguir entre tres circuitos “conductualmente relevantes” correspondientes a dichas áreas. Aunque los tres circuitos podrían estar implicados en el TOC, actualmente se enfatiza el papel del COF, hablando algunos autores incluso de un modelo “orbito-fronto-estriado” (Menzies *et al.*, 2008).

El COF está situado en la parte más ventral del córtex prefrontal. Las lesiones en esta área se asocian a alteraciones de la emoción, la personalidad y la conducta social, y su estudio neuropsicológico ha puesto de manifiesto su papel en el aprendizaje del valor de los estímulos (Ogar y Gorno-Tempini, 2007), por lo que se le considera una estructura clave en la toma de decisiones. Se considera que el CPDL está implicado en la regulación y planificación de la conducta motora y la función intelectual, la memoria de trabajo, y la integración de la información mnésica y sensorial. Por último, el CFM se compone del área motora suplementaria y del córtex cingulado anterior (CCA). El CCA, también denominado córtex medial frontal superior, es la zona que se considera más relevante desde el punto de vista neuropsiquiátrico, por lo que la literatura sobre TOC se suele centrar en esta área y en el circuito correspondiente. Se considera

que está relacionado con la conducta motivada y que su disfunción se asocia a un estado de apatía que puede expresarse en diversos planos (motor, cognitivo, afectivo y emocional; Cummings y Miller, 2007).

Las tres áreas envían axones hacia los núcleos de input de los ganglios basales (cuerpo estriado), estableciendo una conexión excitatoria que utiliza el glutamato como neurotransmisor. A su vez, estas áreas reciben proyecciones glutamatérgicas del tálamo, cerrando así el circuito. Los detalles sobre estas conexiones se verán más abajo.

2.1.2. *Ganglios basales*

Los ganglios basales se dividen en tres tipos de núcleos: de input, de output e intrínsecos. Los núcleos de input suelen denominarse colectivamente “cuerpo estriado”, conformado por el núcleo caudado, el putamen y el núcleo accumbens (Martin, 1998). Los núcleos del output son el segmento interno del globo pálido, el globo pálido ventral y la parte reticulada de la sustancia negra. Por último, existen cuatro núcleos “intrínsecos” denominados así porque reciben sus inputs y outputs de otros núcleos de los ganglios basales. Estos son el segmento externo del globo pálido, el núcleo subtalámico, la parte compacta de la sustancia negra y el área tegmental ventral.

Los núcleos de input reciben conexiones de todos los lóbulos cerebrales. Centrándonos en las relevantes para los circuitos en discusión, las aferencias excitatorias provenientes de COF y CPDL se reciben en el núcleo caudado, las primeras en su sección ventromedial y las segundas en la dorsolateral. Las provenientes del CCA, sin embargo, se reciben en el núcleo accumbens (Fontaine, Mattei y Robert, 2007).

Los núcleos de output implicados en estos circuitos son el globo pálido (segmento interno) y la sustancia negra (parte reticular). Estos núcleos envían proyecciones gabaérgicas inhibitorias al tálamo. Por tanto, una mayor activación de los núcleos del output redundará en una mayor inhibición de las áreas relevantes del tálamo. Esta activación dependerá de las aferencias que reciben de otros núcleos a través de dos vías, una directa y una indirecta. La vía directa conecta directamente los mencionados núcleos del input y de output y es excitatoria. La vía indirecta también conecta estos dos grupos de núcleos pero lo hace a través de dos núcleos intrínsecos: el segmento externo del globo pálido y el núcleo subtalámico. Además, el núcleo subtalámico recibe proyecciones directamente desde el córtex frontal (Friedlander y Desrocher, 2006). Esta vía

es inhibitoria. Por tanto, el grado de activación de los núcleos del output dependerá del balance entre las vías directa e indirecta.

2.1.3. Tálamo

Los núcleos talámicos que forman parte de los circuitos bajo consideración son el ventral anterior y el dorsomedial. Los circuitos que se originan en COF y CPDL implican ambos núcleos mientras que los originados en el CCA sólo el último. Sus conexiones con el córtex prefrontal tienen un carácter excitatorio y forman parte de la vía directa.

2.1.4. Modulación y disfunción de los circuitos fronto-subcorticales

Hemos visto cómo las conexiones que forman parte de los circuitos considerados utilizan el glutamato como neurotransmisor excitatorio y el GABA como inhibitorio. Sin embargo, las disfunciones en el equilibrio de estos sistemas se atribuyen a menudo al papel modulador de otros dos neurotransmisores: la serotonina y la dopamina. La primera tendría un papel inhibitorio que se produciría directamente sobre las áreas prefrontales (Fontaine *et al.*, 2007) y que estaría al menos parcialmente mediada por el efecto (también inhibitorio) que produce sobre la dopamina. Este neurotransmisor, con origen en la sustancia negra, estimula la vía directa mediante su efecto sobre los receptores D1, pero también la indirecta a través de los receptores D2 presentes en el estriado, por lo que su mero aumento o disminución no tiene un efecto neto predecible sobre la desinhibición talámica (Aouizerate *et al.*, 2004). El papel de estos neurotransmisores implica, obviamente, que los CFS no son un sistema cerrado sino que su funcionamiento se ve influido por sus conexiones con otras estructuras cerebrales, entre las que destacan las pertenecientes al sistema límbico.

Los modelos patofisiológicos del TOC que proponen la disfunción de los CFS como causa del trastorno comparten la idea de que su sintomatología se asocia a un patrón anormal de activación de estos circuitos, presumiblemente debido a un desequilibrio entre sus vías directas e indirectas. Sin embargo, existen notables discrepancias en cuanto a las causas de esta disfunción y el papel y relevancia de las diferentes áreas cerebrales implicadas en estos circuitos. Mataix-Cols y van den Heuvel (2006, 2012) proponen un modelo intencionadamente simplificado que consideran que describe adecuadamente las ideas predominantes sobre la neuroanatomía del TOC. Este se basa en el diferente predominio relativo de los dos tipos de receptores dopaminérgicos implicados: el D1 se expresaría de forma más prominente en el córtex prefrontal

ventromedial (en comparación con el dorsolateral) y el D2 en el estriado ventral (en comparación con el dorsal). Las implicaciones funcionales de este son una mayor estimulación de la vía directa (vía los receptores D1) en el circuito que implica el COF frente a la mayor estimulación de la indirecta (vía D2) en el que implica el CPDL. Esto llevaría a la hiperactivación de las regiones límbicas y ventrales y la hipoactivación de las dorsales, lo que explicaría la respuesta emocional y la disfunción ejecutiva asociada al trastorno.

Si bien este modelo es un buen ejemplo de las ideas predominantes hasta el momento, las revisiones más recientes (p. ej., Menzies *et al.*, 2008) insisten en que la explicación del TOC requiere de modelos neuroanatómicos más complejos que incluyan el papel de otros sistemas cerebrales. No obstante, antes de referirnos a las limitaciones del modelo, revisaremos las evidencias proporcionadas por los estudios de neuroimagen.

2.2. Neuroimagen funcional

2.2.1. Introducción

De la propuesta neurobiológica que estamos examinando se derivan una serie de predicciones, inevitablemente vagas, acerca de la existencia de disfunciones en el funcionamiento del cerebro de los pacientes obsesivos. Como apoyo a este modelo se han presentado tipos muy diversos de hallazgos empíricos, entre los cuales los más directamente relevantes son los que provienen de estudios de neuroimagen. Estas investigaciones tienen como objetivo hallar evidencias de distintos tipos de anomalías funcionales y estructurales en áreas cerebrales pertenecientes a los circuitos supuestamente afectados en esta patología. A continuación se resumen los principales resultados obtenidos de este tipo de estudios.

2.2.2. Activación en reposo

Los primeros estudios de neuroimagen funcional en el TOC empleaban las técnicas de la Tomografía por Emisión de Positrones (PET, en sus siglas en inglés) y la Tomografía Computarizada por Emisión de Fotones Individuales (SPECT). Estas permiten la medición y comparación entre individuos de la activación de zonas cerebrales específicas. Whiteside, Port y Abramowitz (2004) llevaron a cabo un metanálisis de los estudios de neuroimagen funcional en pacientes con TOC que han empleado estas técnicas publicados hasta 2003. La práctica totalidad de estos estudios medían la activación de los sujetos en reposo. Este metanálisis sólo encuentra diferencias significativas entre pacientes

obsesivos y controles en dos áreas. En primer lugar, en los giros orbitales del hemisferio derecho (si bien la magnitud de la diferencia es similar para el izquierdo, no alcanza la significatividad), pero no para el COF globalmente, área de la que estos giros forman parte. En segundo lugar, en la cabeza del caudado, encontrando los estudios PET mayor activación en los obsesivos y los que utilizan el SPECT en los controles, no hallándose diferencias para el núcleo caudado globalmente considerado. En el resto de las regiones cerebrales, incluyendo el tálamo y el cíngulo anterior. Menzies *et al.* (2008), en una revisión global de todos los estudios con PET, considera que los problemas a la hora de encontrar de forma consistente anomalías en la activación del COF se deben probablemente a factores metodológicos.

2.2.3. Estudios de provocación de síntomas

Otro tipo de estudios miden la activación cerebral en respuesta a estímulos de contenido emocional. Algunos autores (por ejemplo, Pena-Garijo, Ruipérez-Rodríguez y Barros-Loscertales, 2010a) los engloban bajo la denominación de “estudios de provocación de síntomas”, si bien esta se suele reservar a aquellos cuyos estímulos tienen una conexión directa con la sintomatología obsesivo-compulsiva. Las técnicas usadas han sido tanto el PET como la RNM funcional.

Los resultados de estos estudios son difíciles de sintetizar debido a su diversidad metodológica. Sin embargo, convergen a la hora de señalar que la provocación de síntomas produce un aumento de la activación en el córtex orbitofrontal (Adler *et al.*, 2000; Cottraux *et al.*, 1996; S. L. Rauch *et al.*, 1994) y, de forma menos consistente, el córtex cíngulo anterior (el derecho en Adler *et al.*, 2000 y el izquierdo en Rauch *et al.*, 1994). Para la otra gran área prefrontal implicada, el córtex prefrontal dorsolateral, hay resultados contradictorios, ya que mientras que Adler *et al.* (2000), usando RMNf encuentran un aumento de la activación, Van Den Heuvel *et al.* (2004), usando PET, obtienen el resultado opuesto. Tampoco está claro en qué consiste la implicación de los ganglios basales y, en concreto, del cuerpo estriado: mientras que Rauch *et al.* (1994) hablan de activación del caudado derecho, Cottraux *et al.* encuentran un mayor flujo sanguíneo en el putamen (así como en el tálamo) de los sujetos controles frente a los obsesivos. Otras áreas posiblemente implicadas incluyen el córtex temporal (Adler *et al.*, 2000; Sanematsu *et al.*, 2010), señalando también este último autor la activación del cerebelo. Además, como es de esperar, la reacción emocional producida por los estímulos provocadores de síntomas se asocia a una activación de áreas límbicas. Así lo demuestra el estudio de Schienle, Schäfer, Stark, Walter y Vaitl (2005) que, además, apunta a una posible

especificidad en función de la emoción, estando la amígdala asociada al temor y la ínsula al asco.

Este y otros hallazgos sugieren que diferentes perfiles sintomatológicos podrían conducir a patrones de activación diversos, por lo que la heterogeneidad del TOC podría explicar, al menos en parte, las discrepancias halladas en la investigación. En uno de los resultados más sugerentes, Mataix-Cols *et al.* (2004) encontraron que la provocación de síntomas relacionados con contaminación/lavado provocaba una mayor activación (en pacientes frente a controles) en áreas ventromediales prefrontales y núcleo caudado. En la condición de comprobación, esta diferencia se hallaba en putamen/globo pálido, tálamo y áreas dorsales corticales. Gilbert *et al.* (2009), en un estudio con niños y adolescentes, encontraron también especificidad en los patrones de activación en función del tipo de síntoma provocado. No obstante, lo más interesante de sus resultados es que en esta población se produce una disminución de la activación en respuesta a la manipulación experimental, lo que señala a la edad como una variable relevante más.

2.2.3. *Activación durante tareas cognitivas*

Un último paradigma empleado en la investigación de neuroimagen funcional consiste en la medida de la activación durante la ejecución de tareas neuropsicológicas. Si bien este tipo de estudios se solapan en gran medida con los puramente neuropsicológicos, las tareas suelen escogerse por su asociación con las áreas cerebrales a estudio, más que por el interés de las funciones cognitivas que miden. Por ese motivo utilizaremos un criterio anatómico a la hora de exponer sus principales resultados, para lo que seguiremos las revisiones de Del Casale *et al.* (2011) y Pena-Garijo *et al.* (2010b).

El **córtex cingulado anterior** (CCA) presenta una alteración del nivel de activación durante la ejecución de diversas tareas neuropsicológicas que implican conflicto y control cognitivo, si bien su dirección y grado dependen de la tarea empleada. Se ha encontrado hiperactivación en una versión del *Continuous Performance Test* (CPT; Ursu, Stenger, Shear, Jones y Carter, 2003); en un *flanker interference test* (Fitzgerald *et al.*, 2005) y en una tarea *go/no-go* (Maltby, Tolin, Worhunsky, O'Keefe y Kiehl, 2005). Sin embargo, dos estudios (Nabeyama *et al.*, 2008; Nakao *et al.*, 2005) encontraron hipoactivación en una tarea *stroop*. Los patrones de activación anómala se manifiestan, en la misma dirección y ante las mismas condiciones, en el **núcleo caudado**, como han puesto de manifiesto los estudios ya citados de los grupos de Fitzgerald y Nakao.

Estos hallazgos, los más relevantes en lo concerniente a la aplicación de este paradigma experimental a los ganglios basales, confirman que no se debería hablar del papel o la disfunción de áreas cerebrales concretas sino de circuitos neurales amplios. Limitándonos a los estudios que han hallado hiperactivación, existen evidencias de que esta correlaciona con la gravedad de los síntomas, pero es independiente de la ansiedad producida por la propia tarea. Se ha propuesto una interpretación de estos resultados en el marco de un modelo según el cual el CCA está implicado en un sistema de detección de conflictos, cuya activación inapropiada se experimenta como ansiedad y podría dar lugar a la duda constante por la incapacidad de reconocer la corrección de la propia actuación (DelCasale *et al.*, 2011).

En el **córtex orbitofrontal** (COF) se ha encontrado una respuesta disminuida en tareas de aprendizaje de inversión afectivo (Remijnse *et al.*, 2006, 2009), pero hiperactivación durante una tarea de aprendizaje implícito secuencial (Rauch *et al.*, 2007). Existen algunas evidencias de que el patrón de activación del COF podría ser asimétrico durante ensayos conflictivos en tareas de tiempos de reacción, que implican también hiperactivación del CCA (Maltby *et al.*, 2005). Estos resultados se interpretan en función de la ya mencionada implicación del COF en la dotación de valencia afectiva y, por tanto, en la toma de decisiones, como se comentará más adelante al tratar este tipo de tareas en el apartado de neuropsicología.

Además de los resultados ya comentados, los más relevantes para los modelos de circuitos del TOC, se han hallado anomalías en **otras áreas corticales** (especialmente temporales) **y límbicas** durante la ejecución de algunas tareas cognitivas (ver DelCasale, 2011). Sin embargo, estas han sido por lo general menos estudiadas, lo que dificulta la obtención de datos consistentes. Su interpretación presenta, además, complicaciones adicionales, ya que las tareas implican funciones cognitivas que parecen estar conservadas en los pacientes TOC o cuya relevancia para esta sintomatología dista de ser obvia. No obstante, estas investigaciones tienen interés en la medida en que apoyan la conclusión de que las anomalías cerebrales en el TOC no se limitan a las estructuras consideradas tradicionalmente.

2.3. Neuroimagen estructural

Los avances técnicos han acarreado un aumento notable de la cantidad, y también la complejidad, de información obtenida de los estudios de neuroimagen estructural. Afortunadamente, otros progresos metodológicos

han posibilitado la realización reciente de varios metaanálisis, cuyos resultados proporcionan una visión rigurosa, comprensible y coherente de las alteraciones encontradas en los pacientes obsesivos. Expondremos brevemente las conclusiones a las que han llegado estos trabajos.

Rotge *et al.* (2009) encontraron en estos pacientes una reducción significativa en el volumen del giro cingulado anterior (izquierdo) y del COF (bilateral), así como un aumento del tálamo, también bilateral. Se halló además una relación entre la gravedad de los síntomas y el volumen del tálamo. Radua y Mataix-Cols (2009) informaron de una disminución del volumen de la materia gris en el cingulado anterior y los giros dorsales mediales, ambas de forma bilateral. En el lóbulo parietal superior derecho y el núcleo lenticular (formado por el putamen y el globo pálido) de ambos hemisferios se encontró un aumento de dicho volumen. En este caso, la gravedad del TOC correlacionaba positivamente con el volumen de los ganglios basales. Rotge *et al.* (2010) hallaron una disminución de la densidad de la materia gris en regiones parieto-frontales, incluyendo el giro supramarginal, el CPDL y el COF, frente a un incremento en el putamen y el córtex prefrontal anterior. Por último, Radua, van den Heuvel, Surguladze y Mataix-Cols (2010) compararon a pacientes obsesivos con otros trastornos de ansiedad y encuentran una disminución del volumen en giros dorsomediales y cingulado anterior y aumento del volumen lenticular a nivel bilateral.

Los resultados anteriores coinciden en señalar anomalías en las regiones cerebrales implicadas en el modelo de circuitos del TOC, tanto a nivel cortical (CCA, COF y otras áreas parieto-frontales) como subcortical (nucleos lenticulares y tálamo). De acuerdo con Venkatasubramanian *et al.* (2012), existen algunas discrepancias relevantes, especialmente las acerca del COF y el CCA, que podrían ser explicables apelando factores metodológicos y a la heterogeneidad de las muestras empleadas, tanto por sus características clínicas como por efecto de los tratamientos psiquiátricos. Estos autores, en un estudio morfométrico de superficie con 50 pacientes TOC que no han sido sometidos a tratamiento farmacológico, muestran una disminución del volumen en el CCA y el giro lingual derecho (parte del lóbulo occipital), así como una correlación negativa entre la gravedad de la sintomatología y el volumen en estas áreas, así como el COF. Estos hallazgos van en gran medida en línea con los resultados anteriores aunque amplían las anomalías a la región occipital.

2.4. Estudios de conectividad

Otro tipo de estudios de neuroimagen se centran no en el volumen de la sustancia gris sino en la estructura de la sustancia blanca lo que proporciona información sobre las conexiones aferentes y eferentes en una determinada región cerebral. En su revisión de estas investigaciones, conocidas globalmente como “estudios de conectividad”, Pena *et al.* (2010b) concluyen que existen evidencias consistentes de una alteración de la conectividad en el COF, el cíngulo, la cápsula interna (núcleo caudado) y cuerpo calloso, así como en el fascículo frontooccipital.

También se consideran englobados dentro de este tipo de estudios aquellos que usan la RMN funcional en reposo con el propósito de medir la conectividad funcional. En un estudio de este tipo, Harrison *et al.* (2009) hallaron evidencias de un aumento de esta conectividad en el eje corticoestriatal ventral (el que implica el COF), relacionado con la gravedad sintomatológica. En cambio, se halló una reducción de la conectividad del estriado dorsal y el córtex prefrontal lateral, así como del estriado ventral con el área tegmental ventral. Globalmente, los estudios de conectividad prestan un apoyo adicional al modelo patofisiológico dominante del TOC.

2.5. Valoración del modelo neuroanatómico del TOC

El principal atractivo del modelo de circuitos fronto-subcorticales es su capacidad de aunar estructura, función, neurotransmisión y funciones neuropsicológicas, lo que le permite integrar datos empíricos muy diversos. Los estudios de neuroimagen proporcionan datos situados en el mismo nivel de análisis en el que se formula la teoría, y por eso son su principal pilar. Pero también se consideran relevantes los provenientes de estudios lesionales, de modelos animales, de resultados de tratamientos biológicos (tanto farmacológicos como quirúrgicos), así como los neuropsicológicos. Existe un cierto acuerdo en que se da una convergencia notable las diferentes fuentes de información a la hora de encontrar anomalías en los sistemas cerebrales propuestos, lo que se considera un poderoso argumento a favor del modelo. Sin embargo, esa convergencia parece menos impresionante si se considera que las predicciones que realiza el modelo son extremadamente vagas, lo que implica que resultados muy diferentes entre sí, incluso algunos aparentemente contradictorios (como los referidos a los niveles de activación), sean considerados evidencias a su favor. Esta falta de precisión se debe en parte a la

extrema complejidad del objeto de estudio y a la falta de información sobre algunos aspectos esenciales, especialmente la propia neuroanatomía de los circuitos neuronales implicados, sus funciones y las múltiples influencias externas que reciben. Pero también se manifiesta conceptual y metodológicamente, de forma especialmente preocupante en la ausencia habitual de grupos de control adecuados. En definitiva, sólo podemos considerar bien fundamentado el modelo si consideramos como tal una afirmación notablemente vaga acerca de la existencia de anomalías inespecíficas en una variedad de sistemas cerebrales bastante amplia y en comparación con sujetos normales.

El desarrollo de la investigación empírica y la conciencia de las limitaciones del modelo clásico de circuitos están conduciendo a la formulación de ampliaciones, matizaciones y críticas hacia el mismo desde el propio paradigma neurobiológico. Algunos autores, basándose en datos provenientes de estudios de neuroimagen, señalan la necesidad de ampliar la neuroanatomía del TOC más allá de sus límites tradicionales. Por ejemplo, Menzies *et al.* (2008) critican el énfasis exclusivo en el circuito que implica el COF, y Del Casale *et al.* (2011) apuntan a la probable implicación del cerebelo en la patofisiología del trastorno. Otras investigaciones enfatizan la necesidad de tener en cuenta los factores del desarrollo. Más allá de las diferencias en función de la edad ya comentadas en algunos estudios de neuroimagen funcional, Friedlander y Desrocher (2006) señalan que en los estudios estructurales con niños se hallan de forma consistente una mayor implicación del tálamo y menor de los lóbulos frontales en comparación con los adultos. De este modo, la maduración cerebral puede contribuir a explicar algunas de las inconsistencias de estas investigaciones.

Una crítica más amplia es la expuesta por Mataix-Cols y van den Heuvel (2012), quienes refutan cuatro “mitos” acerca del cerebro de los pacientes con TOC. En contraposición a dichos mitos formulan una serie de correcciones al modelo tradicional que, por su interés, resumimos a continuación:

- 1) El TOC no es una entidad nosológica unitaria, sino que debe distinguirse entre varias dimensiones de síntomas que diferirían en su sustrato neural. De forma preliminar, sugieren que algunas de estas dimensiones, y particularmente la de lavado/contaminación se asemejarían a los trastornos de ansiedad e implicarían predominantemente a áreas cerebrales límbicas y paralímbicas. En cambio, los síntomas de orden/simetría se parecerían más a los tics y

la tricotilomanía e implicarían bucles sensoriomotores frontosubcorticales como los descritos.

- 2) Los sustratos neurales del TOC se solapan considerablemente con los de otros trastornos mentales, fundamentalmente los de ansiedad y los considerados como parte del espectro obsesivo-compulsivo.
- 3) Las diferencias entre los cerebros de los pacientes TOC y los sujetos normales no son cualitativas sino de grado. Los resultados de las investigaciones bajo el paradigma de provocación de síntomas sugieren que los patrones de activación cerebral hallados consisten más en una exageración de las respuestas emocionales normales a estímulos salientes y personalmente relevantes que en una respuesta neuronal esencialmente anómala.

Por último, estos autores y otros como Whiteside *et al.* (2004) critican el supuesto epistemológico erróneo (pero ampliamente compartido) de que los datos provenientes de estudios de neuroimagen implican que las anomalías cerebrales causan el TOC. Estas técnicas deben ser consideradas, en cambio, como herramientas útiles que proporcionan datos correlacionales, sin implicaciones etiológicas directas. Es posible que los datos, cada vez más abundantes, sobre los cambios neuronales provocados por la psicoterapia (ver, por ejemplo, Freyer *et al.*, 2011) contribuyan a desterrar o, al menos, matizar, el reduccionismo burdo tan común en la literatura médica.

3. NEUROPSICOLOGÍA DEL TOC

3.1. Introducción

El interés por el estudio de las funciones neuropsicológicas en los trastornos mentales proviene de su supuesto lugar intermedio entre el funcionamiento del cerebro y la conducta. Desde este punto de vista, el hallazgo de un déficit neuropsicológico serviría tanto para detectar (o confirmar) la existencia de disfunciones en áreas cerebrales específicas como para proporcionar una explicación de la sintomatología. Se espera, además, que estos conocimientos tengan implicaciones prácticas, por el posible papel de la rehabilitación neuropsicológica en el tratamiento de la patología psiquiátrica.

Las funciones neuropsicológicas estudiadas en pacientes TOC son difíciles de enumerar, tanto por su variedad como por las dificultades para

categorizarlas. A continuación presentaremos un breve resumen de las más relevantes, bien por la existencia de hallazgos consistentes en esta patología, bien por su relevancia teórica.

3.2. Atención y funciones visuoespaciales

La atención, por su relevancia tanto desde el punto de vista neuropsicológico como el de la psicopatología cognitiva más clásica, ha sido abundantemente estudiada en esta patología. Kuelz, Hohagen y Voderholzer (2004), en su revisión sobre el funcionamiento neuropsicológico en el TOC, concluyen que no se ha probado la existencia de una disfunción de las capacidades atencionales básicas de estos pacientes. Las evidencias existentes acerca de una posible alteración de los tiempos de reacción, la atención sostenida o el *span* atencional (estos dos últimos, medidos a través de la escala de dígitos del WAIS) son claramente negativas. Para otras tareas, como la parte A del *Trail Making Test* o el *Test of Everyday Attention*, destinadas a medir la atención selectiva, se hallan resultados mixtos o desfavorables, que estos autores atribuyen a los efectos negativos sobre la velocidad de procesamiento de algunos tratamientos farmacológicos. Las evidencias sobre la atención selectiva medida a través del test de Stroop original es más bien mixta, si bien estos autores concluyen finalmente que no existen pruebas de un déficit en la atención selectiva.

Versiones modificadas del Stroop, junto con otras tareas cognitivas, se han empleado para estudiar la presencia de sesgos atencionales en el TOC. Algunos autores hablan de “hallazgos conflictivos” en estas investigaciones, pero revisiones como las de Muller y Roberts (2005) y la más reciente de Radomsky y Alcolado (2012), se inclinan por considerar que dichos sesgos sí se producen en estos pacientes y que probablemente tienen un papel en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología. No obstante, en este último trabajo, se añade que estos sólo son evidentes bajo condiciones experimentales estrictas que, en el caso del Stroop, se refieren al uso de estímulos ansiógenos o personalmente relevantes, considerados como tales por los propios pacientes. Se trata, por tanto, del tipo de alteraciones esperables en un trastorno de ansiedad más que de un signo de una alteración cerebral característica del TOC.

Otra función neuropsicológica clásica estudiada en este trastorno es la habilidad visoespacial. Los pacientes obsesivos han mostrado déficits en esta capacidad en una variedad amplia de tests (Deckersbach, Savage y Rauch, 2011). Sin embargo, la interpretación de estos datos es complicada, no sólo por su aparente falta de relación con la sintomatología, sino por las dificultades para

averiguar cuál es exactamente el déficit que presentan estos pacientes, que podría residir en algún aspecto elemental de esta función o bien en una interacción compleja entre varios (Kuelz *et al.*, 2004). Por otro lado, existen investigadores que consideran que la gravedad e importancia de estos déficits se ha sobreestimado (S Moritz, Kloss y Jacobsen, 2005) y propuestas que, como veremos más adelante, consideran que estos resultados son explicables como un subproducto del funcionamiento anómalo de otros procesos más complejos de tipo ejecutivo (Deckersbach *et al.*, 2011).

3.3. Memoria

Las dudas e incertidumbre manifestadas por los pacientes obsesivos, especialmente a través de las compulsiones de comprobación, sugieren la existencia de dificultades para recordar aspectos relacionados con los estímulos que provocan ansiedad y con las propias conductas llevadas a cabo para aliviarla. Este conocido aspecto de la fenomenología del TOC, junto a la gran cantidad de conocimientos básicos que se poseen sobre la memoria, ha llevado a que esta función cognitiva sea, probablemente, la más estudiada en esta patología. Por desgracia, el caudal de datos empíricos resultantes no nos ha llevado a un conocimiento sólido, debido a que los resultados obtenidos son, en gran medida, contradictorios. Este hecho, junto a la carencia de metaanálisis, nos impide extraer conclusiones firmes acerca de esta literatura, de la que nos limitaremos a realizar una breve revisión narrativa.

La **memoria verbal** de los pacientes TOC fue objeto de diversos estudios en la década de los noventa. Estos empleaban tests que medían la memoria de trabajo verbal (como la escala de Dígitos del WAIS-R) y la memoria verbal declarativa (principalmente, el *Auditory Verbal Learning Test* y la escala de memoria lógica del WMS). Estos trabajos fracasaron por lo general a la hora de hallar déficits, por lo que revisiones influyentes como la de Tallis (1997) descartaron la presencia de un déficit global de memoria en el TOC y, en particular, que estos pacientes tuvieran problemas en la memoria verbal. Sin embargo, trabajos más recientes con el *California Verbal Learning Test*, como los de Savage *et al.* (2000) y Deckersbach *et al.* (2000) han obtenido los resultados contrarios. Esta tarea requiere asociar los estímulos presentados semánticamente, por lo que se ha sugerido que los déficits en memoria verbal se presentan cuando la tarea requiere una agrupación espontánea de los estímulos verbales para codificar de forma efectiva la información presentada,

frente a aquellos que no requieren el uso espontáneo de ninguna estrategia (Kuelz *et al.*, 2004).

La **memoria no verbal** también ha sido extensamente estudiada en estos pacientes, mediante pruebas como el subtest de reproducción visual del WMS, el Test de Retención Visual de Benton y la condición de recuerdo del Test de la Figura Compleja de Rey (Deckersbach *et al.*, 2011). Como resultado de estas investigaciones, la mayoría de autores consideran que hay suficientes evidencias acerca de la existencia de déficits en la memoria no verbal (ver, por ejemplo, Muller y Roberts, 2005). Por otro lado, algunos estudios recientes proponen que estos podrían explicarse a partir de la presencia de enlentecimiento motor y síntomas depresivos. Sin embargo, la postura más extendida es la que, partiendo de la aceptación de los déficits, los explica como resultado de déficits ejecutivos y, en concreto, del fracaso en adoptar estrategias organizativas para completar de forma exitosa las tareas (Dittrich, Johansen, Fineberg y Landrø, 2011). Los problemas de memoria resultantes se ubicarían así en los procesos de codificación y recuperación pero no en la retención (Deckersbach *et al.*, 2011)

Otras investigaciones han explorado la posible existencia de disfunciones en la **memoria para las acciones** en los pacientes obsesivos. Este campo de investigación, más alejado de la evaluación neuropsicológica tradicional de la memoria, y relacionado con el ámbito del *reality monitoring*, está motivado por la hipótesis de que las dudas de los pacientes comprobadores se deban a la incapacidad de distinguir entre las acciones realmente llevadas a cabo y las imaginadas. Las revisiones (no sistemáticas) más recientes (Steffen Moritz, Ruhe, Jelinek y Naber, 2009; Zermatten, van der Linden, D'Argembeau y Ceschi, 2008) coinciden en que los resultados de estos estudios son inconsistentes. Muller y Roberts (2005) concluyen que, globalmente, estas investigaciones sugieren que, aunque los pacientes TOC no tienden a confundir recuerdos del modo sugerido por la hipótesis, sí parecen tener dañada la capacidad de recordar acciones personales. En cualquier caso, este problema no mostraría una asociación específica con los síntomas de comprobación.

La memoria de los pacientes obsesivos también ha sido estudiada en busca de **sesgos** sistemáticos. Desde esta perspectiva, propia de la psicopatología cognitiva, se espera encontrar un resultado opuesto al déficit postulado por los estudios neuropsicológicos: un mayor recuerdo de estímulos y acciones productores de ansiedad provocados, en este caso, por su relación con la sintomatología obsesivo-compulsiva (Coles y Heimberg, 2002). De forma poco sorprendente, los resultados obtenidos en estos estudios son poco consistentes.

Radomsky y Alcolado (2012) atribuyen esta inconsistencia a las diferencias en el tipo de estímulos empleados, ya que cuando estos son del tipo tradicionalmente empleado en los tests de memoria (sobre todo palabras), los pacientes TOC presentan tasas de recuerdo equivalentes o más bajas que los controles. Sin embargo, cuando se cuida la validez ecológica de los estímulos (especialmente si también se hace con la tarea en su conjunto), los sesgos predichos aparecen de forma fiable.

Las investigaciones mencionadas hasta ahora, así como la inmensa mayoría de las llevadas a cabo con pacientes TOC han utilizado tareas de memoria explícita. En relación con la **memoria** y el **aprendizaje implícito**, tres estudios (Deckersbach *et al.*, 2002; Goldman *et al.*, 2008; Kathmann, Rupertseder, Hauke y Zaudig, 2005) han encontrado déficits en estos procesos en pacientes obsesivos. A pesar de la poca conexión aparente de estas tareas con las experiencias de estos pacientes, algunos autores proponen de forma especulativa la relevancia de estos déficits en su funcionamiento cognitivo (Gu y Kukreja, 2011).

Ante el panorama que presentan los estudios sobre memoria en el TOC, en los que los resultados contradictorios son la tónica general, cabe la opción de apelar a los frecuentes **problemas metodológicos** y la posible presencia de factores confundidores para explicarlos. Además de los comunes a la investigación neuropsicológica, y que comentaremos más adelante, Moritz *et al.* (2009) apelan al bajo número de sujetos en muchos de los estudios, las diferencias en los diseños experimentales y la posibilidad de que el enlentecimiento psicomotor u otros déficits generalizados expliquen los hallazgos positivos.

Por otro lado, es defendible que pese a las inconsistencias, los hallazgos de déficits son, al menos en algunas áreas, lo suficientemente sólidos como para demandar una explicación. Las menos interesantes, desde el punto de vista psicopatológico, son las que se limitan a asociarlos con la disfunción (supuestamente generalizada) de áreas o circuitos cerebrales específicos, como en el caso de la memoria implícita y los ganglios basales (por ejemplo, Deckersbach *et al.*, 2002). Más sugerente resulta el acuerdo emergente en que, tanto los déficits encontrados como la propia inconsistencia de los resultados, serían atribuibles a la presencia de disfunciones ejecutivas, como proponen Harkin y Kessler (2011).

Otra posibilidad es mantener la esperanza en hallar un vínculo directo entre la sintomatología y los fallos de memoria, buscando estos en áreas menos

exploradas como la memoria prospectiva (Cutler y Graf, 2009a; Graf, 2012). Sin embargo, incluso esta última opción implica aceptar que no existe un déficit generalizado de memoria en el TOC, algo que es asumido por la mayoría de investigadores y que es subrayado por los psicopatólogos críticos con los modelos neurobiológicos (por ejemplo, Clark, 2004). Tan importante como el fracaso en hallar dicho déficit de forma consistente es la evidencia de que cuando se encuentran pruebas de rendimientos bajos en tareas de memoria, estos no se asocian de forma específica con los síntomas de comprobación (p. ej., Cutler y Graf, 2009b, aunque estos autores limitan esta conclusión a los estudios de memoria retrospectiva). De este modo, incluso si existen déficits memorísticos asociados a la sintomatología obsesivo-compulsiva, esta relación no proporcionaría una explicación satisfactoria de la fenomenología.

Esta conclusión se refuerza si tenemos en cuenta las investigaciones sobre sesgos de memoria, que muestran que el recuerdo acerca de situaciones y estímulos relevantes para la sintomatología podría incluso verse reforzado. Las conclusiones anteriores son muy relevantes porque parecen entrar en conflicto, no ya con una hipótesis científica, sino con los informes verbales de los pacientes comprobadores, cuyas dudas acerca de la ejecución correcta de sus rituales, y de los resultados de los mismos, parecen muy ligadas al recuerdo. La relación de este fenómeno con la memoria sigue necesitando una explicación, pero los esfuerzos actuales, en el marco de la psicopatología cognitiva, se centran no en la evaluación de la ejecución objetiva en tareas de recuerdo, sino en aspectos relacionados con la metamemoria y, especialmente, en la confianza en este proceso cognitivo. Estas investigaciones se revisarán en el próximo capítulo.

3.4. Inhibición

Según Chamberlain, Blackwell, Fineberg, Robbins y Sahakian (2005), la inhibición de la respuesta se refiere a “los procesos que permiten el control ejecutivo sobre respuestas motoras preponderantes de acuerdo con el cambio de las demandas situacionales” (p. 409). Estos procesos, además de ser candidatos obvios a explicar el carácter repetitivo de los síntomas o-c, tienen un sustrato neural que coincide en gran medida con el modelo patofisiológico predominante. Penadés *et al.* (2007) asocian la inhibición de respuestas motoras con la activación de regiones prefrontales medias e inferiores y los ganglios basales, y la inhibición cognitiva con áreas prefrontales mediales y dorsolaterales.

La inhibición se ha valorado a través de diferentes tareas cognitivas con niveles variables de complejidad y que implican distintos tipos de respuesta. Una de las más utilizadas son las tareas **Go/No-Go** (GNG), en las que los sujetos deben realizar rápidamente una respuesta motora simple (por ejemplo, apretar un botón) cuando se presentan los estímulos diana y retenerla ante otros estímulos. Morein-Zamir *et al.* (2012) resumen los resultados de estos estudios como variados, ya que sólo algunos obtienen una peor ejecución de los obsesivos (un aumento de los errores de comisión) mientras que en otros no se distinguen de los normales. Estos mismos autores consideran que las supuestas anormalidades son más evidentes en la activación de los sustratos neurales durante la tarea que en la ejecución de la misma.

En la **Stop Signal Task** (SST), se pide a los participantes que respondan lo más rápida y precisamente posible a un estímulo primario (el estímulo *go*) que, en algunos ensayos, va seguido de una señal *stop*. En estos ensayos, los participantes deben inhibir su respuesta al estímulo *go*. La principal variable de resultados de la tarea es el tiempo de reacción (*Stop Signal Reaction Time*, SSRT), nombre que algunos autores utilizan para referirse a la tarea, que proporciona una estimación de la latencia del proceso inhibitorio (Lipszyc y Schachar, 2010). Estos autores realizan un metanálisis de los estudios realizados con esta tarea, hallando un déficit de tamaño medio en la SSRT para el TOC ($g = 0,77$), mayor que el obtenido para el TDAH y la esquizofrenia.

El paradigma del **olvido dirigido** (*directed forgetting*), diseñado por MacLeod (1989), ha sido empleado en pacientes TOC y sus resultados interpretados como un test de la hipótesis de la desinhibición. El primero de estos estudios (Wilhelm, McNally, Baer y Florin, 1996) halló que, en contraste con los controles normales, los pacientes obsesivos mostraban déficits en la capacidad de olvidar el material negativo, frente al positivo o el neutro, lo que atribuían a una codificación elaborada de dicho material. Una réplica de este estudio (Tolin, Hamlin y Foa, 2002) sólo encontró este efecto en el reconocimiento y no en el recuerdo libre del material, y de forma independiente a su valencia emocional. Dos estudios más recientes muestran resultados opuestos: mientras que Konishi, Shishikura, Nakaaki, Komatsu y Mimura (2011) hallan una mayor dificultad para el olvido y la interpretan parcialmente como un fallo inhibitorio, Moritz, Rietschel, Jelinek y Bäuml (2011) no encuentran diferencias entre pacientes y controles en los resultados de la tarea.

De forma similar, el test de Stroop ha sido interpretado como una prueba de inhibición. Al haberlo tratado en una sección anterior, no comentaremos aquí

sus resultados. Mencionaremos por último los **tests oculomotores** y, en concreto, el test antisacádico, una tarea aparentemente simple en la que se pide a los participantes que inhiban un movimiento sacádico reflejo hacia un estímulo periférico, y en el que se han obtenido ejecuciones deficientes en pacientes obsesivos (Lennertz *et al.*, 2012).

En los últimos años, las investigaciones sobre la inhibición en el TOC han alcanzado una cierta notoriedad debido a que los déficits en este proceso se han propuesto como endofenotipo del TOC (S R Chamberlain *et al.*, 2005). Un endofenotipo se define como un rasgo cuantitativo heredable que se asocia a un incremento del riesgo genético para un trastorno y, por tanto, está presente tanto en los pacientes como en sus familiares no afectados (Menzies *et al.*, 2007). Esta hipótesis ha dado lugar al hallazgo de déficits de inhibición en familiares de pacientes TOC, manifestados tanto a través de anomalías en la activación cerebral durante la ejecución de tareas neuropsicológicas, como en los resultados de la misma (Lennertz *et al.*, 2012; Menzies *et al.*, 2007; Riesel, Endrass, Kaufmann y Kathmann, 2011). Otro aspecto interesante, aunque más especulativo, de la propuesta es la interpretación del bajo rendimiento de los pacientes en tareas de memoria y de flexibilidad cognitiva como secundarias a los fallos inhibitorios (S R Chamberlain *et al.*, 2005). De este modo, este marcador endofenotípico, con bases genéticas claras asociadas al riesgo de padecer el trastorno, explicaría tanto sus síntomas como las características cognitivas más típicas del trastorno. Es de destacar que del esquema que estos autores presentan de su modelo se desprende que los déficits de memoria y de flexibilidad cognitiva son un mero epifenómeno de los inhibitorios sin influencia causal en el desarrollo de los síntomas.

El interés de este modelo es innegable y sería deseable que tuviera éxito a la hora de cumplir el propósito inicial de las propuestas de endofenotipos, es decir, avanzar en la comprensión de la genética de un trastorno complejo. Sin embargo, tomado como explicación global y suficiente del trastorno, presenta problemas. El más importante, a nuestro juicio, es la falta de evidencias de que los fallos inhibitorios se asocien específicamente al TOC (o al riesgo genético a padecerlo). Los estudios con familiares sanos, escasos hasta el momento, no han contado con grupos de clínicos que permitan establecer esta especificidad, pero las investigaciones sobre inhibición y psicopatología apuntan a que estos fallos se asocian con trastornos tan alejados en su expresión con el TOC como el TDAH, la esquizofrenia y las adicciones (Lipszyc y Schachar, 2010; Yücel, Lubman, Solowij y Brewer, 2011). Además, los familiares sanos de pacientes

obsesivos han mostrado dificultades en tareas neuropsicológicas tan variadas como la Torre de Londres, el Wisconsin Card Sort Test (WCST), el Iowa Gambling Task (IGT), el RCFT y el test de Stroop (Lennertz *et al.*, 2012).

Los defensores de la propuesta replicarían que estos resultados son, como ya se ha comentado, una consecuencia más de los fallos inhibitorios. Sin embargo, esto no deja de ser una hipótesis carente de pruebas empíricas sólidas, y en competencia con las que proponen otras funciones ejecutivas como explicación del pobre rendimiento en memoria y otras áreas cognitivas. Los datos neuroanatómicos tampoco ofrecen argumentos a favor del carácter primario de la inhibición conductual. Lejos de proporcionarnos la simplicidad buscada, nos indican que en cada tarea intervienen múltiples áreas cerebrales, con diferente participación en función de pequeños cambios en las demandas cognitivas (ver Chambers, Garavan y Bellgrove, 2009). No sólo eso, sino que el área que más específicamente se ha relacionado con la inhibición, el giro inferior frontal derecho, no figura de forma prominente en los modelos neuroanatómicos dominantes del TOC (Hampshire, Chamberlain, Monti, Duncan y Owen, 2010).

Si renunciamos a creer que las tareas de inhibición de respuesta (o al menos algunas de ellas) miden un solo proceso cognitivo, simple y aislado, podemos incluso darle la vuelta al argumento y sospechar que otras funciones psicológicas influyen en su ejecución. Algunos estudios recientes apuntan a que estas podrían no limitarse a las funciones neuropsicológicas clásicas, e incluyen variables relevantes para la psicopatología cognitiva. Por ejemplo, Krikorian, Zimmerman y Fleck (2004), tras hallar una mejor ejecución en una muestra de pacientes TOC (sin medicar y de “alto funcionamiento”) que en un grupo control sano, sugirieron una explicación de este resultado inesperado en términos de activación emocional. Moritz, Hottenrott, Jelinek, Brooks y Scheurich (2012), también tras obtener resultados negativos, sugieren que los “sesgos cognitivos” (valoraciones) de los pacientes TOC podrían influir no sólo en sus síntomas sino en la ejecución en tareas cognitivas. Y, por último, Morein-Zamir *et al.* (2012) exploran los factores motivacionales en la ejecución de una tarea *go/no-go* y encuentran que los déficits en la misma se manifiestan de forma selectiva bajo condiciones de castigo. En definitiva, las funciones inhibitorias pueden tener un papel importante en el TOC, pero no constituyen una explicación simple y, mucho menos, definitiva, de los rasgos característicos de estos pacientes.

3.5. Toma de decisiones

La toma de decisiones puede definirse, de forma amplia, como “un grupo de procesos que permiten a los humanos adoptar una conducta dirigida a metas flexible en un entorno en constante cambio” (Clark y Robbins, 2011, p. 138). El origen del interés por estos procesos complejos en el ámbito de la neuropsicología está relacionado con la descripción de las alteraciones conductuales de sujetos que sufren daño en las áreas ventromedial y orbitofrontal del córtex prefrontal. El “síndrome orbitofrontal” resultante, provoca alteraciones de la conducta social que incluyen la desinhibición interpersonal, la toma de decisiones impulsiva, falta de consideración por el impacto de su conducta (incluyendo el efecto sobre los demás) y ausencia de empatía, por lo que ha sido calificado también como “trastorno pseudopsicopático” (Cummings y Miller, 2007). La hipótesis de que el núcleo de estas alteraciones se halla en un déficit en la toma de decisiones consistente en la insensibilidad o “ceguera” a las consecuencias futuras fue popularizada por Damasio en su libro *El error de Descartes* (Damasio, 2001). Tanto la explicación de este déficit ofrecida por este autor y su grupo (la “hipótesis del marcador somático”) como la tarea neuropsicológica diseñada para evaluarlo (la *Iowa Gambling Task*, IGT) han sido enormemente influyentes en el campo.

En la IGT (Bechara, Damasio y Damasio, 1994), el sujeto tiene que realizar 100 elecciones entre cuatro barajas de cartas (A, B, C y D). Cada una de estas resulta habitualmente en ganancias monetarias y en pérdidas ocasionales, y difieren en su perfil de riesgo. Las barajas A y B se asocian con ganancias inmediatas altas (de 100 dólares), pero ocasionalmente producen pérdidas muy importantes que se traducen en un rendimiento medio (esperanza) negativo. Por el contrario, las barajas C y D producen ganancias inmediatas de sólo 50 dólares pero pérdidas más pequeñas que resultan en un rendimiento esperado positivo, por lo que resultan ser la elección positiva a largo plazo. Los sujetos no tienen inicialmente ninguna información sobre las cartas y tienen que aprender estas consecuencias por ensayo y error. Mientras que los sujetos sanos desarrollan una preferencia por las elecciones “seguras” (barajas C y D), los pacientes con daño ventromedial mantienen una preferencia por el riesgo a lo largo de la tarea que lleva a la acumulación y mantenimiento de pérdidas.

Los estudios realizados con la IGT hallaron que la preferencia por las elecciones arriesgadas de estos pacientes se asociaba a la ausencia de una respuesta autonómica (detectada mediante la medición de la respuesta de conductancia de la piel) anticipatoria, que en sujetos sanos se producía antes de

tomar una decisión y que es especialmente intensa antes de las arriesgadas (Bechara, 1996). Este resultado contrastaba con una evaluación verbal “intacta” de las consecuencias de sus elecciones. La hipótesis del marcador somático (Damasio, 2001) se basa en estos hallazgos y propone que la reactivación de las respuestas viscerales y emocionales asociadas con las diferentes opciones de respuesta juegan un papel en la selección de opciones, lo que permite un ahorro de tiempo considerable frente al análisis racional de coste-beneficio. El córtex prefrontal ventromedial sería la estructura clave de este sistema de toma de decisiones, pero otras áreas cerebrales y, por su papel en la activación emocional, especialmente la amígdala, tienen un papel importante en el mismo (Bechara, Damasio, Damasio y Lee, 1999).

Aunque la hipótesis del marcador somático ha sido objeto de numerosas críticas (p. ej., Dunn, Dalgleish y Lawrence, 2006), la IGT sigue siendo una herramienta muy utilizada en el campo de la investigación neuropsicológica de los trastornos mentales. La principal tarea de toma de decisiones alternativa es el *Cambridge Gambling Task* (CGT), en la que el sujeto hace apuestas monetarias ligadas a un juicio de probabilidad acerca de en qué caja, entre 10 diferentes, se esconde un premio. Esta tarea no requiere un proceso de aprendizaje, ni de la retención de información en la memoria de trabajo, por lo que permite medir directamente la aversión o preferencia por el riesgo, algo que no es posible con el IGT (Clark y Robbins, 2011).

Varios estudios han utilizado estas tareas para investigar la toma de decisiones en pacientes con TOC. La mayoría de ellos han empleado el IGT y han tomado como muestra control sujetos sanos, obteniendo resultados dispares. Nielen, Veltman, de Jong, Mulder y den Boer (2002) compararon la ejecución en una versión del IGT de 27 pacientes con TOC con 26 controles sanos, sin encontrar diferencias significativas entre los dos grupos. Lawrence *et al.* (2006) tampoco encontraron diferencias globales entre 39 pacientes TOC y 40 controles normales en la ejecución en el IGT, con la excepción de un subgrupo de pacientes que presentaban síntomas de acumulación. En el estudio con una muestra más amplia (72 pacientes TOC y 66 controles sanos) publicado hasta la fecha, Dittrich, Johansen, Landrø y Fineberg (2011) tampoco hallan diferencias globales entre ambos grupos. Al separar los pacientes por grupos en función de su sintomatología, hallan algunas diferencias entre pacientes, pero ninguna significativa entre estos y los controles.

Por el contrario, dos estudios (Cavedini *et al.*, 2012; Starcke, Tuschen-Caffier, Markowitsch y Brand, 2010) sí han informado de una peor ejecución (mayor

proporción de cartas no ventajosas seleccionadas) de pacientes obsesivos en comparación con controles normales. Otras dos investigaciones hallan estos déficits no sólo frente a sujetos normales, sino a controles clínicos: Cavedini *et al.* (2002) utilizando una muestra de pacientes con trastorno de pánico y Cavallaro *et al.* (2003) comparando con sujetos esquizofrénicos. Si bien este panorama no nos permite extraer conclusiones firmes acerca de la presencia o no de déficits en la ejecución del IGT, es digno de mención que tres de las cuatro investigaciones que informan de dichos déficits provienen del mismo grupo de investigación.

Tres estudios han medido los cambios en la respuesta de conductancia de la piel (RCP) asociados a la ejecución en el IGT de pacientes obsesivos con el objetivo de poner a prueba la hipótesis del marcador somático como explicación de los (supuestos) déficits en la tarea. Starcke, Tuschen-Caffier, Markowitsch y Brand (2009) y Cavedini *et al.* (2012) obtienen exactamente el mismo resultado: la diferencia (normal y asociada a una ejecución pobre) entre la amplitud de la RCP asociada a las elecciones ventajosas y las erróneas era mayor para los sujetos sanos que para los obsesivos. Por el contrario, y en consonancia con los resultados en la ejecución de la tarea, Lawrence *et al.* (2006) sólo encuentran algunas diferencias con la respuesta psicofisiológica de los controles en los pacientes que presentaban síntomas de acumulación.

Los pocos estudios que han utilizado el CGT tampoco han encontrado evidencias claras de déficit en la toma de decisiones. Chamberlain *et al.* (2007a, 2007b) no hallaron diferencias entre la ejecución en esta tarea entre controles normales y pacientes obsesivos. La ejecución de pacientes con tricotilomanía y familiares sanos de los pacientes obsesivos también resultó ser normal. Por el contrario, Dittrich, Johansen, Landrø, *et al.* (2011) sí informan de una peor ejecución de los pacientes TOC, ya que estos mostraban un número inferior de “decisiones racionales” así como un mayor tiempo de deliberación. Asimismo, encuentran diferencias entre grupos de pacientes analizando aspectos más sutiles de la ejecución, lo que les lleva a una discusión sobre algunos mecanismos cognitivos implicados en la tarea y su relación con la sintomatología que, si bien es interesante, se aparta de la interpretación predominante del CGT.

En definitiva, no se ha podido establecer de forma clara que los pacientes obsesivos muestren déficits en la toma de decisiones, entendida esta desde la perspectiva neuropsicológica. Esto no es óbice para que algunos autores consideren a esta función cognitiva muy relevante en la explicación de la

sintomatología. Los argumentos utilizados para defender esta postura se presentarán más adelante.

3.6. Set shifting

El carácter repetitivo de los síntomas obsesivo-compulsivos también se ha invocado para sugerir una asociación con las conductas perseverativas descritas en el ámbito de la neurología, y que se han llegado a considerar como síntoma patognomónico de la disfunción del lóbulo frontal. La perseveración puede entenderse como un fracaso de la capacidad de modificar la conducta ante un cambio en las demandas ambientales (definición similar a la propuesta para la toma de decisiones pero que parece adecuarse más a este contexto), es decir, de la función ejecutiva denominada en este contexto *set shifting* y que podríamos traducir por flexibilidad cognitiva.

Autores como Menzies *et al.* (2008) proponen dividir las tareas de *set shifting* en dos tipos: a) atencionales, en las que varía la dimensión del estímulo a la que debe atender el sujeto, y b) afectivas, en las que el valor de recompensa de un estímulo cambia con el tiempo. Las tareas más empleadas en el estudio neuropsicológico del TOC han sido el *Wisconsin Card Sort Test* (WCST), la *Intra-Extra Dimensional Set Shift* (IED), el *Object Alternation Test* (OAT) y el *Delayed Alternation Test* (DAT), considerándose las dos primeras tareas atencionales y las dos últimas afectivas.

El WCST consiste en una tarea de selección de cartas en la que el sujeto debe cambiar de criterio clasificatorio ante un cambio en el feedback que se produce sin previo aviso. Esta prueba ha sido extensamente utilizada tanto en patología psiquiátrica como neurológica, y los primeros estudios sobre *set shifting* en el TOC la emplearon sin llegar a conclusiones firmes. Algunas revisiones afirman que la mayoría de estos estudios no encuentran diferencias entre la ejecución de los pacientes obsesivos y los participantes normales (Kuelz *et al.*, 2004), mientras que otras se limitan a señalar que los resultados son discrepantes (Simpson *et al.*, 2006). Lawrence *et al.* (2006) sugieren una relación específica de los déficits con los síntomas de simetría/orden, para los que proponen una explicación en términos de estilos cognitivos, lo que junto a la actuación de factores confundentes como la depresión podría explicar este patrón de resultados.

La tarea IED forma parte de la batería neuropsicológica CANTAB y fue diseñada como un análogo computarizado del WCST con el objetivo de medir diversos aspectos de la atención, especialmente su flexibilidad. En esta tarea, los

cambios de criterio se producen, bien dentro de la dimensión inicialmente relevante, bien cambiando a una segunda dimensión (cambio extradimensional). Los errores producidos en esta fase se consideran equiparables a las perseveraciones en el WCST, y es esta variable en la que se han encontrado de forma más consistente déficits en la ejecución de los pacientes obsesivos (Menzies *et al.*, 2008). Considerados globalmente, los resultados de estos pacientes en las tareas de *set shifting* atencional no son en absoluto consistentes, y se ha sugerido que los resultados positivos podrían explicarse por factores como la medicación, la incapacidad funcional global o el CI premórbido (Kuelz *et al.*, 2004). Sin embargo, para quienes consideran que el TOC está relacionado específicamente con la disfunción del córtex orbitofrontal, estos resultados no son sorprendentes ya que la correcta ejecución de estas tareas no depende de la integridad de esta área, sino del córtex prefrontal dorsolateral. Lo esperable sería, por lo tanto, que estos pacientes no tuvieran problemas con este tipo de tareas y sí con aquellas que son sensibles al daño orbitofrontal; y que lo contrario ocurriera con aquellos trastornos que presentan un perfil de alteración neurológica opuesta, como es el caso de la esquizofrenia (Abbruzzese, Bellodi, Ferri y Scarone, 1995; Abbruzzese, Ferri y Scarone, 1997).

Precisamente las ya mencionadas tareas de *set shifting* motivacional (OAT y DAT) se han relacionado con el funcionamiento del COF, por lo que en este caso sí cabe esperar una ejecución pobre en los pacientes obsesivos (Kuelz *et al.*, 2004). Estas tareas miden la “inversión conductual”: el sujeto aprende una regla y esta debe ser inhibida e invertida posteriormente para tener un buen rendimiento. En el OAT se debe localizar una moneda, escondida bajo un objeto entre dos. La posición de la moneda alterna entre los dos objetos en cada ensayo. Si el sujeto escoge el objeto incorrecto, la moneda se queda bajo el mismo objeto hasta que es elegido. En cambio, en el DAT lo que se alternan son posiciones derecha-izquierda. Algunas revisiones consideran avalada la hipótesis de que los pacientes obsesivos mostrarán un rendimiento pobre en estas tareas (Chamberlain *et al.*, 2005), aunque existen resultados discrepantes (Steffen Moritz, Jelinek, Hottenrott, Klinge y Randjbar, 2009). Sin embargo, incluso si esta alteración existe, esto no necesariamente constituiría un apoyo directo al modelo orbitofrontal del TOC, ya que se ha mostrado que las anomalías en activación cerebral que contribuyen al déficit en esta tarea no se limitan al COF y ni siquiera al lóbulo frontal (Zald, Curtis, Folley y Pardo, 2002).

Los hallazgos expuestos son tan ambiguos que han dado lugar a interpretaciones completamente divergentes: algunos autores consideran que

apoyan la especificidad de los déficits orbitofrontales en el TOC (Abbruzzese *et al.*, 1995, 1997), mientras que otros creen que muestran que las alteraciones neurobiológicas son más amplias (Menzies *et al.*, 2008). En cualquier caso, se carece de datos lo suficientemente sólidos como para articular una explicación de la sintomatología o-c alrededor del constructo de flexibilidad cognitiva tal y como es investigada por la neuropsicología.

3.7. Otras funciones ejecutivas

Bajo la expresión “funciones ejecutivas” se engloba un conjunto amplio y heterogéneo de funciones neuropsicológicas entre las que se encuentran algunas de las ya discutidas, como la toma de decisiones, el *set shifting* y algunos aspectos de la inhibición. Estas son consideradas procesos de alto nivel que sirven para controlar, regular y guiar procesos de bajo nivel y que contribuyen a la planificación y la solución de problemas (Deckersbach *et al.*, 2011). Comparten su localización neuroanatómica en el lóbulo frontal.

Además de un objetivo de las funciones ejecutivas, la planificación es considerada en sí misma una de ellas. Su estudio en el ámbito del TOC se ha llevado a cabo mediante tareas como la Torre de Londres, en las que se han hallado diversos tipos de déficits en estos pacientes (Greisberg y McKay, 2003; Kuelz *et al.*, 2004). Estos últimos autores proponen una explicación de los mismos en base a alteraciones de funciones más básicas, como los déficits motores o en memoria de trabajo, mientras que desde el campo neurobiológico se apela a la disfunción del córtex prefrontal dorsolateral (Menzies *et al.*, 2008).

Otras propuestas siguen una estrategia opuesta, consistente en atribuir a déficits en funciones ejecutivas las dificultades para ejecutar tareas que se asocian a áreas cognitivas más básicas. Por ejemplo, Deckersbach *et al.* (2011) proponen que el patrón de errores en diversas tareas de memoria y habilidades visoespaciales está relacionado con la incapacidad para poner en marcha estrategias cognitivas adecuadas. No obstante, este problema es finalmente atribuido a un mal funcionamiento del córtex orbitofrontal, cuyo papel consistiría en la inhibición del procesamiento automático, primer requisito para la implementación de las estrategias correctas. De este modo, los fallos inhibitorios vuelven a considerarse como primarios, si bien estos autores ofrecen una explicación alternativa tanto de la naturaleza de los mismos como del modo (más indirecto) por el que acaban manifestándose.

3.8. Valoración de los estudios neuropsicológicos

Aunque es difícil llegar a conclusiones firmes sin contar con metaanálisis o, al menos, revisiones sistemáticas críticas recientes, parece claro que los pacientes TOC muestran de forma sistemática una ejecución pobre en diversas tareas neuropsicológicas. Podemos señalar como las más claras las que implican algunos tipos de memoria no verbal, la inhibición cognitiva y motora y otras funciones ejecutivas, como la flexibilidad cognitiva y la planificación. Estos hallazgos son una importante contribución a la comprensión neurobiológica del TOC. Sin embargo, una interpretación con interés psicopatológico de los mismos se enfrenta a problemas metodológicos, y también a otros más profundos relacionados con la atribución de causalidad a los déficits neuropsicológicos.

Entre los primeros, Clark (2004) señala algunas limitaciones frecuentes en estas investigaciones: el uso de muestras pequeñas, la sospecha de que los resultados significativos puedan ser atribuibles en muchas ocasiones al error tipo I (dado que surgen en el contexto de múltiples comparaciones y que son difíciles de replicar) y la baja correlación que la ejecución en las tareas suele mantener con la gravedad de los síntomas. La ausencia de grupos de control clínicos en la mayoría de los estudios neuropsicológicos también se ha criticado a menudo, y parece especialmente grave cuando se pretende llegar a conclusiones acerca de la conexión entre los déficits y aspectos específicos de la patología obsesiva.

Otro problema es la existencia de diversos tipos de factores moderadores del deterioro neuropsicológico, que pueden ser considerados factores confundentes cuando no se controlan adecuadamente. Aunque no se puede afirmar con seguridad que estén sesgando de una forma sistemática los resultados, sí existen sospechas de que varios factores asociados al TOC pueden ser la verdadera causa de al menos algunos de los déficits hallados en este trastorno. Siguiendo a Deckersbach *et al.* (2011) y Kuelz *et al.* (2004), podemos señalar a los siguientes como los más importantes: a) la comorbilidad psiquiátrica: trastornos frecuentemente asociados al TOC, como la depresión, tienen efectos conocidos sobre algunas funciones cognitivas; b) el uso de medicación: el consumo de antidepresivos y ansiolíticos, así como la interacción entre ambos, afecta a la ejecución de diversas tareas neuropsicológicas de un modo complejo y mal conocido; y c) la gravedad y cronicidad de los síntomas, que se ha señalado como posible factor moderador, aunque como ya se ha señalado, la frecuente ausencia de correlación entre gravedad y deterioro

también ha sido utilizada como crítica a estas investigaciones. La heterogeneidad del TOC podría incluirse dentro de estas consideraciones, ya que es muy posible que algunas se relacionen específicamente con determinadas dimensiones de síntomas (del mismo modo que vimos que ocurría con las anomalías neurobiológicas que se suponen subyacentes a ambas), por lo que la inconsistencia de los hallazgos podría solucionarse en parte utilizando muestras homogéneas de pacientes.

Las investigaciones neuropsicológicas en el TOC parecen responder a diferentes motivaciones. Por un lado, algunas interpretan las disfunciones como evidencias más o menos indirectas de anomalías cerebrales, utilizándolas como apoyo a un determinado modelo neurobiológico del trastorno. Otras van más allá y asumen que existe una relación causal que va desde los problemas en las funciones cognitivas estudiadas hacia la presencia o mantenimiento de la sintomatología. Este supuesto es habitualmente implícito y se basa en la creencia de que la ejecución en estas tareas reflejan de forma directa el funcionamiento de un nivel más “básico” que el de los síntomas. Sin embargo, los datos de estos estudios (del mismo modo que los de neuroimagen) son correlacionales, por lo que su interpretación causal se halla sometida a problemas de sobra conocidos. Por ejemplo, no se puede descartar la posibilidad, poco estudiada, de que los propios síntomas u otras características asociadas al trastorno (como el perfeccionismo o el miedo a la contaminación) puedan ser causantes de una ejecución pobre en las tareas. Moritz *et al.* (2012) pusieron a prueba esta hipótesis y hallaron que el bajo esfuerzo y la comprobación durante las tareas emergían como factores contribuyentes a los resultados de las mismas. A la posibilidad de que los déficits neuropsicológicos sean una consecuencia de la sintomatología se podrían oponer aquellos estudios que, como el de Rao, Reddy, Kumar, Kandavel y Chandrashekar (2008) muestran que algunos de estos déficits son “marcadores de rasgo”, es decir, están presentes en pacientes recuperados y, por tanto, son independientes del estado sintomatológico. Sin embargo, el hallazgo de que determinadas disfunciones son marcadores de rasgo o endofenotípicos las rebaja al mismo tiempo al estatus de marcadores de vulnerabilidad.

A falta de estudios sólidos sobre rehabilitación neuropsicológica en TOC, los estudios de tratamiento tampoco permiten extraer conclusiones claras. Los estudios sobre tratamiento farmacológico no sirven para este propósito dado que incluso si mejoran tanto los déficits cognitivos como los síntomas, siguen sin aclarar la dirección de la causa. Y, por otro lado, existen evidencias de que

el tratamiento psicológico exitoso del TOC también produce una mejoría del rendimiento neuropsicológico (Nedeljkovic, Kyrios, Moulding y Doron, 2011) lo que apoyaría la idea de que los déficits cognitivos son secundarios a los síntomas.

En conclusión, la complejidad de las funciones neuropsicológicas y de su relación con el funcionamiento cerebral, falta de consistencia de los resultados y los problemas metodológicos hacen que, al menos de momento, estas investigaciones no hayan contribuido de forma clara a comprender la etiología y la naturaleza de los síntomas obsesivo-compulsivos. A continuación realizaremos una valoración global de los modelos biológicos en la que incluiremos algunas reflexiones acerca de la capacidad explicativa de algunas teorías que se fundamentan en datos neuropsicológicos.

4. LOS SÍNTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS DESDE LA PERSPECTIVA NEUROBIOLÓGICA

Existen diferentes líneas de investigación dentro del paradigma biológico que no se han tratado en este capítulo, como los modelos animales, los tratamientos médicos, los estudios genéticos o los de neurotransmisión. Con omisiones tan importantes, sería inadecuado realizar una valoración global de los estudios neurobiológicos del TOC, ya que aunque algunas de las críticas ya apuntadas se podrían generalizar (como las referentes a la falta de especificidad), otras no resultarían aplicables (como la dificultad para establecer relaciones causales en el ámbito de los estudios genéticos o los modelos animales).

Criticar metodológica o conceptualmente estos estudios no supone rechazar la existencia de una base biológica del TOC. Pretender que cualquier aspecto del comportamiento carece de tal base, e incluso diferenciar entre “causas biológicas” y “causas psicológicas” supone suscribir un dualismo inaceptable. Por ese motivo, no vamos a valorar los modelos biológicos en función de su éxito a la hora de demostrar la existencia de fundamentos orgánicos del TOC, sino en función de si son buenas explicaciones del mismo, es decir, si ayudan a entender su psicopatología. Consideramos que para hacerlo, deberán ofrecer una explicación satisfactoria de las propiedades características de los síntomas obsesivo-compulsivos, y que eso no será posible si parten de una caracterización inadecuada de los mismos. En lo que sigue realizaremos una breve recopilación (sin ánimo de exhaustividad) de los principales modos de caracterizar los

síntomas que se pueden encontrar en la literatura neurobiológica y realizaremos una valoración de los mismos.

4.1. Obsesiones

- *Como síntomas de ansiedad.* Desde esta perspectiva, las obsesiones se consideran un síntoma cognitivo de la ansiedad, equiparable a otros como la hipervigilancia o la preocupación. Esta parece ser la postura de Gray (1982), quien propone un modelo que no implica circuitos fronto-estriatales sino estructuras límbicas, en concreto el sistema septo-hipocampal. Para este autor, las obsesiones serían el producto de una búsqueda persistente de estímulos potencialmente peligrosos (Tallis, 1995a).
- *Como impulsos desinhibidos.* En el primer modelo de Baxter (Baxter, Schwartz, Guze, Bergman y Szuba, 1990), este autor propone que el mal funcionamiento del cuerpo estriado provoca el acceso a la conciencia de impulsos relativos a la agresión, el peligro, la higiene y el sexo. Esta propuesta recuerda al modelo psicoanalítico ya que la causa fundamental de su aparición sería una represión incompleta, aunque en este caso con una fuerte base biológica. El contenido relativamente fijo de las obsesiones reflejaría así su estrecha conexión con los impulsos fundamentales. (Friedlander y Desrocher, 2006) denominan “modelo de control modulador” al que atribuye el TOC al daño en el córtex orbitofrontal y áreas asociadas y consideran como parte del mismo una explicación de la naturaleza de las obsesiones como una manifestación más de la desinhibición conductual propia de algunos síndromes frontales. Así, los temas obsesivos más frecuentes (peligro, sexualidad o limpieza) reflejarían anomalías motivacionales y en la inhibición de la conducta.
- *Como “programas cognitivos” desinhibidos.* La mayoría de los modelos de circuitos fronto-subcorticales se centran en las compulsiones y tratan a las obsesiones como una manifestación más cognitiva de la desinhibición de programas de acción localizados en los ganglios basales. El modelo de Graybiel y Rauch (2000) es una variante de estas propuestas que otorga un mayor protagonismo a la experiencia obsesiva, que atribuyen a la intrusión en la conciencia de información que normalmente se procesa de forma automática.

4.2. Compulsiones

- *Como afrontamiento de la ansiedad.* Las compulsiones serían desde este punto de vista acciones intencionales destinadas a manejar el malestar característico del trastorno. En la versión de Gray (1982), las compulsiones son una manifestación conductual de la ansiedad, un modo de afrontar los peligros percibidos, equiparables así a otros síntomas como la evitación. Una versión de esta idea, mucho más popular en la literatura biológica, es la que considera que las compulsiones son acciones dirigidas a activar (*recruit*) el estriado, de modo que este estimule al tálamo a cumplir su función filtradora y neutralizar de este modo las intrusiones y la ansiedad, causada por la hiperactividad del COF y el CCA (Del Casale *et al.*, 2011).
- *Como conductas instintivas.* Diferentes modelos “neuroetológicos” (Tallis, 1995a) asimilan las compulsiones a pautas de acción fijas que se disparan por la detección de señales inadecuadas, sean internas o externas. Esta es la principal tesis de Rapoport (1989), quien atribuye estas descargas al mal funcionamiento del córtex cingulado o el cuerpo estriado. También es la interpretación que realizan Penadés *et al.* (2007) del segundo modelo de Baxter, quien especifica que serían las conexiones excitatorias directas córtico-talámicas las que “liberarían” estas conductas estereotipadas. Por su parte, Insel (1988) postula un mecanismo diferente de “desinhibición” de estas conductas compulsivas en términos de “conductas de desplazamiento” (Jakes, 1996); pero su comprensión de los síntomas se realiza también en términos de conductas rituales instintivas.
- *Como programas conductuales desinhibidos.* Estos modelos tienen en común con los anteriores postular como principal mecanismo causal del TOC la desinhibición de conductas. En contraste con las anteriores, no conciben estas conductas como necesariamente instintivas (y, por tanto, innatas), enfatizando en cambio su carácter “programado” y, por tanto, estereotipado. Existen diferentes versiones de en qué consiste exactamente la desinhibición, por lo que describiremos las principales separadamente. Sin embargo, a menudo se mezclan varias de estas de un modo un tanto confuso, siendo un exponente claro de esto la descripción de Friedlander y Desrocher (2006) del “modelo de disfunción ejecutiva”.

- *Activación inapropiada de las conductas.* El carácter repetitivo de las compulsiones puede explicarse como producto de su activación inapropiada por la acción de mecanismos neurofisiológicos patológicos. Estos mecanismos se caracterizan frecuentemente en términos de un bucle de feedback positivo en los circuitos fronto-subcorticales ya conocidos (ver, por ejemplo, la descripción que Aouizerate *et al.* (2004) realizan de la propuesta de Modell). Por otro lado, el modelo ya mencionado de Graybiel y Rauch (2000) parece caracterizar las compulsiones en términos similares a las obsesiones, que sugieren la idea de que se trata de “intrusiones” en el ámbito conductual.
- *Falta de flexibilidad conductual.* Otras propuestas se centran más en el carácter perseverativo e inflexible de las compulsiones, más que en su mera repetición. La perseveración se explica en términos de falta de flexibilidad conductual, de la incapacidad de cambiar de “programa”. En cualquier caso, varios autores (por ejemplo, Saxena y Rauch, 2000) explican la falta de flexibilidad como producto de las dificultades inhibitorias, por lo que esta caracterización es más bien un complemento que una alternativa a los modelos de desinhibición.
- *Fallos inhibitorios.* La teoría del endofenotipo de Chamberlain *et al.* (2005) apela, como ya se ha comentado, al fracaso de un mecanismo inhibitorio general para explicar (entre otras cosas) los síntomas del TOC. Estos fallos inhibitorios provocarían la repetición tanto de las obsesiones como de las compulsiones, cuya mera ocurrencia no sería patológica, de forma similar a los modelos cognitivo-conductuales y a diferencia de los que enfatizan la cualidad intrusa de los síntomas.
- *Dificultades en la toma de decisiones.* Los resultados de los estudios neuropsicológicos sobre toma de decisiones en los pacientes obsesivos han llevado a algunos autores a establecer un paralelismo entre su comportamiento y el de aquellos que han sufrido daño ventromedial (Paolo Cavadini, Gorini y Bellodi, 2006). Como ya se ha mencionado, las dificultades de estos se han descrito en términos de insensibilidad a las consecuencias futuras de sus acciones (Bechara *et al.*, 1994), que les lleva a actuar en función del refuerzo inmediato y a la incapacidad de

modular su comportamiento a pesar de las consecuencias negativas que este genera. Cavedini *et al.*, (2006) sugieren que varias características del TOC podrían explicarse mediante el mismo mecanismo. Una sería la falta de flexibilidad conductual, entendida en esta ocasión en los términos ya comentados de insensibilidad al refuerzo. Pero, lo que es más característico, entienden las compulsiones como una “mala decisión”. Según esta visión, la perseveración de estos síntomas se debería a la búsqueda del refuerzo inmediato (el alivio de la ansiedad), y la ceguera a las consecuencias negativas futuras (la pérdida de calidad de vida resultante de la sintomatología). En cambio, otros autores (por ejemplo, Dittrich, Johansen, Landrø, *et al.*, 2011) conectan los problemas en la toma de decisiones con las experiencias de duda y el comportamiento indeciso de los pacientes TOC.

4.3. Conclusiones

De las diversas características que poseen los síntomas obsesivos y compulsivos, los modelos biológicos (centrados, por lo general, en estos últimos) destacan su naturaleza repetitiva, inflexible y estereotipada. Aunque cabría hacer alguna matización (por ejemplo, se podría defender la sensibilidad al contexto de las compulsiones apelando, por ejemplo, a su disminución ante la mera presencia de un experimentador), se trata de características importantes de estos síntomas que además sugieren comprensiblemente la posible presencia de una base orgánica. Las explicaciones de las mismas en términos, respectivamente, de déficits de inhibición, los déficits ejecutivos y la implicación de los ganglios basales, son plausibles, coherentes con los conocimientos neurológicos y tienen un importante apoyo empírico. Sin embargo, al limitarnos a estas propiedades de los síntomas estamos perdiendo gran parte de su riqueza y, sobre todo, de su especificidad. Parece que hay algo más en las obsesiones y compulsiones que las distinguen de otros comportamientos repetitivos y estereotipados, como la egodistonia o la resistencia a las mismas. Olvidarnos de esto supone asimilar las compulsiones a los tics, las conductas impulsivas e incluso las adictivas. Esto no sólo parece inaceptable en términos fenomenológicos, sino que pasa por alto las múltiples diferencias en las características clínicas de estos trastornos. No vamos a insistir en este argumento, que ya ha sido expuesto en la discusión sobre el espectro TOC (capítulo 1, apartado 5.2).

Un rasgo del TOC mal tratado, cuando no directamente ignorado, por los modelos biológicos, es la relación funcional entre obsesiones y compulsiones. La teoría de Gray (que, recordemos, lo caracteriza como un trastorno de ansiedad) no parece considerar las compulsiones como respuesta a las propias obsesiones, sino a un peligro ubicado externamente. Por otro lado, aquellas que defienden que las compulsiones tienen como objetivo disminuir el malestar experimentado por otros pacientes, sí defienden una relación funcional entre dicho malestar y las compulsiones. Sin embargo, al ser el objetivo de estas “reclutar el estriado”, no parecen requerir que exista ninguna relación entre el contenido de las obsesiones y de las compulsiones, ni de hecho que las compulsiones tengan ningún tipo de contenido o propósito, con lo que estos no pasarían de ser un mero epifenómeno. Por último, en modelos como el de Graybiel y Rauch (2000), la relación funcional es incluso negada de forma implícita, al proponer que obsesiones y compulsiones son la manifestación de un mismo trastorno en dos circuitos que funcionan de forma paralela.

Un problema de las teorías neurobiológicas, señalado a menudo desde el campo psicológico, es su dificultad para explicar la selectividad de los síntomas. Esta crítica es especialmente aplicable a los modelos que postulan un déficit general en una función neuropsicológica concreta como causante de los síntomas. Un buen ejemplo es el modelo de Chamberlain *et al.* (2005), que promete una explicación de múltiples características del trastorno a partir de un mecanismo sencillo. Sin embargo, sólo lo consigue a costa de presentar como simple un proceso cognitivo (el de la inhibición) que no parece serlo en absoluto, de ignorar los problemas de selectividad y especificidad, y de realizar predicciones extremadamente vagas.

Concluiremos valorando la propuesta de Cavadini *et al.* (2006), quienes asimilan sintomatología o-c con la característica de los pacientes ventromediales. La aparente validez de este paralelismo se fundamenta en una caracterización muy simplista del TOC y en un claro sesgo de confirmación que deja de lado rasgos incompatibles con su descripción. Al explicar las compulsiones mediante la insensibilidad a las consecuencias futuras, se las asimila con las conductas impulsivas y adictivas. La negación de la diferencia entre refuerzo positivo y negativo, entre conductas compulsivas e impulsivas es una marca de muchos modelos biológicos que debe ser rechazada y que sólo se explica por un conocimiento meramente abstracto y muy pobre de los trastornos que se caracterizan por unas y otras. Una caracterización alternativa de los problemas de toma de decisiones es la sugerida por Dittrich, Johansen,

Landrø, *et al.* (2011), y que los vincula con las experiencias de duda e indecisión que se han propuesto como características de los pacientes obsesivos. El problema de esta propuesta es que las tareas neuropsicológicas de toma de decisiones no están diseñadas para capturar esta fenomenología, sino la sensibilidad al riesgo y a las contingencias de refuerzo, y desde este punto de vista el modelo de Cavendish estaría más ligado a los datos empíricos. Sin embargo, la aproximación a los síntomas o-c en términos de duda es una alternativa prometedora: desde este punto de vista, la perseveración no se entendería como mera repetición de conductas aisladas debido a su desinhibición, sino como intentos repetidos e infructuosos de alcanzar un estado de satisfacción de su propósito que se experimenta como duda. A esta caracterización de la sintomatología obsesivo-compulsiva dedicamos el próximo (y último) capítulo de esta introducción.

CAPÍTULO 4

LA DUDA OBSESIVA

1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA Y CONCEPTUAL

1.1. Introducción conceptual

La complejidad y heterogeneidad del TOC implican que los modelos teóricos acerca del trastorno se centran necesariamente en algunas de sus características en detrimento de otras. En el apartado anterior hemos discutido los problemas que esta selectividad (o, más bien, el enfoque con el que se ha realizado) supone para los modelos biológicos. Hemos considerado que la caracterización ofrecida por los modelos cognitivo-conductuales, centrada en la ansiedad y la relación funcional entre obsesiones y compulsiones es más satisfactoria que el énfasis en la mera repetición de estas. Sin embargo, estos modelos han dejado de lado, hasta fechas muy recientes, un aspecto de la fenomenología del TOC que ha sido históricamente importante en diversas descripciones y elaboraciones teóricas del mismo. Se trata de un fenómeno difícil de describir por su carácter esencialmente subjetivo y sus límites difusos, al que nos referiremos de forma genérica como “duda”.

Según Reed (1976, p. 443) “prácticamente cualquier autoridad psiquiátrica que ha escrito sobre el tema ha enfatizado la indecisión y la duda como características centrales del trastorno obsesivo-compulsivo”. El mismo autor (Reed, 1985, p. 171) amplía esta observación, mostrando que son fundamentalmente psiquiatras y psicoanalistas quienes han hablado de la “duda” que sufren los pacientes obsesivos, y señala que ese interés existe desde finales del siglo XIX, con las contribuciones de Maudsley, Freud y Janet. Los psicólogos, cuyo interés por el TOC no habría empezado hasta la década de los 60 (Reed, 1976), habrían preferido en cambio hablar sobre la indecisión (Reed, 1985).

Estas afirmaciones acerca de la importancia del constructo “duda”, compartida por autores como Tallis (1995b), requiere de una caracterización amplia del mismo. Este autor, sin definir explícitamente la “duda patológica”, considera que esta forma parte de un “grupo central” de características relacionadas entre sí y comunes en los pacientes obsesivos, entre las que incluye

además la falta de convicción interna, la dificultad para seleccionar, la incertidumbre, el inacabado, la indecisión y la dilación (p. 25). De todos estos, considera que “la tendencia a dudar o a cuestionarse la propia experiencia parece ser el rasgo mejor construido y más generalizado”. Reed (1985) la considera una experiencia fenomenológica, equiparable a la incertidumbre, que puede tener diferentes contenidos (desde problemas muy abstractos hasta la incertidumbre sobre acciones cotidianas recientemente realizadas) y grados de gravedad muy variables (desde la indecisión simple hasta la abulia). En cualquier caso, la duda se entiende mejor como un estado subjetivo, que no es consecuencia de un fracaso a la hora de valorar intelectualmente los datos disponibles acerca de un tema. Rapoport (1991) es otra autora que tiene una concepción semejante de la duda obsesiva, como experiencia subjetiva (difícil de definir como tal) cuya manifestación conductual más evidente sería la perseveración en la ejecución de las compulsiones. Esta perseveración no se entiende como la aparición repetida de conductas aisladas, sino como intentos sucesivos de poner fin a un episodio único de malestar, que persiste ante la sensación de que aquellas no han conseguido su objetivo. Es esta consideración de la duda (que evitaremos apellidar como “obsesiva” o “patológica” para no prejuzgar su especificidad ni carácter anormal) la que nos interesa en el presente trabajo y a la que nos referiremos a lo largo del mismo con ese término.

En la actualidad, el uso más frecuente del término en la literatura sobre el TOC se da dentro de la expresión “obsesiones de duda”. Habitualmente, esta hace referencia a las obsesiones que dan lugar a compulsiones de comprobación, y es probablemente en este sentido en el que el DSM-IV-TR (APA, 2000) habla de “dudas repetitivas” como uno de los contenidos habituales de las obsesiones. De este modo, la duda se entendería como un subtipo de obsesión, caracterizado por el contenido del pensamiento y detectable, por tanto, a partir del relato de dicho contenido e incluso por sus consecuencias conductuales (comprobación, búsqueda de reaseguración).

Akhtar, Wig, Varma, Pershad y Verma (1975) coinciden en considerar la duda como un tipo posible de obsesión. Estos autores proponen una división de obsesiones y compulsiones que tiene en cuenta su forma, y no su contenido, entre las cuales incluyen la “duda obsesiva”. Esta se define como “una tendencia a no creer que una tarea completada se ha llevado a cabo satisfactoriamente” (p. 343). Es precisamente esta forma de obsesiones la más frecuente en la muestra investigada, ya que es experimentada por el 74% de los pacientes de su

estudio, lo cual demostraría, según estos autores, la importancia de la duda en el trastorno.

Rasmussen y Eisen (1989) también subrayan la importancia de lo que denominan “duda patológica”, a la que consideran una característica central de la fenomenología del trastorno que subyace a su patogénesis” (p. 69). Esta se concibe como un mecanismo anormal de valoración de riesgos que llevaría a los pacientes obsesivos a temer la ocurrencia de resultados catastróficos a pesar de su extrema improbabilidad. Así, el énfasis se desplaza desde el fenómeno concreto (el síntoma o su vivencia asociada) al proceso que lo provoca. Este cambio tiene su interés en la medida en que anima a la consideración de los procesos psicológicos subyacentes al fenómeno. Sin embargo, la propuesta de estos autores es demasiado vaga como para explicar la especificidad de la duda obsesiva, ya que un fallo general en el proceso de valoración de amenazas tendría implicaciones para cualquier trastorno de ansiedad.

Hasta aquí se han descrito distintas maneras de concebir la duda, apellidada de diferentes modos, pero considerada como una característica importante y específica del TOC: como experiencia subjetiva, como contenido de las obsesiones, como forma de las mismas y, finalmente, como mecanismo etiológico. Como ya hemos dicho, es la aproximación fenomenológica la que nos interesa, ya que entendemos que es la que mejor captura la especificidad del problema. Sin embargo, una caracterización así es inevitablemente vaga, y plantea diversos problemas que pasamos a comentar brevemente.

El primero de estos es el de si la tendencia a experimentar sentimientos de duda e incertidumbre es un rasgo general de los pacientes TOC o es sólo un componente de algunos síntomas obsesivo-compulsivos. La primera aproximación (que podemos considerar representada por autores como Janet o Reed), consideraría que la duda es la vivencia subjetiva de una característica, o más bien un mal funcionamiento, cognitivo o emocional general, que se expresaría de forma especialmente llamativa en determinados síntomas. Estas propuestas se enfrentarían a un problema similar al de las teorías neurobiológicas que intentan explicar el trastorno a partir de un déficit neuropsicológico general; a saber, el de por qué ese supuesto déficit sólo se manifiesta, en gran parte de los pacientes, en las áreas relacionadas con la sintomatología. Una variante moderada de esta visión podría ser la expresada por Akhtar *et al.* (1975), quienes consideran que si las obsesiones se manifiestan tan frecuentemente en forma de duda, esto probablemente se debe a que estas (las dudas) ya están presentes como rasgo de carácter en la mayoría de los

individuos afectados. Sin embargo, las dudas son experiencias discretas con un contenido intencional concreto, por lo que hablar de estas como rasgo de personalidad parece una confusión entre diferentes niveles de funcionamiento psicológico. En el otro extremo, cabe considerar la vivencia de la duda como un mero epifenómeno de la sintomatología, es decir, una mera experiencia subjetiva sin poder de influencia causal sobre los síntomas. Como veremos, esta parece ser la opción de algunos psicopatólogos que intentan explicarla como resultado de los mismos mecanismos cognitivos que generan los propios síntomas compulsivos y su ansiedad asociada.

El segundo problema está estrechamente relacionado con el anterior y sólo surge si se toma partido por la primera opción, que considera que la vulnerabilidad a la duda es un rasgo general del funcionamiento de los obsesivos. En ese caso, ¿entendemos por tales a quienes sufren síntomas obsesivo-compulsivos o aquellos que padecen un trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (TOPC)? Quienes creen que los trastornos del eje I y del eje II están estrechamente relacionados, al compartir sus principales mecanismos etiológicos, no considerarían necesario plantearse esa disyunción. Este sería el caso de los principales enfoques psicodinámicos y de la teoría de Reed. Sin embargo, hoy en día prevalece la opinión de que ambos deben ser distinguidos, e incluso muchos autores (incluyendo la mayoría de los provenientes de la tradición cognitivo-conductual) defienden que no existe una relación privilegiada entre ambos. Partiendo de esta postura, el problema consiste en que la tendencia a experimentar sentimientos de duda y la indecisión se incluyen a menudo en la descripción de los pacientes con TOCP, en alguna de sus múltiples denominaciones. En la CIE-10, el primero de los ocho criterios específicos del “trastorno anancástico de la personalidad” consiste en “sentimientos de duda y precauciones excesivas” (OMS, 2000, p. 165). En el DSM-IV, en el apartado de “características asociadas” se incluye una descripción de sus dificultades en la toma de decisiones, que se produce cuando las normas establecidas no dictan una respuesta correcta, y que puede llevar a la paralización. La descripción del “trastorno anancástico de la personalidad” realizada por Sims (Oyebode, 2008) también incide en la vacilación y la dificultad para tomar decisiones de estos pacientes, que atribuye a la inseguridad acerca de sus capacidades y relaciones. Millon también menciona la indecisión y la duda (especialmente las referidas a uno mismo) como características de la “personalidad compulsiva” y cita a Griesinger y Reich como precedentes de estas observaciones (Millon, Grossman, Millon, Meagher y Ramnath, 2004). Parece evidente que este problema se produce porque las observaciones más

influyentes al respecto (entre las cuales hay que destacar las psicodinámicas) provienen de épocas y corrientes en las que la distinción entre TOC y TOCP no se realizaba con claridad. Sin embargo, en ausencia de una clarificación conceptual e investigación empírica adecuadas, la introducción de las nuevas taxonomías no ha bastado para resolverlo.

El tercer problema sería el de la especificidad del fenómeno, que podría considerarse una generalización del anterior a otros trastornos además del TOCP. Ante la ausencia de datos empíricos, no podemos descartar que la experiencia subjetiva de la duda patológica asociada tradicionalmente al TOC, esté presente en otros trastornos mentales, como el TAG o la depresión. Y si tomamos como base una caracterización amplia de la duda, que incluya la dificultad para tomar decisiones, o la incertidumbre sobre diversos aspectos, incluyendo el autoconcepto, este problema se agrava. Por ejemplo, la indecisión es un criterio del episodio depresivo mayor en el DSM. Ante esto se puede argumentar que no toda indecisión está asociada a la duda, y que puede ser causada por otro tipo de dificultades cognitivas y motivacionales.

El cuarto y último problema que plantearemos en esta introducción es, precisamente, el de la relación entre duda e indecisión. Esta última se considera a menudo a menudo un rasgo asociado al TOC, que puede llegar a afectar al comportamiento general del paciente. Por ejemplo, la CIE-10 (OMS, 2000), dentro de la descripción del TOC “con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas”, afirma que “las ideas [como forma de las obsesiones] son consideraciones indecisas y sin término de alternativas que se acompañan de incapacidad para tomar decisiones triviales, pero necesarias en la vida día a día” (p. 118). De Silva y Rachman (2004) incluyen la indecisión como una característica “vista en muchos pacientes obsesivo-compulsivos”, en especial en los comprobadores, que puede llegar a afectar a aspectos cotidianos triviales y no sólo a las decisiones importantes. En estas descripciones, la asociación de las dificultades conductuales para la toma de decisiones con la experiencia de la duda aparece exclusivamente de forma implícita.

El único esfuerzo de clarificación conceptual lo hallamos en Reed. Según este autor, los psicólogos han escogido la indecisión por la posibilidad de definirla operacionalmente, frente a las dificultades para objetivar y medir la duda. Esta elección estaría justificada al existir una interrelación íntima entre ambas. Inicialmente, la postura defendida por Reed (1985, p. 171) es que la duda es el fenómeno más general, ya que la incertidumbre experimentada por los obsesivos no se limita a la toma de decisiones, sino a cualquier aspecto,

incluyendo la “verdad, categoría, estatus o la propia existencia” de los hechos del mundo externo. La indecisión, en cambio, se limitaría a ser “el fracaso o la vacilación al decidir, la incapacidad para decidir o llegar a una conclusión”, refiriéndose básicamente a la dificultad para elegir entre alternativas. Sin embargo, más adelante (p. 179), Reed recurre a una concepción amplia de toma de decisiones que pone los problemas en este proceso en el centro de las dificultades de los obsesivos. La duda sería, desde esta perspectiva, el último paso en una secuencia que empieza por la indecisión, tras lo que se produce la toma de una decisión, paso para el que el obsesivo está perfectamente dotado intelectualmente. El problema viene después, con la incapacidad para experimentar “resolución y convicción” acerca de la decisión tomada. La duda consiste, en este caso concreto, en la ausencia de convicción sobre la validez de una acción. Pero el juicio acerca de la validez de las acciones es asimismo resultado de un proceso de toma de decisiones, ya que estas no se limitan a la toma en consideración de las acciones sino también de las actitudes, creencias o ítems de información. Entendido el proceso decisonal de esta forma tan amplia, Reed considera que los problemas de los obsesivos pueden resumirse como referentes a “decisiones sobre decisiones”. Así pues, la consideración fenomenológica de la duda hace que se nos aparezca como el aspecto predominante, pero su omnipresencia puede entenderse como resultado del fallo en los mecanismos decisonales. Sin embargo, para dar este paso es necesario adoptar una concepción de la toma de decisiones tan general que la vuelve inaprensible, con lo que perdemos las ventajas que habían llevado al interés por la indecisión: su pretendida objetividad y posibilidad de operacionalización.

En el presente estudio, se abordarán de forma empírica los anteriores problemas relacionados con la duda: el de si es un rasgo general del comportamiento de los pacientes obsesivos o un componente de la sintomatología; el de su especificidad y el de su relación con la indecisión conductual general. El referido a la relación con la personalidad obsesiva se dejará de lado, pese a su interés, por las dificultades que supone su medición adecuada. Antes de abordar las principales aproximaciones contemporáneas a la duda obsesiva, realizaremos un repaso histórico a las aportaciones realizadas desde la psicopatología descriptiva, la psicodinámica y la experimental.

1.2. La duda en la psicopatología descriptiva

Si los sentimientos de duda juegan un papel central en la psicopatología obsesiva, sería de esperar que las descripciones clásicas de este trastorno incluyeran este fenómeno. Ya hemos visto que Reed lo cree así, aunque no ofrece datos históricos convincentes. A continuación revisaremos, sin ánimo de ser exhaustivos, algunas referencias a este elemento encontradas en diferentes caracterizaciones históricas del TOC.

Ya en el siglo XVII podemos encontrar referencias a la duda y la indecisión, en dos autores anglosajones citados por Hunter y Macalpine (1963; citado por Rachman y Hodgson, 1980, y Tallis, 1995a). En 1638, Richard Younge señalaba la indecisión de los pacientes con rumiaciones obsesivas, comparando su proceso de toma de decisiones con una “balanza vacía sin peso del juicio que le incline hacia un lado... no hace nada fácilmente... cuando empieza a deliberar, nunca llega a una conclusión” (p. 116). Por su parte, Jeremy Taylor (obispo irlandés), en una descripción de 1660 de los escrúpulos (obsesiones religiosas) sufridos por William de Osney, define el escrúpulo como una preocupación persistente tras la resolución del problema, “la duda cuando las dudas se han resuelto” (p. 116).

La mayor parte de las referencias pertinentes las encontramos en la psicopatología francesa del siglo XIX. Esto se debe en parte a su mayor inclinación a las explicaciones emocionales del trastorno, pero también a la mayor información disponible acerca de este tema gracias, en gran medida, a los trabajos de Berrios (1989, 2006, 2008). La utilización de expresión “enfermedad de la duda” para referirse al TOC se remonta a una intervención en 1866 de Jean-Pierre Falret (1794-1870), aunque él mismo atribuyó la acuñación del término *maladie du doute* a su padre (Berrios, 2006, p. 190). Legrand du Saulle (1830-1886) dio a la enfermedad el nuevo nombre de *doute avec délire de toucher* (“locura de duda con delirio de contacto”) y propuso que era una variedad de la *folie avec conscience* (“locura con *insight*”). (Berrios, 2006, p. 195). Para Berrios (1989), la principal aportación de este autor fue la consolidación de la caracterización clínica del TOC, que consiguió mediante la descripción de 27 casos clínicos en 1875. Du Saulle realizó una descripción itudinal del trastorno, en el que diferenciaba tres fases, estando la primera caracterizada principalmente por el sentimiento de duda que, junto a los pensamientos repetitivos, generaban ansiedad y llevaban al establecimiento de rituales.

Autores posteriores dan por supuesto el papel de la duda en el trastorno y se esfuerzan por proporcionar explicaciones de este fenómeno. Frederic Paulhan (1856-1931) desarrolló una teoría de las emociones que incluía una hipótesis según la cual los sentimientos elementales se podían combinar en compuestos, lo que se podría utilizar para explicar la duda como resultado de una mezcla de miedo y esperanza a partes iguales. La experiencia resultante se caracterizaría por una inquietud ansiosa que, supuestamente, podría conducir a precipitar la toma de decisiones para acabar con la ansiedad fruto de la vacilación (Berrios, 1989). En parte influido por Paulhan, Théodule-Armand Ribot (1839-1916) propuso una caracterización de la duda en el TOC que, sin embargo, era opuesta a la anterior en aspectos fundamentales. A diferencia del énfasis en las emociones de Paulhan, Ribot consideraba que la duda se manifestaba principalmente en la esfera intelectual, definiéndola como un conflicto irreconciliable entre dos tendencias incompatibles y antagónicas en el pensamiento. El conflicto lleva a una sucesión de juicios positivos y negativos sobre la misma materia que no culmina en una conclusión y su consecuencia conductual es, no la toma impulsiva de decisiones, sino la vacilación sobre asuntos menores y una incapacidad para decidir que lleva a la paralización (Berrios, 1989).

En la psicopatología anglosajona podemos encontrar consideraciones similares. Por ejemplo, Tallis (1995a) apunta una observación de Maudsley en 1895, quien describía la naturaleza de las deliberaciones del paciente obsesivo en términos de falta de resolución y de vacilaciones extremas. Así pues, vemos que la duda es, innegablemente, un elemento de la descripción del TOC de muchos teóricos. Sin embargo, parece que ni su naturaleza ni el papel en el trastorno está en el centro del debate de la psicopatología decimonónica, dedicado fundamentalmente a la naturaleza volitiva, intelectual o emocional del mismo (Berrios, 1989, 2006). No obstante, hemos dejado fuera de esta revisión la teoría de Janet, en la cual este elemento tiene el mayor peso específico en el abordaje teórico del trastorno. Esta teoría será el objeto del siguiente apartado, junto a las observaciones de Freud sobre este mismo tema.

1.3. La duda en la tradición psicodinámica

1.3.1. Pierre Janet

La teoría de Pierre Janet (1859-1947) acerca de los síntomas obsesivo-compulsivos es la que ha prestado una mayor atención al fenómeno de la duda obsesiva, otorgándole un papel central en la etiología de los mismos. Por este

motivo, se reconoce unánimemente a Janet como el principal antecedente del interés actual por ese fenómeno, tomando incluso prestada su terminología (L.J. Summerfeldt, 2004). Y ello a pesar de la enorme distancia conceptual que separa las aportaciones conceptuales del pensamiento del autor francés de los modelos actuales. En su obra de 1903 *Les Obsessions et la psychasténie* (Las obsesiones y la psicastenia), Janet introdujo la expresión *sentiments d'incomplétude*, origen del constructo *incompleteness* que describiremos en un próximo apartado, y que hemos optado por traducir como “sensaciones de inacabado”. Estas se podrían describir como una sensación interna de imperfección que atormenta continuamente a los pacientes, quienes sienten que no logran completar totalmente sus acciones, o que estas no producen la satisfacción requerida, a pesar de que su ejecución parecería perfectamente normal a un observador externo (Pitman, 1987). Además, dichas sensaciones están vinculadas causalmente con la sintomatología obsesivo-compulsiva, no siendo un mero epifenómeno de las mismas.

De este modo, Janet es el precursor de las propuestas contemporáneas que describen un estado subjetivo similar a las sensaciones de inacabado, y que les otorgan un papel causal en la producción y mantenimiento de los síntomas, especialmente de las compulsiones. Sin embargo, su teoría es considerablemente más compleja, tanto en lo que se refiere a la naturaleza de las sensaciones, como en la relación de estas con la sintomatología, y se inscribe dentro de una obra mucho más ambiciosa. *Las obsesiones y la psicastenia* es, de hecho, el punto de partida de una elaborada teoría sobre el funcionamiento mental y la psicopatología que, como reivindica Ellenberger en su historia de la psiquiatría dinámica (Ellenberger, 1970), puede ser considerada como auténticamente psicodinámica. En esta obra, por otro lado, no se desarrolla en realidad una teoría sobre el TOC, sino sobre la psicastenia. Y, además, en el centro de su propuesta está la postulación de un mecanismo etiológico para este trastorno.

Nuestro breve tratamiento de Janet tiene como objetivo poner en el contexto adecuado su sugerencia acerca del papel de la duda obsesiva, y en concreto la naturaleza de los sentimientos de inacabado y la especificidad de su relación con obsesiones y compulsiones. Para conseguirlo, será necesario aclarar los conceptos que este autor manejaba y que no se corresponden con los vigentes en la actualidad. El punto de partida es obligatoriamente el propio concepto de psicastenia, término acuñado por Janet para designar una de las “neurosis básicas” junto a la histeria (Ellenberger, 1970). La psicastenia reúne un conjunto

de síntomas que, desde la perspectiva actual, parecen extraordinariamente heterogéneos. El trabajo de Janet al que hacemos referencia basa su exposición de la psicastenia en el estudio de 325 pacientes con los siguientes síntomas: obsesiones, compulsiones, manías mentales, dudas, tics, agitaciones, fobias, delirios de contacto, ansiedades, neurastenias y despersonalización (Pitman, 1984). Del mismo modo que hace en la histeria, Janet diferencia dos niveles de síntomas: los “accidentes” (síntomas accidentales o contingentes) y los “estigmas” (síntomas básicos y permanentes). El nivel básico lo forman diversas manifestaciones como los síntomas ya mencionados, que incluyen algunos relacionados con las “ideas fijas” que, en contraste con la histeria, son conscientes (en forma de obsesiones y fobias). En el nivel más básico, los estigmas psicasténicos se relacionan con una perturbación básica de la “función de realidad”, como mencionaremos más adelante al ocuparnos de la etiología de la psicastenia.

La enfermedad psicasténica se divide en tres estadios, en orden creciente de aparición y de gravedad, cada uno de los cuales no puede surgir sin la presencia del anterior (Pitman, 1987). El primero es el “estado psicasténico”, que se caracteriza por la presencia de los sentimientos de inacabado y de “insuficiencias psicológicas”. Se habla de “estado” porque las manifestaciones del mismo surgen directamente de la etiología del trastorno (siendo por tanto los “estigmas” o síntomas básicos), y son la base sobre la que se desarrollan los síntomas accidentales. La manifestación paradigmática de las sensaciones de inacabado se produce respecto a las acciones, sintiendo el sujeto que estas no se han hecho de forma correcta o completa, o que no ha producido la satisfacción perseguida. Sin embargo, se trata de un fenómeno más amplio, que puede manifestarse también en relación con operaciones intelectuales, emociones y percepciones personales (Pitman, 1987). No sólo su espectro, sino su gravedad son potencialmente mayores de lo que se sugiere en las descripciones contemporáneas. Estas sensaciones pueden llegar a afectar a la volición, llegando a producir la impresión de que las propias acciones no surgen de la propia voluntad, sino que se determinan por algo externo, así como dificultades para inhibir comportamientos. Sus consecuencias se extienden además a la esfera emocional, cognitiva y perceptual, produciendo síntomas que hoy serían considerados como sugerentes de disociación, cuando no abiertamente psicóticos. Las “insuficiencias psicológicas” características de este estadio incluyen problemas en las mismas áreas: volición, inteligencia y emociones. En la primera, se manifiestan en forma de indolencia, pereza y postergación; se trata de una auténtica pérdida de la habilidad para actuar. En la

inteligencia, suponen problemas atencionales, mientras que las “insuficiencias emocionales” son especialmente evidentes en la incapacidad de experimentar emociones positivas (Pitman, 1984).

El segundo estadio se caracteriza por la aparición de “agitaciones forzadas”, que surgen en el contexto del estado psicasténico y provocados por él. Estas consisten en “operaciones” excesivas y repetitivas en los diversos ámbitos del funcionamiento psicológico, y se identifican con los síntomas accidentales, exceptuando a las obsesiones y las compulsiones que se inician en el siguiente estadio. Una clasificación conveniente de las agitaciones las divide en función de su esfera de operación y de si son específicas o difusas (Pitman, 1984). Las agitaciones específicas en el ámbito mental se denominan “manías” e incluyen actos que hoy calificaríamos de compulsiones que tienen por objeto disminuir la indecisión, la sensación de incertidumbre, o incluso la operación de impulsos de naturaleza egodistónica. Algunas tienen una naturaleza claramente obsesiva, como las “manías de interrogación” o de deliberación, que pueden considerarse rumiaciones sobre temas específicos, si bien el término rumiación se reserva a las agitaciones mentales difusas. En el ámbito motor, las agitaciones específicas son los tics, y las difusas las crisis de agitación. Lo que Janet define como tics tienen su origen en manías mentales, y son actos simples que en su mayoría serían clasificados como compulsiones según los criterios actuales. Por último, las agitaciones emocionales específicas son clasificadas como “fobias”. Lo que caracteriza a las fobias es la concentración de ansiedad sobre un estímulo (en un sentido muy amplio) específico, frente a la ansiedad flotante en la que consistiría la contraparte difusa de estas agitaciones. Así, estos síntomas tienen un espectro más amplio que las fobias específicas contemporáneas. Algunos ejemplos de Janet hacen referencia a objetos que se evitan por desencadenar síntomas obsesivos, pero también incluyen síntomas de otros trastornos, como la agorafobia o la fobia social.

El tercer estadio se caracteriza por la aparición de obsesiones y compulsiones. Estos términos se reservan para ideas e impulsos que “se evocan fácilmente, se extienden hasta incluir más y más ideas periféricas, y llegan a dominar la vida mental del paciente” (Pitman, 1987, p. 227). De este modo, no sólo algunos síntomas que hoy se considerarían obsesiones y compulsiones son clasificados por Janet como “agitaciones forzadas”, sino que esta definición incluye algunos fenómenos que hoy se diferencian claramente de las mismas. Por ejemplo, la creencia de estar gordo en el contexto de una anorexia nerviosa, la “obsesión” por los defectos físicos menores, o la preocupación porque otros le escuchen

orinar, propuestos como ejemplo por Pitman (1984, 1987). Sin embargo, la caracterización formal de las obsesiones realizadas por Janet coincide en gran medida con la actual, por su énfasis en su cualidad intrusa y el reconocimiento de su carácter absurdo. Además, parece que Janet consideraba como ejemplos paradigmáticos de síntomas obsesivos ideas e impulsos que se corresponden en gran medida con las obsesiones “autógenas”. Lo más importante en este contexto es que obsesiones y compulsiones surgen directamente del estado psicasténico, siendo sus contenidos una expresión simbólica de las dificultades básicas experimentadas por estos pacientes.

Vemos, por tanto, que los síntomas desarrollados en el segundo y el tercer estadio de la psicastenia son una consecuencia del estado psicasténico, principalmente de los sentimientos de inacabado. La teoría de Janet proporciona también una explicación del origen de este “estigma” psicológico. Para este autor, la causa última de la psicastenia consistiría en una disminución de la tensión psicológica, que es la capacidad de elevar la energía mental (concebida en términos cuantitativos) a un cierto nivel en la jerarquía de funciones (Ellenberger, 1970). En una caracterización del fenómeno que ha sido criticada por circular (Jakes, 1996), la disminución de la tensión explica, y a la vez consiste en, la incapacidad de concentrar y unificar una serie de fenómenos psicológicos a diferentes niveles en una jerarquía de funciones mentales. La disminución que se produce en la psicastenia conlleva la pérdida de la capacidad para llevar a cabo la función más elevada: la “función de realidad”. Son precisamente las dificultades en esta función las responsables de los estigmas psicológicos, incluyendo las sensaciones de inacabado. Según Pitman (1984, p. 306), “la disminución en la capacidad para la síntesis mental es la responsable de las dificultades con la volición y la atención, y de los sentimientos de división interna, automatismo y dominación”. El resto de síntomas de la psicastenia se derivaría, de forma más o menos directa, de esta causa básica, mientras que las capacidades conservadas por estos pacientes se explicarían por el mantenimiento de un funcionamiento adecuado de las funciones psicológicas de un nivel inferior. El tratamiento del trastorno implicaría utilizar cualquier técnica que elevara la tensión psicológica, reconstituyendo así la función de realidad.

La teoría de Janet representó una alternativa a las teorías predominantes del trastorno obsesivo en el siglo XIX. Negó que la causa básica fuera un déficit intelectual, y relegó la ansiedad a un papel secundario, argumentando también así en contra de la alternativa emocional. El motivo de que su propuesta se

reconsiderare en la actualidad es, precisamente, la búsqueda de una causa alternativa a la ansiedad y los déficits cognitivos generales para la aparición y persistencia de diversos síntomas, especialmente compulsivos, que no se explican adecuadamente mediante esos mecanismos. Sin embargo, la teoría de Janet no puede considerarse más que una fuente de hipótesis, y una invitación a investigar procesos psicológicos alternativos. Su propuesta y descripción de una enfermedad psicasténica es insostenible hoy en día, a la luz de los conocimientos disponibles sobre la psicopatología del TOC y otros trastornos de ansiedad, y lo mismo ocurre con los mecanismos etiológicos postulados por este autor, ya que recurren a constructos como la “energía mental”, desacreditados en la actualidad incluso como metáfora del funcionamiento psíquico.

1.3.2. La duda en la psicopatología psicoanalítica freudiana

La enorme influencia de la psicopatología psicoanalítica hace ineludible una alusión a la teoría freudiana de las obsesiones y las compulsiones, sin pretender realizar una exposición completa de la misma. El interesado puede consultar a Fenichel (1946), quien aborda el tema en profundidad y de forma más sistemática que el propio Freud, sin apartarse del marco del psicoanálisis clásico. Nos limitaremos a revisar las observaciones de Freud acerca de la duda obsesiva, fenómeno que, como veremos, ocupa un papel central en su descripción de la neurosis obsesiva. Las observaciones se incluyen en el principal escrito de Freud acerca de dicha neurosis, el “Caso del hombre de las ratas” (Freud, 1909).

Hasta tal punto es importante que de Mijolla-Mellor (2005) la identifica a grandes rasgos con el “pensamiento obsesivo”, dentro del que distingue tres aspectos diferentes: la incertidumbre, la vacilación y la duda en sentido estricto. La incertidumbre pertenece a la esfera cognitiva, la vacilación a la volitiva y la duda a la afectiva. La duda se caracteriza también como la percepción interna de la indecisión, asociada (como la vacilación) a la volición. Aunque estas manifestaciones no necesariamente se producen sincrónicamente, queda claro que forman parte de un fenómeno básico, que se explica en términos más profundos. De este modo, duda e indecisión, así como el afecto asociado están inextricablemente unidas por una causa común de naturaleza psicodinámica, sin que quepa el debate de la primacía de unas manifestaciones sobre las demás. Aunque usaremos estos términos de forma básicamente intercambiable, en sus escritos Freud suele utilizar “duda obsesiva” para referirse a la sintomatología,

mientras que para hablar de la experiencia general de incertidumbre utiliza precisamente ese término.

El origen de la duda obsesiva reside en un conflicto pulsional, que el propio Freud, en una carta de 1918 (citado en de Mijolla-Mellor, 2005) resume de la siguiente manera: “La tendencia a dudar no surge de circunstancias que se presten a la duda, sino que es la continuación de las poderosas tendencias ambivalentes de la fase pregenital, que desde entonces acompañan a cualquier par de opuestos que se presenten”. Sin embargo, no hay una respuesta inequívoca a la pregunta de si existe un “tema” universal del conflicto original, es decir, y cuáles serían las tendencias en pugna. En un escrito posterior acerca de la predisposición a la neurosis obsesiva (Freud, 1913), considera que la duda es expresión de la ambivalencia acerca del instinto de dominación, sublimado en instinto de conocimiento. Por su parte, Fenichel (1946) considera que, a pesar de que los contenidos inconscientes de las dudas obsesivas son múltiples, los conflictos latentes son variantes de unas pocas cuestiones generales: masculinidad frente a feminidad (bisexualidad), amor frente a odio (ambivalencia) y, especialmente, ello (demandas instintivas) frente a superyó (demandas de la conciencia).

Una vez determinada la disposición a la duda obsesiva, tanto la forma que adopta como su contenido consciente concreto en un paciente determinado depende de las peculiaridades de su desarrollo psíquico. Este último aspecto carece de interés en este contexto. En cuanto a la forma, Freud (1909) considera que su adscripción al ámbito intelectual (duda, cavilación) frente al de la acción está relacionado con el grado de desarrollo del instinto de saber. En el caso en que este predomine en la constitución del enfermo, el síntoma central de la neurosis será la cavilación obsesiva. Los pensamientos devienen en obsesivos porque son inundados por gran cantidad de energía, cuyo destino inicial sería la acción motora. En otros individuos, el conflicto se manifestará directamente a nivel conductual mediante las compulsiones aunque, obviamente, los aspectos manifiestos tampoco están ausentes en el primer tipo de pacientes.

Según la tesis descrita hasta el momento, la duda es la manifestación en la esfera cognitiva, como consecuencia de un desplazamiento, de la existencia de un conflicto intrapsíquico que proporciona la base ineludible de toda manifestación obsesiva. Sin embargo, el mismo autor proporciona, en la misma obra (Freud, 1909) otros dos mecanismos, distintos entre sí y del anterior, que explicarían la experiencia de la incertidumbre. Ambos son considerados por Freud como complementarios, y están más cerca de la experiencia consciente,

por lo que resultan de interés incluso si se rechazan los principales supuestos de su teoría. En primer lugar, la sintomatología obsesiva podría ser una causa directa de la incertidumbre de los obsesivos, la cual “por ejemplo en sus plegarias, se debía a que de continuo unas fantasías inconscientes se les inmiscuían en la actividad de rezar” (p. 189). De este modo, se postula que las aparentes dificultades atencionales y de memoria podrían atribuirse a la propia experiencia obsesiva, y no al revés.

Por otro lado, Freud sugiere que la duda no es sólo un producto del conflicto intrapsíquico o de los propios síntomas, sino que es a su vez un mecanismo que permite la aparición y el mantenimiento de la patología: “La producción de la incertidumbre es uno de los métodos que emplea la neurosis para sacar al enfermo de la realidad y aislarlo del mundo, lo cual constituye, por cierto, la tendencia de toda perturbación psiconeurótica. También aquí es harto nítido lo mucho que los enfermos ponen de sí para esquivar una certidumbre y poder aferrarse a una duda” (p. 181). Freud describe una “predilección” (que no hay que interpretar como búsqueda consciente) de los obsesivos por la experiencia de la incertidumbre. Esto les lleva a pensar sobre temas en los que la incertidumbre es ineludible como la duración de la vida, la vida después de la muerte “y la memoria, a la que solemos prestar creencia sin poseer la menor garantía de su confiabilidad” (p. 182). Anticipa así la opinión de que el problema no es que los obsesivos tengan una peor memoria, sino una mayor preocupación por su (real) falibilidad. A continuación, añade que “de la incertidumbre de la memoria se sirve la neurosis obsesiva profusamente para la formación de síntoma”. Sugiere de este modo que la incertidumbre obsesiva se extiende progresivamente a diferentes áreas, motivada por la incertidumbre que el paciente halla en núcleos fundamentales de la experiencia, sobre todo la memoria, así como por mecanismos inconscientes como el desplazamiento.

Un último punto a considerar es la relación de la duda obsesiva con los rasgos de personalidad subyacentes a la neurosis obsesiva. Desde el psicoanálisis, se considera que existe una relación clara, aunque compleja, entre esta neurosis y el “carácter anal” (Freud, 1908), posteriormente influyente en la descripción de la personalidad obsesiva. La fijación en la fase sádico-anal es un importante factor predisponente a la neurosis obsesiva, no el único, pero sí el principal para diferenciar entre esta y la histeria (Fenichel, 1946). Pero la descripción del carácter anal, centrada en el orden, la preocupación por el dinero y la tenacidad, no incluye la duda y la indecisión. De este modo, Freud opta por la consideración de la duda obsesiva como un síntoma ligado al desarrollo de la

neurosis, y no como una expresión de la personalidad subyacente. En esto difiere de Janet, aunque no se pueda realizar una equivalencia completa entre carácter y “estado psicasténico”, que puede ser una condición sobrevenida.

En resumen, desde el psicoanálisis se considera que la duda obsesiva participa en la manifestación de los síntomas expresados conscientemente, pudiendo considerarse por tanto una fuerza causal. Sin embargo la duda no es la experiencia primaria, sino el resultado de un conflicto pulsional. Lo más sugerente de las consideraciones realizadas por Freud, es que reflejan el hecho de que la duda no es un fenómeno de todo o nada. La “incertidumbre” puede ser generalizada, o estar centrada en determinados temas, y esta fijación o generalización es resultado de un proceso. Una comprensión de la evolución individual de la duda resultaría de gran interés clínico, pero por desgracia no se disponen de datos empíricos al respecto.

2. EL ESTUDIO EXPERIMENTAL DE LA DUDA OBSESIVA

El objetivo de este apartado es resumir una serie de estudios experimentales, realizados con sujetos obsesivos, relevantes para la discusión acerca del papel de la duda y la indecisión en el TOC. Estos han sido realizados mayoritariamente por psicólogos que se inscriben plenamente en la tradición experimental, pero que son críticos con las explicaciones conductuales del trastorno, centradas en el aprendizaje y la hipótesis de la reducción de la ansiedad. En su lugar, utilizan constructos provenientes de la psicología cognitiva y el procesamiento de la información, en pleno desarrollo en las décadas en las que se llevaron a cabo. Por diversos motivos, ni los paradigmas experimentales empleados, ni sus hallazgos empíricos, ni las teorías en las que se fundamentan ocupan un lugar importante en la psicopatología actual del TOC. Sin embargo, se trata de investigaciones muy relevantes para el tema que nos ocupa y en las que nos hemos inspirado para el diseño de nuestra propia investigación. Por este motivo, expondremos sus principales resultados, organizados alrededor de dos propuestas teóricas que fueron planteadas como alternativa al modelo conductual y que fueron desarrolladas principalmente en la década de los 70 y los 80.

2.1. La duda y las características formales del proceso cognitivo

2.1.1. La teoría de Reed

Exposición de la teoría de Reed

Como parte de su trabajo sobre el trastorno obsesivo, Reed desarrolló una influyente concepción acerca de la duda obsesiva y su relación con la indecisión, que hemos expuesto en la introducción de este capítulo. En este apartado presentaremos los aspectos fundamentales de su teoría sobre el TOC, que pretende dar una explicación global a estas y otras características del funcionamiento de los pacientes. Si bien esta explicación es de carácter netamente cognitivo, posee al menos dos características que la alejan de las teorías cognitivas más importantes en la actualidad (Reed, 1968). La primera es su énfasis en los aspectos formales de la cognición, frente a los contenidos. En su contexto, esto suponía sobre todo un distanciamiento de las explicaciones psicoanalíticas, pero en la actualidad la diferencia de las teorías de la valoración. La segunda es su defensa del uso de datos cualitativos (“fenomenológicos”), con el objetivo doble tanto de generar hipótesis como de servirles de apoyo.

Apelando a estos datos, Reed plantea ya en 1968 (“Some formal qualities of obsessional thinking”) la hipótesis sobre la característica fundamental de la cognición obsesiva, que se mantendrá prácticamente inalterable en sucesivas publicaciones. Según esta hipótesis, “las características formales de la cognición anancástica/obsesiva se relacionan directamente con un defecto funcional en *la organización espontánea y la integración de la experiencia* [en cursivas en el original]. Este se expresa mediante la sobreestructuración del input, y en una sobredefinición desadaptativa de las categorías y los límites”. Posteriormente, Reed (1976) caracteriza su hipótesis como una aproximación “estructural”, que sugiere que los problemas obsesivo-compulsivos se derivan de una característica cognitiva central, pero sin hacer presuposiciones acerca de la adquisición de este déficit primario, a diferencia de las principales teorías competidoras en ese momento (las de Rachman y Beech). De este modo, los problemas de los obsesivos se entienden como consecuencia de los intentos de sobreponerse al déficit imponiendo una estructura exagerada sobre sus experiencias. Aunque Reed pretende explicar de este modo un rango amplio de características del funcionamiento de los obsesivos, incluyendo los rituales, nos limitaremos a exponer brevemente su explicación de la duda y la indecisión.

Según Reed (1976), la dificultad de la toma de decisiones es proporcionalmente inversa al grado de estructura perceptible en la situación.

Las tareas susceptibles de ser resueltas deductivamente supondrán menos problemas que aquellas sin un objetivo claro, con información incompleta o criterios mal definidos y que, por tanto, requieran una aproximación inductiva. La búsqueda infructuosa de información “concluyente” demorará la toma de decisiones. La duda consiste en una falta de convicción personal que es producto de la incapacidad para integrar cognitivamente la decisión, que puede ser tomada por el obsesivo de un modo normal a nivel racional. Esta duda, así como la propia indecisión, refleja “la dificultad para determinar límites y fronteras estructurales, con la consiguiente incapacidad de experimentar seguridad y clausura” (Reed, 1985, p. 221). Expresado de este modo, el aparente dilema entre la primacía de la duda y de la decisión, expuesto con anterioridad, se disuelve en una disputa semántica acerca del alcance de esos términos. Otra cosa es que la falta de definiciones precisas plantee dudas sobre la verdadera capacidad explicativa de la teoría de este autor.

Hay que resaltar que, para Reed, las dificultades emocionales asociadas a los problemas con la toma de decisiones son secundarias a dichos problemas, lo que apoya mediante datos fenomenológicos (Reed, 1968). Por otro lado, y pese a una insinuación en sentido contrario (Reed, 1976, p. 444), mantiene claramente la postura de que el significado personal de la situación no influye en estos problemas, que son independientes del contenido de la decisión y, por tanto, se manifiestan incluso en las situaciones más triviales (Reed, 1985).

Los datos experimentales

Reed llevó a cabo varios experimentos con el objetivo de poner a prueba hipótesis concretas sobre la ejecución en tareas cognitivas de los pacientes obsesivos. Dichas hipótesis se derivaban de la hipótesis central, sin que se pretenda que los déficits observables tienen una conexión causal con la sintomatología. Los participantes en estos estudios eran pacientes con trastorno de personalidad anancástica, lo que plantea obvios problemas de generalización. Un estudio psicométrico acerca de la relación entre personalidad obsesiva y TOC (Reed, 1969a), evidencia que este autor diferencia entre la personalidad anancástica y los síntomas “clásicos” de neurosis obsesiva. Pero también opina que la relación entre ambas es muy estrecha, que difícilmente un paciente obsesivo no padecerá de personalidad anancástica, así como que ambos problemas son manifestaciones de las mismas características cognitivas (Reed, 1985), lo que justificaría esta elección metodológica.

Los dos primeros estudios de este tipo (Reed, 1969b, 1969c) parten de la predicción de que “dada una tarea conceptual o clasificatoria, el anancástico será demasiado específico en su interpretación de la clase dada y, por lo tanto, demasiado estricto a la hora de aceptar los miembros y atributos apropiados para cada clase” (Reed, 1969c, p. 787). Se trata del fenómeno de la “infra-inclusión” que se considerará candidato a característica cognitiva típicamente obsesiva y que será puesta a prueba por otros investigadores, como se verá más adelante. Los datos obtenidos por Reed, en dos tareas diferentes, pusieron de manifiesto que a) los anancásticos cometían más errores por “sobre-definición” que los grupos controles, lo que está de acuerdo con la hipótesis de que ponen límites demasiado estrictos en la definición conceptual (Reed, 1969b) y b) que, en una tarea inductiva consistente en un test de clasificación, estos pacientes utilizan más categorías a la hora de llevarla a cabo, lo que se interpreta como producto de una sobre-clasificación supuestamente compensatoria. Es importante, además, que en esta última tarea, los obsesivos muestran más indecisión en la tarea y más ansiedad y dudas sobre si lo han hecho apropiadamente. Estos fenómenos serían producto de sus problemas para realizar la tarea, debidas a su vez a la dificultad de estos pacientes para estructurar espontáneamente los estímulos.

En otro estudio en el que se comparaba a pacientes anancásticos y controles en dos tipos de tareas numéricas se comprobó la hipótesis de que los primeros aventajaban a los segundos en aritmética, una tarea altamente estructurada, que requiere una aproximación deductiva y un buen nivel de concentración. En cambio, en una tarea relativamente desestructurada e inductiva como la resolución de series numéricas, las dificultades para llevar a cabo una aproximación pragmática e intuitiva, más adecuada a la lógica inductiva, dificulta la experimentación de “clausura” en este tipo de tareas, lo que perjudica el rendimiento de los obsesivos. Sin embargo, estas diferencias desaparecían si se eliminaban los límites temporales de la tarea.

Por último, en una investigación de especial interés acerca de la memoria, (Reed, 1977) explora la posibilidad de que la incapacidad para la integración espontánea de los obsesivos se manifieste en este ámbito, lo que explicaría algunas de sus manifestaciones sintomáticas más llamativas. Este autor plantea que el déficit mencionado llevará a una exploración analítica e intelectual de los datos entrantes, cuando estos sean ambiguos. Partiendo de aquí, se predice que estos pacientes mostrarán una mejor ejecución en tareas de memoria que se vean favorecidas por la concentración y la repetición del material no demandada

por el experimentador, ya que esta será la estrategia seguida para compensar los déficits. La investigación obtiene datos favorables a esta hipótesis, tanto en tareas típicamente memorísticas (recuerdo de dígitos) como en el recuerdo del material empleado en tareas de razonamiento. Por otro lado, Reed propone que las dificultades de integración de los obsesivos privan a sus recuerdos de la cualidad personal característica de la memoria autobiográfica. Este defecto en la “restauración” o “reintegración” (*redintegration*) de los recuerdos podría explicar las dudas acerca de su fiabilidad en los obsesivos, que no parecen deberse a una menor fiabilidad objetiva de los mismos. El único apoyo que Reed proporciona a favor de esta hipótesis es fenomenológico.

Otras investigaciones sobre la formación de categorías

La originalidad de Reed reside en su intento de proporcionar una explicación unificada de distintas características aparentemente dispares del funcionamiento cognitivo de los obsesivos. Sin embargo, no ha sido el único en estudiar estas características, incluyendo la formación de categorías, especialmente relevante para su teoría al estar conectada de forma más clara con su hipótesis (para una revisión ver Tallis, 1995b, p. 26-29). Hamilton (1957), en un estudio amplio sobre personalidad y reacción a la ambigüedad, describió cómo los obsesivos usaban un gran número de pequeñas categorías, y cita como antecedente de esa hipótesis un estudio de Rosenberg del año 1953. Estudios posteriores a los de Reed se han interpretado como apoyo a la hipótesis de la infra-inclusión, a pesar de no tratarse de tareas de formación de categorías. Tallis (1995b) cita un artículo de Turner del año 1983, quien realizó un análisis multidimensional de una tarea de valoración de similitudes semánticas, así como diversos estudios de Makhmour-Norris y colaboradores a principios de los 70 usando la técnica de la rejilla de Kelly. Sin embargo, la relevancia de estos resultados para la hipótesis en cuestión es dudosa. Investigaciones más recientes han puesto directamente a prueba la hipótesis. Persons y Foa (1984) mostraron que los pacientes TOC empleaban más categorías a la hora de clasificar tarjetas referentes a objetos o situaciones, tanto aquellas con estímulos neutrales como las que hacían referencia a preocupaciones relevantes al TOC. Frost, Lahart, Dugas y Sher (1988) repitieron la tarea utilizando sujetos no clínicos, que dividieron en dos grupos según su puntuación en el MOCI, sin hallar evidencias de infra-inclusión. Por último, Jakes (1992, citado en Tallis, 1995b) no halló evidencias de infra-inclusión al comparar la ejecución de pacientes TOC con diferentes subtipos del trastorno, controles clínicos y participantes no clínicos en diversas tareas empleadas anteriormente tanto por Reed como por Persons y Foa.

Críticas a la teoría de Reed

Las aportaciones de Reed han sido objeto de diferentes críticas, algunas de las cuales han ido dirigidas hacia la hipótesis del pensamiento infra-inclusivo. Algunas son de carácter conceptual: por ejemplo, Fransella (1974) pone en duda la validez del constructo “sobreinclusión” en el que Reed se basa, y realiza su propia lectura de los hallazgos de este autor y otros relacionados con el proceso de pensamiento de los obsesivos. Sin embargo, la mayoría se han centrado en poner en duda la especificidad del fenómeno. Tallis (1995b) considera que existe evidencia empírica de que la ansiedad rasgo, así como la tendencia a la preocupación se asocia a la infra-inclusión, y cita como apoyo los estudios de Mikulciner, Kedem y Paz (1990) y de Tallis, Eysenck y Mathews (1991). A partir de estos datos señala que, si bien rasgos típicamente obsesivos como el perfeccionismo podrían favorecer un patrón de respuesta infra-inclusivo, los datos empíricos no permiten afirmar que estos pacientes lo manifiestan en un grado mayor que otros grupos con altos niveles de ansiedad e incluso de disforia.

Jakes (1996), propone una crítica más amplia a la teoría de Reed, en el capítulo que dedica a este autor, y de la que destacamos los siguientes puntos: a) Las dificultades de carácter cognitivo no pueden explicar por sí mismas la sintomatología, sino que deben ir acompañadas por un mecanismo motivacional como la intolerancia a la incertidumbre; b) La perseverancia de las compulsiones y la duda sobre su correcta ejecución siguen sin explicarse adecuadamente, incluso si se incluye el aspecto motivacional; c) La imposibilidad de demostrar el papel causal del déficit cognitivo central mediante el tipo de tareas experimentales usadas por Reed; d) Las graves dificultades de las tareas de laboratorio de Reed para demostrar el carácter causal del déficit cognitivo central; e) La ausencia de una definición clara de personalidad obsesiva y el supuesto de que el TOC se desarrollará exclusivamente en el contexto de tal personalidad; f) La existencia de síntomas obsesivos no relacionados con la duda y la indecisión o en los que no aparecen rituales, por lo que no aparecen las características subrayadas por la explicación de Reed, y g) Las dudas sobre la generalidad del déficit, ya que las dificultades de los pacientes a menudo se producen sólo en un rango restringido de tareas o situaciones. A nuestro juicio, las tres últimas son los problemas más importantes de la teoría. En primer lugar, la sospecha inevitable tras la lectura de los ejemplos del autor de que sus pacientes obsesivos no son representativos de la totalidad de los pacientes con TOC. Y, en segundo, los problemas acerca de la

especificidad y la generalidad comunes a todas las teorías que postulan un único déficit central como explicación a la práctica totalidad de las dificultades presentadas por los pacientes.

2.1.2. *La teoría de Beech*

Otra propuesta crítica con el modelo conductual de Rachman, elaborada en la misma época que la de Reed, fue la elaborada por Beech y sus colaboradores. Se trata de un conjunto de afirmaciones acerca de la naturaleza del TOC difícil de categorizar, que recurre a constructos dispares, procedentes tanto de la teoría del aprendizaje como del bayesianismo, y que después son sometidas a una verificación empírica rigurosa. En la búsqueda de apoyo experimental se sirven de investigaciones psicométricas, observacionales, experimentales y psicofisiológicas, aunque sus resultados son a menudo incompatibles con sus hipótesis. A continuación presentaremos sus principales tesis, antes de revisar la evidencia experimental directamente relacionada con los problemas en la toma de decisiones.

- 1) El estado de ánimo tiene un papel primario “en la cadena causal que culmina en la conducta ritual” (Beech, 1971, p. 419). Este autor defiende que las variaciones en el estado de ánimo son más importantes para el inicio de los rituales que el contacto con estímulos externos asociados a estas conductas, como sugiere el modelo conductual. Además, estos cambios son particularmente frecuentes e intensos en los pacientes obsesivos. Los cambios se explican como efecto tanto de un estado persistentemente elevado de arousal (Beech y Perigault, 1974) como de los problemas con la toma de decisiones (ver más adelante).
- 2) El afecto negativo se caracteriza de forma compleja. Se considera que tristeza, enfado y ansiedad son sus principales componentes, que mantienen una elevada correlación entre sí y que su intensidad es el mejor predictor de la aparición y duración de los rituales (Walker y Beech, 1969). No sólo pierde así la ansiedad su papel preponderante en el trastorno, sino que, de las tres, se considera que es la que se asocia en menor medida a la ejecución de los rituales (Beech, 1971).
- 3) Las obsesiones se consideran explicaciones *post-hoc* con las que el paciente intenta explicar su malestar subjetivo. Según Beech (1971, p. 419): “el paciente que está sujeto a cambios de humor enormes y no buscados intentará explicarlos y, al hacerlo, desarrollará ideas

patológicas (como las que se refieren a una fuente de contaminación) y respuestas patológicas (del tipo que se reflejan en las conductas rituales)”. Según aclaran Beech y Perigault (1974), este desarrollo está conectado a un suceso ambiental singular e importante, que es el que proporciona el marco cognitivo alrededor del cual el obsesivo organizaría sus “anomalías conductuales”, estableciendo una conexión duradera. De este modo, sería el condicionamiento en un único ensayo el mecanismo por el que se produciría este fenómeno, considerándose que los obsesivos son especialmente susceptibles al mismo. Así considerada, esta visión de las obsesiones como epifenómeno de los procesos de condicionamiento, no difiere en exceso de la sostenida por el modelo conductual tradicional del trastorno.

- 4) Algunos rituales no sólo no mejoran el ánimo, sino que incluso lo empeoran. Además, su duración se asocia con el efecto negativo sobre el ánimo, y su interrupción produce un efecto positivo (Walker y Beech, 1969). El efecto paradójico y contraintuitivo de los rituales es lo que se intenta explicar mediante una hipótesis que recurre a los problemas de los obsesivos con la toma de decisiones.
- 5) Esta hipótesis se basa en considerar la perseveración (frente a la interrupción) de los rituales como una decisión que el paciente toma teniendo en cuenta los costes y los beneficios de cada alternativa (Beech y Liddell, 1974). La elección de la persistencia se basa en una aversión al riesgo que sería característica de estos pacientes: se elige llevar a cabo las compulsiones pese a las seguras consecuencias emocionales negativas de esta opción porque se prefiere a las posibles consecuencias catastróficas de interrumpirlo, por baja que sea la probabilidad de su aparición. El deterioro del ánimo se debería, precisamente, a tener que enfrentarse a este dilema cada vez que se decide la repetición del ritual. De este modo, se considera que las peculiaridades del estilo decisional de los obsesivos es responsable, al menos parcialmente, de sus problemas anímicos. Si bien esta propuesta recuerda a la de los neuropsicólogos que, como Cavedini, consideran la sintomatología o-c como producto de una toma de decisiones patológica, en la teoría de Beech esta tiene las características opuestas: no se trata de búsqueda de refuerzo inmediato, sino de evitación de un peligro futuro. A continuación revisamos algunas

investigaciones empíricas que se llevaron a cabo para investigar la naturaleza de los problemas decisionales de estos pacientes.

2.2. Estudios experimentales sobre la toma de decisiones de los pacientes obsesivos

La indecisión ha sido objeto de investigación empírica desde campos muy diversos de la psicología (principalmente clínica, vocacional y organizacional), tanto desde metodologías experimentales como psicométricas. En el contexto de la psicopatología del TOC, las investigaciones experimentales sobre la indecisión han operacionalizado este constructo mediante dos variables dependientes: la demanda de información adicional y el tiempo empleado en el proceso.

2.2.1. Las demandas excesivas de información

El grupo de Beech utilizó de forma preferente la demanda de información, empezando por la tesis de Walker (1967; descrito en Beech y Liddell, 1974). En este trabajo, se comparó la ejecución de pacientes obsesivos con otros pacientes neuróticos y con depresivos con características obsesivas en dos tareas “de juicio” consistentes en discriminar figuras. La hipótesis de que los obsesivos pedirían realizar más observaciones adicionales antes de tomar una decisión se confirmó sólo para la primera versión de la tarea, pero no la segunda. También se halló que el ánimo inicial influía en la demanda de información. Sin embargo, la evidencia sobre el hipotetizado deterioro del ánimo a medida que avanzaba la tarea no resultó concluyente. Por el contrario, Milner, Beech y Walker (1971) sí hallaron evidencias claras a favor de la hipótesis, utilizando una tarea de detección de señales auditivas en una muestra de 14 pacientes deprimidos. Los pacientes que, además, tenían síntomas obsesivos pedían más repeticiones de los ensayos en la condición en la que esto se permitía. En cambio, la tesis de Liddell (1974; descrita en Beech y Liddell, 1974) volvió a encontrar resultados contradictorios: sólo en dos de las cuatro tareas de discriminación que emplearon, los pacientes obsesivos mostraron una tendencia a pedir más repeticiones de los ítems que los grupos de comparación (“neuróticos mixtos” y normales).

Dentro de la misma línea de investigación, el estudio de Volans (1976) sustituyó las tareas de discriminación perceptiva por una de “inferencia probabilística”. Se trata de la conocida tarea en la que varias jarras se llenan de cuentas de dos colores en proporciones diversas (habitualmente 85-15), y los

pacientes las extraen para decidir de qué tipo de jarra proceden, o bien de estimar la probabilidad de que venga de una o de otra. Los obsesivos sacaron en este experimento 8,86 cuentas de media antes de tomar una decisión, frente a 5,28 de los pacientes fóbicos y 4,8 de los normales. Estas diferencias no fueron significativas debido al pequeño tamaño de la muestra, aunque pasaron a serlo (entre obsesivos y fóbicos) una vez controlado el efecto del neuroticismo, a lo que se le dio una interpretación *ad hoc*. Por el contrario, en la versión de la tarea en la que se pedía una estimación de probabilidad (frente a una simple respuesta dicotómica), los grupos clínicos no se diferenciaban ni en la información demandada ni en la desviación del modelo normativo (bayesiano) de razonamiento.

Posteriormente, este paradigma experimental ha sido usado más frecuentemente en la investigación de los delirios (Garety, Hemsley y Wessely, 1991; White y Mansell, 2009), habiéndose propuesto que su desarrollo podría estar relacionado con la tendencia a alcanzar conclusiones rápidamente y a partir de poca información (*jumping to conclusions*). Sin embargo, algunos estudios posteriores han incluido pacientes obsesivos. Fear y Healy (1997) compararon la ejecución de pacientes obsesivos y delirantes, hallando que los primeros hacían un mayor número de extracciones antes de tomar una decisión y que su modo de razonamiento se desviaba de la norma, al contrario que el de los segundos. Más recientemente, Jacobsen, Freeman y Salkovskis (2012) compararon a pacientes obsesivos con delirantes y con controles normales, hallando que los obsesivos no demandaban más información que los normales, aunque sí menos que los delirantes. Además, los obsesivos “convencidos”, es decir, aquellos con un mayor grado de creencia en las consecuencias negativas de no ritualizar, no se parecían más a los delirantes que los menos convencidos.

2.2.2. *La importancia de la importancia*

A excepción de este último experimento, que tuvo en cuenta esa variable, el resto de los descritos se llevaron a cabo utilizando exclusivamente material neutro. Foa *et al.* (2003) abordaron directamente la posibilidad de que las dificultades con la toma de decisiones sea un producto del malestar producido por la necesidad de llevarla a cabo. Estos autores pusieron a prueba la hipótesis de que los pacientes con TOC diferirían de los normales únicamente en situaciones en las que percibieran un mayor malestar, lo que se observaría en una demanda mayor de información y una mayor demora en la toma de decisiones. Con este objetivo, se pidió a pacientes obsesivos y controles que eligieran entre dos alternativas en una serie de escenarios hipotéticos que, por

su descripción y consecuencias de la elección, se clasificaron como neutros, de alto riesgo y relevantes al TOC. Los resultados mostraron que los pacientes obsesivos sólo demandaban más información que los controles en los escenarios neutros y los TOC-relevantes, pero no en los de alto riesgo, cuando se controló el efecto de la depresión y el estado de ansiedad. Estos resultados se interpretaron como consistentes con la hipótesis inicial, que será comentada con más profundidad más adelante. En el presente contexto nos limitaremos a la consideración de que los resultados no contradicen los presentados hasta el momento pero indican la importancia de tener en cuenta las variables motivacionales.

Sin embargo, la consideración de que las consecuencias de las decisiones debía influir de algún modo en los procesos decisionales ya estaba presente en los trabajos del grupo de Beech, incluyendo el ya descrito estudio pionero de Walker. Esta consideración se basa en la observación, tenida por obvia por muchos estudiosos (p.ej., Beech y Liddell, 1974) de que la indecisión no se manifiesta en todas las esferas de la vida, por lo que no puede ser producto de un proceso cognitivo independiente de influencias motivacionales. Reed es, posiblemente, el único investigador importante que argumenta en contra de esta postura (Reed, 1985, pp. 174-175). Su argumento se centra en la existencia de manifestaciones de duda e indecisión acerca de asuntos claramente triviales. Sin embargo, no aporta datos empíricos basados en la manipulación del contenido o las consecuencias de las decisiones.

El estudio de Foa *et al.* (2003) no fue el primero en investigar empíricamente las influencias motivacionales. Así, por ejemplo, al tener en cuenta la influencia del neuroticismo, Volans (1976) concluye que el “miedo a equivocarse” no puede ser la explicación de la mayor demanda de información de los obsesivos. Sin embargo, la primera exposición clara de una manipulación directa de las consecuencias de las decisiones aparece en Fear y Healy (1997), quienes llegan a la conclusión opuesta de que los obsesivos “razonan normalmente” en una situación de riesgo percibido bajo. Volviendo a la manipulación de estímulos, Jacobsen *et al.* (2012) encuentran que el uso de material emocionalmente relevante no cambia los resultados de sus tareas, si bien en su revisión de estudios anteriores apuntan a que el uso de tal tipo de material reduce la recogida de información en diversos grupos clínicos y no clínicos. En conclusión, si bien existe un acuerdo teórico amplio en que es necesario tener en cuenta los factores motivacionales, las escasas evidencias empíricas no aclaran sus efectos de forma satisfactoria.

2.2.3. *El tiempo como variable dependiente*

El tiempo empleado en las tareas de toma de decisiones ha sido usado como medida e interpretado como indicador de indecisión en investigaciones con pacientes obsesivos, incluyendo varias de las ya mencionadas. En la tesis de Liddell (en Beech y Liddell, 1974), los obsesivos fueron más lentos en la ejecución de las tareas de comparación que los demás grupos. Este resultado no podía atribuirse a una lentitud generalizada, debido al rendimiento normal en tareas de velocidad de procesamiento, y se atribuyó “en gran medida” al aumento del número de repeticiones requeridas. De forma similar, Fear y Healy (1997) hallaron que los obsesivos tardaban más en tomar una decisión que otros grupos, interpretándolo como un posible resultado de las rumiaciones características de estos pacientes. Los estudios de clasificación llevados a cabo por Persons y Foa (1984), así como su replicación en subclínicos por Frost *et al.* (1988) encontraron resultados semejantes. Sin embargo, la influencia de la relevancia emocional del material sobre esta variable difería en función del tipo de participantes.

La mayor lentitud de los obsesivos no se ha encontrado únicamente en tareas de toma de decisiones. Foulds (1951; citado en Tallis, 1995a), ya encontró que estos pacientes tardaban más en completar una tarea de laberintos (la *Porteus Maze Task*) que otros grupos clínicos, incluyendo pacientes ansiosos (aunque no más que los depresivos). También la rapidez en la ejecución de tareas como la WCST parece estar afectada por la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos, y en especial por la comprobación (Goodwin y Sher, 1992). Por el contrario, Franklin, McNally y Riemann (2009) no hallan diferencias de rapidez en una tarea consistente en resolver dilemas morales entre obsesivos y controles. Globalmente, estos hallazgos sugieren que los problemas en el proceso de toma de decisiones de los obsesivos se asociarían a una mayor lentitud en este proceso, lo que no parece especialmente sorprendente. Aunque esto no se deba (como parece probable) a un enlentecimiento cognitivo general, tampoco queda en absoluto claro que sea una consecuencia de problemas primarios en la toma de decisiones, ni un fenómeno específico de este tipo de tareas ni, mucho menos, particularmente característico de la patología obsesiva.

2.2.4. *Limitaciones y críticas a la teoría de Beech*

Las limitaciones de estos estudios son similares a las ya señaladas como más importantes en el caso de los inspirados por la teoría de Reed. Sin profundizar en los aspectos metodológicos, las investigaciones existentes dejan muchas

dudas acerca de la especificidad y generalidad de estas manifestaciones de la indecisión. En el caso de las demandas excesivas de información, un estudio de Tallis *et al.* (1991) demostró su asociación a la preocupación, lo que llevó a estos autores a proponer que la indecisión resultante podría contribuir al síntoma al interferir con la solución de problemas. Los resultados de algunas investigaciones psicométricas, que resumiremos más adelante, corroboran la estrecha relación entre indecisión y *worry*. En cuanto a la demora en la toma de decisiones, así como el enlentecimiento en un rango más amplio de tareas cognitivas, es conocido que la sintomatología depresiva (asociada frecuentemente al TOC) tiene precisamente este efecto (Tallis, 1995b, p. 29). En ausencia de una mayor cantidad de estudios en los que esta variable se controle adecuadamente, no es posible descartar que el ánimo sea responsable, al menos parcialmente, de la lentitud observada en los pacientes obsesivos. Pero, lo que es más importante, teniendo en cuenta que la indecisión es, como ya se ha observado, un reconocido síntoma de la depresión (APA, 2000), parece difícil sostener que esta (o, al menos, sus manifestaciones más observables como la demora) tenga una relación específica con la sintomatología obsesiva.

El problema de la generalidad se ha tratado ya, al mencionar las posturas divergentes acerca de si la indecisión se produce únicamente ante situaciones personalmente relevantes (por sus potenciales consecuencias negativas), o es un rasgo general del funcionamiento de los obsesivos. Aunque esta última opción no se ha demostrado falsa, parece poco plausible teniendo en cuenta las dificultades de hallar un déficit cognitivo general en el TOC y utilizarlo para explicar la sintomatología. Optar por la especificidad de la indecisión supone tratar este fenómeno como consecuencia de otros procesos asociados al TOC. Estas propuestas, que asocian la duda y la indecisión obsesiva a aspectos como la importancia atribuida a las decisiones, la valoración de sus riesgos o el perfeccionismo, serán objeto de atención más adelante (capítulo 4, apartado 4). La heterogeneidad del TOC también debería ser tomada en cuenta, ya que es posible que algunos tipos de síntomas (como la comprobación o la acumulación) se asocien en mayor medida a la indecisión.

Las propuestas de Beech fueron duramente criticadas por Rachman y Hodgson (1980), en un capítulo que dedican a evaluar su teoría. Estos autores valoran positivamente las aportaciones referidas al estado de ánimo, aunque no se muestren de acuerdo en todos sus extremos, ya que han servido para resaltar su complejidad y corregir el excesivo énfasis en el papel de disminución de la ansiedad en los rituales. Sin embargo, en lo referido a la indecisión, señalan las

limitaciones metodológicas de los experimentos, y presentan sus resultados resaltando sus inconsistencias, cuando no su franca contradicción con las hipótesis. Recurren a esta lectura y a sus propias investigaciones psicométricas para poner en duda, no la existencia de la indecisión obsesiva, sino su carácter primario, tal y como es defendido por Beech. La presencia de estas críticas en este influyente trabajo probablemente contribuyó a desterrar de los principales modelos psicológicos la propuesta de que la indecisión tiene un papel causal primario en el TOC y, por tanto, la práctica desaparición de los estudios experimentales al respecto.

2.3. Conclusiones

Tallis (1995b), tituló reveladoramente una revisión sobre la psicopatología cognitiva del TOC de la siguiente manera: “Las características del pensamiento obsesivo: ¿dificultad para demostrar lo obvio?”. Para este autor, existe un “estilo obsesivo de pensamiento”, caracterizado por la atención al detalle, la dificultad para tomar decisiones y la duda. Así, divide los tipos de investigaciones relevantes al respecto en los relacionados con la formación de categorías, con la toma de decisiones y con la memoria, todos ellos relacionados de forma directa con la duda obsesiva. Si hemos tratado en esta sección de los dos primeros es porque sólo la memoria es todavía un campo de investigación claramente activo dentro de la psicopatología experimental. Dejando de lado esa excepción, ¿cuáles son las causas del declive de las investigaciones experimentales relacionadas directamente con la toma de decisiones y la experiencia de la duda? Por un lado, la búsqueda de grupos clínicos más homogéneos ha llevado al estudio de la heterogeneidad del TOC y al énfasis en la distinción entre TOC y TOCP. En nuestra opinión, este proceso ha conducido a que formulaciones tan generales como “características cognitivas obsesivas” hayan caído en desuso. Pero la existencia de dichas características generales y su relación con la personalidad obsesiva era un supuesto básico de muchas investigaciones, como ya se ha mencionado para el caso de Reed. Por otro lado, mientras la psicopatología cognitiva se ha decantado, en gran medida, por las teorías de la valoración, los estudios sobre la afectación de las funciones psicológicas básicas en las diferentes psicopatologías se llevan ahora a cabo desde una perspectiva fundamentalmente neuropsicológica.

Este declive de las investigaciones experimentales sobre la duda patológica no significa la pérdida completa de interés por el fenómeno, que se ha estudiado

desde otras metodologías, fundamentalmente la psicométrica, a la que dedicaremos el próximo apartado.

3. EL ESTUDIO PSICOMÉTRICO DE LA DUDA OBSESIVA

3.1. La duda e indecisión en los instrumentos de evaluación de síntomas obsesivo-compulsivos

La investigación más reciente en psicopatología ha seguido de forma mayoritaria una metodología correlacional y fundamentada en el uso de cuestionarios. El auge de la psicología cognitiva, que ha devuelto legitimidad a la introspección, ha contribuido a ello. Buena parte de la investigación en el ámbito de la psicopatología del TOC ha estado dirigida a la exploración de la estructura de los síntomas o-c. También han abundado los estudios guiados por teorías, fundamentalmente las cognitivas. Dado que ni los fenómenos de duda entendidos como una característica cognitiva general ni la indecisión se reconocen como síntomas, ni han vuelto a formar parte hasta muy recientemente de las principales aproximaciones teóricas sobre el trastorno, se entiende su escasa presencia entre los intereses de los investigadores. Sin embargo, es posible encontrarla en algunas investigaciones psicométricas. Empezaremos rastreando, en esta sección, su presencia en instrumentos de evaluación de carácter general. Seguiremos por el estudio psicométrico de la indecisión obsesiva, centrándonos en la literatura generada por la Indecisiveness Scale. La revisión culminará con los instrumentos que han supuesto la vuelta de estos fenómenos a la aproximación cognitivo conductual al TOC, centrados en la medida de las experiencias *not just right* y la sensación de inacabado.

3.1.1. Primeras investigaciones

Liddell (1974, tesis doctoral) llevó a cabo uno de los primeros intentos de utilizar esta metodología para poner a prueba la relación entre el TOC y la indecisión. Utilizó para ello la Self-rating Obsessional Scale (Sandler y Hazari, 1960), instrumento que incluye dos subescalas: una de rasgos obsesivos y otra de síntomas o-c. Al comparar tres muestras diferentes (controles sin patología, “neuróticos mixtos” y pacientes obsesivos), halló que estos últimos se quejaban con una frecuencia significativamente mayor de tener problemas con la toma de decisiones que los otros dos grupos, problemas que eran evaluados mediante los cuatro ítems del cuestionario dedicados a explorar este aspecto.

Otro cuestionario clásico que incluye ítems relacionados con la duda obsesiva es el Leyton Obsessional Inventory (LOI; Cooper, 1970). Este consiste en un procedimiento de clasificación de tarjetas por el que se obtienen respuestas dicotómicas a 69 preguntas, generadas a partir de una lista de síntomas y rasgos obsesivos. Entre los 9 grupos de preguntas acerca de síntomas hay uno que se llama “Meticulosidad excesiva y falta de satisfacción” [“Overconscientiousness and lack of satisfaction”], y entre los 9 grupos de preguntas sobre rasgos se incluye la indecisión. Del análisis factorial realizado sobre el cuestionario en población normal (Cooper y Kelleher, 1973) se extrajeron 4 componentes. Uno de ellos fue bautizado como “incompleteness” y su contenido se solapa en gran medida con la dimensión de duda del MOCI, cuestionario que pasamos a describir.

3.1.2. Dos instrumentos clásicos: el MOCI y el inventario de Padua

El Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI; Hodgson y Rachman, 1977) incluye 30 preguntas con respuesta dicotómica que exploran la existencia de síntomas obsesivo-compulsivos y que no incluyen características de personalidad. Dos de los ítems incluidos hacen referencia explícita a la duda y la sensación de que algo no está bien: el 10 (“A menudo, las cosas que hago cotidianamente me plantean serias dudas”) y el 30 (“Incluso cuando hago algo con mucho cuidado, a menudo siento que no está del todo bien”). Estos ítems forman parte de un factor que denominan “Duda-Meticulosidad”, cuyo componente de duda obsesiva es definido así por los autores (Rachman y Hodgson, 1980): “Una persona que sufre de este problema a menudo siente que una tarea no se ha completado correctamente incluso cuando se ha realizado con mucho cuidado. La persona tiene a menudo serias dudas acerca de sucesos cotidianos. Él o ella se retrasa con el trabajo porque repite cosas una y otra vez o presta demasiada atención al detalle”. De la descripción de la duda obsesiva que realizan estos autores cabe destacar, por un lado, su énfasis en la vertiente conductual (frente al interés por el tono subjetivo de la experiencia que caracteriza constructos como el de “experiencias *not just right*”) y, por otro, su asociación con el perfeccionismo y la meticulosidad. Desgraciadamente la información acerca de la investigación realizada con este cuestionario no permite llegar a conclusiones acerca de la prevalencia o correlatos de este tipo de dificultades en los pacientes obsesivos.

El Inventario de Padua (PI; Sanavio, 1988) consta de 60 ítems que describen “comportamientos obsesivos y compulsivos habituales”. El ítem número 26 describe la tendencia a la indecisión: “Me resulta difícil tomar decisiones, incluso

sobre temas poco importantes”. El ítem se encuadra en un factor denominado “Disminución del control de las habilidades mentales”, que incluye la tendencia a experimentar dudas y las dificultades para dejar de rumiar y preocuparse incluso por asuntos sin importancia. Según el propio autor se parece a las escalas de “duda” y “rumiación” del MOCI y a los “sentimientos de inacabado” del LOI. De este modo, este autor se centra en el componente cognitivo de la duda destacando la repetición incontrolable como su principal característica. En la versión revisada del inventario (PI-R) compuesta por 41 ítems (van Oppen, Hoekstra y Emmelkamp, 1995), se mantiene el ítem dedicado a la indecisión, dentro de un factor de contenido prácticamente idéntico al descrito para la primera edición, que los autores bautizan con el nombre de “Rumiación”. La asociación de la indecisión con la tendencia a la duda y la rumiación se manifiesta a través de la elevada carga factorial de este ítem en dicho factor. Este resultado se reproduce en tres tipos de muestras diferentes (pacientes obsesivo-compulsivos, ansiosos y controles no clínicos) por lo que no parece un fenómeno exclusivo del TOC.

3.1.3. Dos instrumentos contemporáneos: Y-BOCS y VOCl

La Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman *et al.*, 1989) es el instrumento más utilizado para medir la gravedad del TOC, objetivo para el que se utilizan 10 ítems que valoran la intensidad de obsesiones y compulsiones. La escala incluye 6 ítems adicionales, que no cuentan para la puntuación total por no estar claro que midan síntomas nucleares del trastorno. Entre estos, el ítem 13 mide indecisión y el 16 duda patológica. Por desgracia, los estudios realizados con esta escala no han tenido en cuenta, por lo general, los ítems adicionales y, de hecho, la segunda versión de la escala (Y-BOCS-II; Storch *et al.*, 2010) ha prescindido de los mismos.

Por el contrario, la versión del Y-BOCS para niños (CY-BOCS; Scahill *et al.*, 1997) ha mantenido estos ítems. Mataix-Cols, Nakatani, Micali y Heyman (2008) realizaron un análisis de componentes principales sobre la escala que dio lugar a cuatro factores: acumulación/comprobación; obsesiones; contaminación/lavado y simetría/orden. Posteriormente, pusieron a prueba la asociación entre los ítems de investigación y las puntuaciones en las cuatro dimensiones, controlando la gravedad total, mediante un análisis de regresión múltiple. Estos análisis hallaron una asociación entre el ítem de duda patológica y las dimensiones de acumulación/comprobación y obsesiones, mientras que la indecisión sólo se relacionaba significativamente con la dimensión de acumulación/comprobación.

Por su parte, el Vancouver Obsessive-Compulsive Inventory (VOCI; Thordarson *et al.*, 2004) se desarrolló como una revisión del MOCI que superara sus limitaciones. En comparación con este, el VOCI incluye un rango mayor de obsesiones, compulsiones y conductas de evitación, y también características de personalidad de importancia conocida o teórica en el TOC.

El VOCI está compuesto por seis escalas: Contaminación, Duda, Obsesiones, Acumulación, *Just Right*, e Indecisión. El contenido final de las mismas ha sido determinado empíricamente, por lo que algunos de sus ítems no corresponden totalmente a su descripción. La escala de Indecisión está compuesta únicamente por seis ítems, de los cuales cuatro describen dificultades generalizadas en la toma de decisiones, mientras que los otros dos no están relacionados conceptualmente con la indecisión. La escala de *Just Right*, por su parte, contiene ítems mayoritariamente relacionados con la necesidad de ser perfecto, prestar mucha atención a los detalles y seguir rutinas, lo que para los autores estaría relacionado con una dimensión sintomática caracterizada por las compulsiones de repetir, contar y ordenar. Ecker y Leonhart (2010), en su descripción crítica del contenido de esta escala, distinguen entre dos tipos de ítems: a) los que se refieren directamente a la necesidad de hacer las cosas perfectamente pero dejan sin especificar el contenido de la compulsión, esto es, los que describen la motivación para llevar a cabo la compulsión; y b) los que miden diferentes compulsiones que se consideran estrechamente asociadas a los sentimientos de inacabado. Para estos autores, la escala adolece de claridad conceptual y los contenidos de sus ítems son poco específicos. Es posible que estos problemas con los contenidos sean responsables de la dudosa validez factorial que el VOCI ha mostrado en su adaptación española. Arjona, Ávila, Gavino y Romero (2009), en un estudio de validación con muestra no clínica, hallaron que, de los 12 ítems de la escala *Just Right*, un número muy elevado de ellos no alcanzaban un peso factorial que justificara su pertenencia a dicha escala (diez en una muestra de estudiantes y ocho en una muestra de población general).

Aunque la heterogeneidad del contenido de las escalas dificulta la interpretación de los resultados, los estudios de validación convergente del VOCI son una valiosa fuente de datos empíricos acerca de la relación entre indecisión y experiencias *Not Just Right* y síntomas obsesivo-compulsivos. En la validación original (Thordarson *et al.*, 2004), para una muestra de pacientes TOC, la escala de *Just Right* mantenía correlaciones elevadas con las escalas de comprobación del MOCI y la versión revisada del PI, así como correlaciones

moderadas con la escala de Vestirse/Arreglarse del PI, y las de Duda/Meticulosidad y Lentitud del MOCI. Por su parte, la escala de Indecisión mantenía correlaciones moderadas con ambas escalas de Comprobación, así como con la escala de Pensamientos de daño del PI y la de Duda/Meticulosidad del MOCI. El patrón de resultados para la muestra no clínica era similar, aunque se obtenían, por lo general, correlaciones más elevadas, especialmente para la escala de indecisión.

En la validación española de Arjona *et al.* (2009), la escala de *Just Right* correlacionaba de forma moderada con todas las escalas del PI, con excepción de la de Impulsos (que era leve aunque significativa). Para la escala de Indecisión la correlación con la escala de Duda era la más elevada (especialmente para la muestra de estudiantes, $r = ,68$), seguida por las de Comprobación y Contaminación. La validación italiana de Chiorri, Melli y Smurra (2011), con una muestra no clínica y con la versión original del PI como instrumento de validación convergente, halló resultados similares. La escala de *Just Right* mantenía correlaciones significativas con todas las del PI, a excepción de la de Temor a la contaminación, siendo las más elevadas las de Comprobación y Control disminuido de las actividades mentales. Estos fueron también los resultados hallados para la escala de indecisión. Parece, por tanto, que ambas escalas muestran un patrón de correlaciones similar, asociándose preferentemente a las compulsiones de comprobación y las obsesiones de duda.

Por otro lado, los análisis encaminados a demostrar la validez divergente del VOI, señalan claramente la escasa especificidad de estas escalas, especialmente en el caso de la indecisión. En el estudio de Thordarson *et al.* (2004), los participantes con un diagnóstico de TOC obtuvieron puntuaciones en la escala de Indecisión significativamente mayores que los controles normales, pero no que los controles con diagnóstico de ansiedad/depresión. Las correlaciones obtenidas para esta muestra con escalas de síntomas ansiosos y depresivos mostraban también esta falta de especificidad de la escala. Las magnitudes halladas para el BDI ($r = ,54$), el BAI ($r = ,48$) y el PSWQ ($r = ,44$) eran mayores similares a las obtenidas con la mayoría de escalas del PI y el MOCI. En el mismo estudio, para la muestra de estudiantes, también se obtenía una escasa especificidad de la escala de Indecisión, aunque en este caso era sobre todo debido a la alta correlación que esta mantenía con el PSWQ ($r = 0,68$), mayor que la obtenida para el BDI ($r = ,44$). Es de destacar que también la escala *Just Right* mantenía una elevada correlación con el PSWQ ($r = ,54$).

Arjona *et al.* (2009) hallan resultados similares, pudiendo destacarse de entre ellos que las correlaciones de ambas escalas con el PSWQ son especialmente elevadas en el caso de la muestra de estudiantes. Para el resto de la muestra control, las correlaciones con el BDI y el PSWQ tienen magnitudes semejantes. El estudio de Chiorri *et al.* (2011) coincide en hallar una especificidad aceptable para la escala de *Just Right*, pero muy dudosa para la de Indecisión. De nuevo, la relación de esta escala con el PSWQ es de magnitud similar a la obtenida para la mayoría de escalas del PI.

Estos datos subrayan las dudas ya manifestadas por Thordarson *et al.* (2004) sobre si esta medida de indecisión captura realmente la indecisión paralizante típica de algunos pacientes obsesivos por encima de la asociada con los sentimientos depresivos y otros síntomas de tipo neurótico. Estas dudas son también las que llevan a Ecker y Leonhart (2010) a eliminar esta escala de su estudio con el VOICI. Sin embargo, la escasa especificidad de la indecisión no significa necesariamente que este constructo, al menos tal y como es medido por el VOICI, no sea una característica nuclear del TOC.

En el estudio de Chiorri *et al.* (2011) se somete a contraste empírico esta hipótesis. Estos autores ponen a prueba varios modelos de ecuaciones estructurales con el objetivo de explorar la relación que las subescalas mantienen entre sí y con un hipotético factor superior o único de TOC. El modelo que mejor explica los datos es el que propone que los factores correspondientes a las subescalas no sólo están relacionados entre sí sino que son facetas de un factor de orden superior (correspondiente a la sintomatología obsesiva en general). Pese a las dudas sobre estas escalas, las cargas factoriales de los factores de primer orden (subescalas) en ese factor de orden superior más altas se producían precisamente para la escala de Just-Right (.89) e Indecisión (.82), oscilando el resto de los factores entre ,67 (Acumulación) y ,78 (Obsesiones). Estos resultados refuerzan la idea de que a pesar de la escasa especificidad de estos constructos (especialmente el de indecisión), tanto para el TOC en sí como para sus dimensiones de síntomas, la duda patológica y sus manifestaciones conductuales son una parte esencial de la patología obsesiva.

3.2. La escala de indecisión de Frost

El adecuado estudio psicométrico de la duda obsesiva o, más bien, de manifestaciones concretas o aspectos parciales de este fenómeno, ha ido ligado al desarrollo de instrumentos de evaluación específicos. El primero de los influyentes en ser desarrollado fue la Indecisiveness Scale (IS), desarrollada por

Frost y sus colaboradores (Frost y Shows, 1993) para estudiar lo que denominan indecisión compulsiva. Ya el nombre de este primer estudio deja claro que el interés de estos autores por el estudio de la indecisión surge del supuesto papel central que esta tiene en la psicopatología obsesiva (y, muy especialmente, en la acumulación). De ahí nuestra elección de este instrumento frente a otros, también dedicados a la indecisión, y con una literatura empírica más amplia, pero más ligados a otros ámbitos de investigación, principalmente a la psicología vocacional. Frost y Shows señalan que todo el trabajo sobre indecisión y TOC ha sido teórico o descriptivo, con la excepción de los de Beech y Reed. Sin embargo, consideran que estos trabajos empíricos no han examinado la naturaleza del constructo ni lo han medido rigurosamente, habiendo utilizado instrumentos de medida sin validar.

3.2.1. Contenido y validación de la IS

La IS¹ se creó con el objetivo de disponer de una medida válida de la indecisión, entendida como una tendencia general y no como la dificultad para tomar una decisión específica en una situación concreta. De ahí la elección del término *indecisiveness* y no *indecision* en el original, que permite una distinción intraducible. Esta escala incluye 15 ítems que miden los problemas para tomar decisiones en diversos ámbitos de la vida. Estos problemas se pueden manifestar conductualmente (por ejemplo, como evitación de la toma de decisiones) o mediante las emociones negativas asociadas a las situaciones que requieren decidir. La mayoría de los ítems de la escala no hacen referencia a situaciones concretas. Sin embargo, cuatro miden la tendencia a la indecisión en ámbitos específicos (comida, tiempo libre y tareas académicas), por lo que Rassin, Muris, Franken, Smit y Wong (2007) consideran, alegando razones teóricas y empíricas, que no miden indecisión-rasgo.

Por otro lado, la escala incluye algunos ítems formulados en positivo que miden, por tanto, la tendencia a tomar decisiones con facilidad, confianza o rapidez. También a la distinción entre los dos tipos de ítems (positivos y negativos) se le ha dotado de significación a nivel de constructo basándose en los resultados de análisis factoriales que sugieren la existencia de dos tipos de indecisión, que a su vez contrastan en el tipo de relación empírica que

¹ Una descripción más completa de la escala, incluyendo sus propiedades psicométricas y soluciones factoriales propuestas, se hallará en el marco empírico (apartado Instrumentos del estudio 1), por lo que nos limitaremos de momento a una breve caracterización de sus contenidos y los estudios iniciales de validación.

mantienen con diferentes medidas de psicopatología (Kyrios, Frost y Steketee, 2004).

La validación de la IS como medida de la indecisión general ha tenido que recurrir a tareas y cuestionarios elaborados *ad hoc*, precisamente por no existir medidas alternativas validadas. Frost y Shows (1993) utilizaron la IS para dividir una muestra compuesta por 112 estudiantes universitarias (exclusivamente mujeres) en altas y bajas en indecisión, formadas por aquellas que puntuaron en los cuartiles superior e inferior, respectivamente. Hallaron que las participantes más indecisas mostraban, a través de un instrumento de autoinforme: a) mayor número de síntomas psicológicos (aunque no más intensidad de los mismos); b) mayor tendencia a la procrastinación y mayores problemas provocados por esta tendencia, y c) más problemas para tomar decisiones de todo tipo e interferencia provocado por los mismos. Estos mismos autores diseñaron una tarea experimental de toma de decisiones con estímulos neutros, en los que las participantes indecisas mostraron: a) mayor latencia en la toma de decisiones, y b) más problemas autoinformados para tomarlas.

Rassin y Muris (2005a) hallaron una asociación entre la puntuación en la IS y el número de veces que los participantes elegían la opción de respuesta “no sé” en una escala de actitudes sociales construida *ad hoc* para. Estos mismos autores (Rassin *et al.*, 2007), relacionaron la puntuación en su versión reducida de la IS con la ejecución en dos tareas de toma de decisiones diseñadas por Ladouceur, Talbot y Dugas (1997). Estas tareas se utilizan para obtener un índice de la cantidad de información requerida antes de tomar una decisión. La IS se asociaba con la cantidad de información requerida para tomar una decisión en ambas tareas, incluso cuando se controlaba la influencia de la edad y la intolerancia a la incertidumbre.

3.2.2. Relación con la sintomatología obsesivo-compulsiva

Diversos estudios han investigado la asociación entre la indecisión, medida a través de la IS, y la presencia de síntomas característicos del TOC. La mayoría de estos han empleado una metodología correlacional. Debido al especial interés que muchos investigadores de la acumulación (empezando por el propio Frost) han mostrado por la indecisión y la abundancia de datos al respecto, dedicaremos una sección posterior a este asunto. Esta separación, sin que suponga una toma de postura respecto a la relación de este síntoma con el TOC, se realiza porque la amplia proporción de estudios dedicados a la acumulación no se corresponde con el grado de interés que estos tienen para nuestro propósito presente.

Dejando de lado los llevados a cabo con acumuladores, hasta la fecha sólo dos estudios han utilizado la IS con pacientes diagnosticados de TOC. En el estudio de Steketee, Frost y Kyrios (2003) completaron la IS 95 acumuladores compulsivos, 21 pacientes con TOC (no acumuladores) y 40 controles no clínicos procedentes de la comunidad. Al comparar las puntuaciones medias en la escala, se hallaron diferencias significativas entre las puntuaciones de los acumuladores ($M = 50,12$) y las de los pacientes con TOC ($M = 40,62$) y los controles ($M = 35,53$). La diferencia entre estas dos últimas puntuaciones no alcanzaba la significación estadística. Bannon, Gonsalvez y Croft (2008) llevaron a cabo un estudio neuropsicológico con el objetivo de detectar posibles errores en el procesamiento de la información asociados al diagnóstico de TOC. Para ello, compararon la ejecución en tareas neuropsicológicas de cuatro grupos de participantes, que también completaron la IS: pacientes con TOC activo, pacientes con historia de TOC que había remitido, pacientes con trastorno de pánico y participantes no clínicos. Los participantes con TOC activo puntuaban más alto que los sujetos no clínicos, pero no que los TOC remitidos ni los pacientes con pánico. También se halló que las diferencias que se producían entre los pacientes con TOC y el resto de sujetos en los procesos neuropsicológicos de inhibición y facilitación no estaban relacionadas con las puntuaciones en indecisión o perfeccionismo.

Otro grupo de investigaciones ha explorado la relación entre las puntuaciones en la IS y en medidas de sintomatología TOC, empleando exclusivamente muestras de estudiantes universitarios. El estudio original de Frost y Shows (1993) correlacionó las puntuaciones de la IS con dos instrumentos de evaluación de sintomatología obsesivo-compulsiva. Para el MOCI se obtuvieron correlaciones significativas con las escalas de comprobación y duda, pero no para lavado, lentitud, ni para la puntuación total. También se utilizó una escala que valora la interferencia de diversos síntomas compulsivos (*Compulsive Activity Checklist – Revised*, CAC-R), cuya escala de comprobación correlacionó significativamente con la IS, pero no la de lavado ni la puntuación total.

En un estudio similar, Gayton, Clavin, Clarin y Broida (1994), encontraron un resultado idéntico al correlacionar la IS con el MOCI, ya que únicamente alcanzaban el nivel deseado de significación estadística las asociaciones con las escalas de duda y de comprobación. Rassin y Muris (2005a), utilizando otra muestra de universitarios, correlacionaron las puntuaciones de la IS con las obtenidas en la versión corta del PI. Hallaron una correlación significativa con

la puntuación total ($r = ,40$) y con todas las escalas excepto la de lavado. El hallazgo de una correlación moderada y significativa con la puntuación en el PI fue replicado (Rassin *et al.*, 2007) utilizando una versión reducida de la IS.

3.3.3. Relación con la acumulación

La investigación empírica de la relación de la indecisión, medida mediante la IS, con los síntomas de acumulación fue iniciada, como ya se ha comentado, por el grupo de Frost (Frost y Gross, 1993; Frost y Shows, 1993), empleando la estrategia correlacional en población normal. En el estudio de Frost y Gross (1993), una versión experimental de 24 ítems de la IS correlacionó de forma elevada ($r = ,60$; $p < ,001$) con una escala de acumulación (*Hoarding Scale*); los resultados del segundo estudio, ya con la versión definitiva de la IS, fueron muy similares. El mismo método, también con muestra universitaria, fue el utilizado por Hayward y Coles (2008). En este estudio la IS mantuvo correlaciones significativas al ,01 con una medida de acumulación (*Saving Inventory – Revised*, SI-R; $r = ,49$), con una de TOC (*Obsessive Compulsive Inventory*, OCI, excluyendo la escala de acumulación; $r = ,37$) y otra de adquisición compulsiva (*Compulsive Buying Scale*, CBS; $r = 0,23$). Las diferencias entre todas las correlaciones eran significativas, por lo que extrajeron la conclusión de que la indecisión está más relacionada con la acumulación que con el TOC, y más con éste que con la compra compulsiva.

Otros estudios han comparado la puntuación total en IS entre “acumuladores” clínicos y subclínicos y diversos tipos de controles. Grisham, Norberg, Williams, Certoma y Kadib (2010) compararon a 23 “acumuladores compulsivos” con 17 controles clínicos (pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad o depresión que no presentaban síntomas de acumulación) y 20 participantes no clínicos. Hallaron que los acumuladores puntuaban significativamente más alto en indecisión que los participantes no clínicos, pero no que la muestra de control clínica. Fitch y Cogle (2013) compararon a participantes no clínicos que informaban de síntomas de acumulación y participantes control, hallando que los primeros puntuaban más en la IS. Por último, Hall, Tolin, Frost y Steketee (2013) hallaron que una muestra de participantes provenientes de la comunidad pero que se autoidentificaban como acumuladores eran más indecisos que la media de la población indicada según las puntuaciones normativas en una versión reducida de la IS. Esta puntuación era todavía más alta en los participantes que mostraban sintomatología depresiva y déficit de atención, frente a aquellos que no informaban de comorbilidad.

Aunque la explicación tradicional de la relación es que la indecisión lleva a dificultades para deshacerse de objetos innecesarios, dos estudios la han relacionado con la compra compulsiva. El primero (Kyrios *et al.*, 2004) halló que una muestra de 75 compradores compulsivos puntuó significativamente más en la subescala “negativa” (miedo a las decisiones) de la IS, si bien no en la positiva. Para la muestra total, se hallaron correlaciones entre 0,52 y 0,60 (todas ellas significativas) entre esta subescala y diversas medidas de adquisición compulsiva. Sin embargo, estas correlaciones dejaban de ser significativas cuando se controlaba la puntuación en síntomas o-c (medidos a través del PI) y depresivos (BDI). Frost, Tolin, Steketee, Fitch y Selbo-Bruns (2009) investigaron una muestra de 878 participantes autoidentificados como acumuladores procedentes de la comunidad. La puntuación de estos participantes en la IS (aunque en mayor medida la subescala negativa) correlacionaba con la tendencia tanto a la obtención gratuita de objetos como a su compra. Aquellos acumuladores que utilizaban ambos métodos puntuaban significativamente más alto en “Miedo a la toma de decisiones” que los que sólo usaban uno de los dos, y estos que los que acumulaban pero no informaban de hacer ninguna de las dos cosas. En resumen, estas investigaciones muestran que la indecisión medida a través de la IS se relaciona de forma significativa con la tendencia a la adquisición compulsiva en pacientes acumuladores.

3.3.4. Relación con otras medidas de psicopatología

La relación entre la puntuación en el IS y otros síntomas ansiosos y depresivos también se ha investigado, si bien empleando exclusivamente métodos correlacionales y en población universitaria. Rassin y Muris (2005b), en una muestra de 50 estudiantes universitarias (sólo mujeres), encontraron que la IS correlacionaba significativamente con el BDI (0,34), el STAI-R (0,34) y el PSWQ (0,36). Rassin *et al.* (2007), utilizando su versión corta del cuestionario en una muestra también universitaria (45 mujeres y 11 hombres) obtuvieron correlaciones de 0,43 con el PSWQ, 0,37 con el STAI-R y 0,35 con el BDI (todas ellas significativas). Cavazos y Campbell (2008) investigaron a 770 estudiantes universitarios hallando correlaciones significativas entre el IS y el STAI-E (0,35), el STAI-R (0,55) y el PSWQ (0,55). Se trata de magnitudes muy similares a las halladas entre la IS y las medidas de síntomas o-c. Pese a las evidentes limitaciones de estas investigaciones, estos resultados apuntan claramente a que la relación entre indecisión y TOC podría no ser tan específica como parece asumirse por algunos autores.

3.3.5. Relación con otros constructos

Una cantidad notable de estudios ha explorado la relación de la indecisión, medida a través de la IS, con otros constructos, por lo general ligados a la psicología cognitiva y experimental. Dado que, probablemente, la asociación entre indecisión y obsesividad no es específica, la dificultad para la toma de decisiones que parece común a varios trastornos emocionales podría estar, al menos parcialmente, mediada por alguno de estos factores. En este apartado revisaremos los más relevantes de estos estudios, con la excepción de los que hacen referencia a creencias y valoraciones incluidas en el modelo cognitivo del TOC, que serán revisados en un apartado posterior.

Yates *et al.* (2010), en una investigación transcultural en el que participaron estudiantes americanos, chinos y japoneses, que estudiaban en universidades de sus respectivos países, hallaron que la indecisión estaba relacionada con los valores que representan admiración (frente a desdén) por las conductas decididas frente a las indecisas. Estos valores se midieron mediante una variación de la IS que compartía con esta escala el mismo patrón de diferencias culturales. Los autores propusieron como mecanismo que podría explicar estas diferencias culturales la meticulosidad a la hora de considerar las diferentes alternativas entre las que se debe elegir. En definitiva, las diferencias transculturales en la indecisión se ligan a un proceso cognitivo, propuesto y operacionalizado *ad hoc* y que probablemente está relacionado con el perfeccionismo. Rassin, Muris, Booster y Kolsloot (2008) obtienen un resultado aparentemente opuesto. En su estudio, la puntuación en la IS correlacionaba con la tendencia a recoger información únicamente acerca de la alternativa preferida y no de las que no se eligen finalmente, con independencia de la dificultad de la elección. Los autores plantean que este fenómeno podría ser una defensa contra la tendencia natural de los indecisos a recoger toda la información posible.

Otro constructo aparentemente similar al perfeccionismo que ha sido ligado a la indecisión es la maximización. En este contexto, se entiende por maximización la tendencia a buscar la mejor alternativa (en términos absolutos) cuando se tiene que tomar una decisión, frente a la orientación a la satisfacción, que detiene el proceso cuando se ha hallado una alternativa que satisface unos criterios preestablecidos. Weinhardt, Morse, Chimeli y Fisher (2012) hallaron que la IS mantenía correlaciones significativas, aunque pequeñas, con dos escalas diferentes de maximización. Sin embargo, el signo de esta correlación dependía de la escala concreta. Cuando se empleaba la Maximization Scale (MS),

que mide la dificultad e intranquilidad asociada a la búsqueda de la mejor alternativa, la correlación era positiva. Sin embargo, la correlación con la Maximizing Tendency Scale era negativa, estando centrada esta escala en la tendencia a buscar la mejor opción, independientemente de la dificultad de la elección.

El propio constructo de indecisión podría requerir de una aclaración de su posible multidimensionalidad, estableciendo distinciones más finas, para hallar sus causas en procesos psicológicos más básicos. Esto es lo que Spunt, Rassin y Epstein (2009) proponen al distinguir entre dos dimensiones en la IS: la indecisión aversiva y la indecisión evitativa. La distinción surge del análisis factorial confirmatorio que realizan sobre su versión reducida de la escala y que parece confirmar su utilidad por las asociaciones divergentes de ambas dimensiones con constructos relevantes. La indecisión aversiva se relacionaba específicamente con la tendencia a la maximización, así como con el sistema de inhibición conductual (BIS) propuesto por la teoría de Gray de la personalidad, mientras que la evitativa se asociaba de forma negativa con el sistema de activación conductual (BAS). Sin embargo, la variable clave parecía ser la sensibilidad al arrepentimiento, asociada con la indecisión aversiva y que mediaba la relación de esta tanto con el BIS (de forma parcial) como con la maximización (de forma total). Hardie y Wright (2013) replicaron el hallazgo de la asociación entre ambos tipos de indecisión con BIS y BAS. También encontraron, como esperaban, que la lateralidad manual modulaba la relación entre los sistemas motivacionales y la indecisión; sin embargo, esto no se traducía entre una relación entre preferencia manual y dificultad en la toma de decisiones. Barkley-Levenson y Fox (2013) hallaron correlaciones positivas y moderadas entre la IS y algunas dimensiones de la impulsividad medidas por la UPPS Impulsive Behaviors Scale, particularmente la “Urgencia” y la “Falta de perseverancia”. Sin embargo, para otras dimensiones, esta relación era pequeña o inexistente. Estos resultados deberían interpretarse, no tanto como un apoyo a la relación entre compulsividad e impulsividad, sino como un toque de atención hacia las interpretaciones precipitadas de los estudios correlacionales, debido a la complejidad y multidimensionalidad de los constructos bajo discusión y, en general, a la compleja relación entre la indecisión y la psicopatología y el afecto negativo.

La indecisión medida por la IS también ha sido relacionada con lo que podríamos denominar como diversos “estilos cognitivos”. La asociación con estos estilos, en una acepción estricta, fue investigada por Cavazos y Campbell

(2008), quienes hallaron correlaciones significativas entre la IS, la “Necesidad de estructura” (preferencia por estructuras simples, distintivas y bien delimitadas) y, de forma negativa, la “Necesidad de cognición” (el grado en el que las personas se involucran en un esfuerzo por pensar, que se asocia con una mejor disposición a tolerar la ambigüedad). Sin embargo, los participantes más indecisos en este estudio eran aquellos que se caracterizaban por tener una baja necesidad tanto de estructura como de cognición. Por otro lado, hallaron una relación negativa entre indecisión y autoeficacia. Por su parte, White y Mansell (2009), utilizando participantes no clínicos, no encontraron una relación entre indecisión y el estilo de razonamiento conocido como *Jumping to conclusions*, que parece caracterizar a algunos pacientes delirantes. La puntuación en la IS no se asociaba a un mayor número de canicas extraídas antes de tomar una decisión en tareas de juicio probabilístico, ni tampoco con la puntuación en un cuestionario de propensión a los delirios. Por último, Di Schiena, Luminet, Chang y Philippot (2013) relacionaron la indecisión con un estilo particular de rumiación: la rumiación “abstracta-analítica”, que se contrapone a la “concreta-experiencial”, caracterizada por centrarse en las causas generales y los significados de las experiencias. El estilo abstracto-analítico se asoció a una mayor tendencia tanto en un estudio correlacional (que empleó la IS) como en uno experimental. Y esta asociación se producía con independencia del nivel de sintomatología depresiva, tanto en participantes sanos como en pacientes con síntomas de depresión mayor.

Los resultados comentados son sólo una pequeña parte de la literatura sobre la indecisión la cual se sitúa, en buena medida, fuera del ámbito de la psicopatología, pero da una idea adecuada acerca de su nivel de complejidad y la dificultad para alcanzar conclusiones. Investigadores como Rassin (2007) han propuesto un modelo integrador sobre la indecisión que incluye una gran cantidad de variables con diferente grado de interés para el estudio del TOC. En secciones posteriores revisaremos algunas de las investigaciones que ligan la dificultad en la toma de decisiones con constructos relevantes para la comprensión de la psicopatología obsesiva desde una perspectiva cognitiva.

3.3. Los “sentimientos de inacabado” (*Incompleteness*).

3.3.1. El modelo de inacabado de Summerfeldt

La reintroducción del concepto de “sentimientos de inacabado” en la psicopatología contemporánea del TOC se produce a través del trabajo de Rasmussen y Eisen (1992b). Estos autores proponen un modelo en el que se

distingue entre tres características nucleares de la psicopatología obsesiva: la evaluación anormal del riesgo, la duda patológica y el inacabado (*incompleteness*).

Los estudios que vamos a resumir en este apartado tienen en común estar basados en el modelo del inacabado de Summerfeldt (2004) o usar alguna versión del instrumento de medida que surge del mismo (el OC-TCDQ). El modelo de Summerfeldt es un desarrollo del propuesto por Rasmussen y Eisen, si bien excluyendo explícitamente la duda patológica como característica nuclear. Este fenómeno no se considera lo suficientemente distintivo, proponiéndose que la manera más parsimoniosa de representarlo es como intersección de las otras dos características, una posibilidad que ya habría sido aludida por Rasmussen y Eisen (Summerfeldt, Kloosterman, Antony y Swinson, 2014).

El modelo del inacabado de Summerfeldt (Summerfeldt, 2004; Summerfeldt *et al.*, 2014) surge del interés por la heterogeneidad del TOC y como propuesta alternativa a su subdivisión en fenotipos basada en los síntomas manifiestos. En su lugar, se convierte a las dos “características nucleares” que se mantienen de su modelo predecesor (la evitación del daño y el inacabado) en dos dimensiones continuas y ortogonales. Las dos dimensiones, en combinación, subyacen a las distintas manifestaciones sintomáticas, que se situarían así en un espacio bidimensional; la localización en ese espacio hace más probable la aparición de los diferentes tipos de síntomas. La primera dimensión, compartida con el resto de trastornos de ansiedad, se caracterizaría por la ansiedad anticipatoria, la sensibilidad a las amenazas potenciales y una evitación exagerada del daño. El inacabado está dominado motivacionalmente por el impulso de corregir sentimientos profundos de imperfección, relacionados con la necesidad de que la experiencia (en diversas modalidades sensoriales, así como en la cognición) se ajuste a unos criterios exactos pero difíciles de expresar. Summerfeldt propone que el núcleo del inacabado es un déficit en la capacidad de utilizar la experiencia emocional y el *feedback* sensorial para guiar la conducta, siendo su experiencia fenomenológica el reflejo del mal funcionamiento de una señal interna que contribuye a poner fin a las tareas. Una disfunción crónica de los ganglios basales sería probablemente responsable del inacabado, siendo los síntomas o-c motivados por esta dimensión, el efecto (a menudo compensatorio) de esta disfunción.

Para estos autores, el TOC motivado primariamente por la dimensión de inacabado se asociaría con las siguientes características: 1) el predominio de síntomas como la simetría, contar, la repetición y la lentitud, frente a las

obsesiones repugnantes y la comprobación cuyo fin es la evitación del daño; 2) un inicio más temprano de los síntomas; 3) los rasgos de personalidad obsesivos (particularmente el perfeccionismo y la indecisión); 4) un perfil de comorbilidad más complicado, menos restringido a los trastornos de ansiedad y ligado a algunos trastornos del espectro obsesivo como los tics y la excoriación psicógena; y 5) una peor respuesta al tratamiento conductual.

3.3.2. Estudios sobre la validez empírica del modelo

Validez estructural

La investigación empírica sobre el modelo de inacabado ha sido fundamentalmente correlacional y, en gran medida, ha empleado el *Obsessive-Compulsive Trait Core Dimensions Questionnaire* (OC-TCDQ; Summerfeldt, Kloosterman, Parker, Antony y Swinson, 2001). Este instrumento fue creado con el objetivo de evaluar las diferencias individuales en evitación del daño (*Harm avoidance*, HA) e inacabado (*Incompleteness*, INC). Se trata de un instrumento de autoinforme compuesto de dos escalas de 10 ítems cada una correspondientes a dichos constructos².

Varios estudios han puesto a prueba un supuesto fundamental del modelo, que es la independencia, al menos parcial, de ambas dimensiones. Coles, Heimberg, Frost y Steketee (2005) utilizaron, por primera vez en un estudio publicado, el OC-TCDQ. En este estudio se dividió a una muestra no clínica en dos grupos según el nivel de intensidad de la última experiencia *not just right*, medida mediante el *Not Just Right Experiences Questionnaire*³ (NJREQ, Coles, Frost, Heimberg y Rhéaume, 2003). Se halló que el grupo de intensidad alta puntuaba significativamente más alto que el de intensidad baja en INC pero no en HA. Este resultado proporciona evidencias a favor de la separación entre constructos, al mismo tiempo que de la esperable relación estrecha entre experiencias *not just right* e inacabado.

La mayor parte de las investigaciones sobre la validez estructural del modelo han empleado una estrategia factorial. Ecker y Gönner (2008) informan que en su estudio con la versión alemana del cuestionario y una muestra muy amplia de pacientes obsesivo-compulsivos también se replicó la estructura de dos factores, con un 55% de varianza explicada. Pietrefesa y Coles (2008) realizaron un análisis factorial confirmatorio (AFC) del OC-TCDQ en una muestra de 377

² El instrumento se describe en más profundidad en el apartado Instrumentos del marco empírico (estudio 1)

³ Este constructo y el cuestionario mencionado se describirán ampliamente en el apartado 3.4.

estudiantes universitarios, en el que hallaron que la estructura más adecuada era la de dos factores (que mantenían entre sí una correlación de $r = 0,76$). Taylor *et al.* (2014) replicaron el estudio anterior en una muestra de 534 participantes no clínicos, con resultados muy similares: la estructura más adecuada era, de nuevo, la bifactorial, y la correlación entre las dos escalas subía hasta un sorprendente $r = 0,93$. Ha sido, sin embargo, el equipo de Summerfeldt (Summerfeldt *et al.*, 2014) el que ha estudiado el problema de forma más ambiciosa. Este equipo evaluó las dos dimensiones tanto en población clínica como no clínica. La población clínica, compuesta por 289 pacientes con TOC, completó la *Obsessive-Compulsive Core Dimensions Interview* (OC-CDI), una entrevista semi-idiográfica diseñada para medir el grado en el que las dos dimensiones nucleares propuestas subyacían a sus síntomas. La población no clínica, formada por 3090 estudiantes universitarios, rellenó el *Obsessive-Compulsive Core Dimensions Questionnaire* (OC-CDQ), una nueva medida destinada a valorar las diferencias individuales en inacabado y evitación del daño, consideradas como rasgos. En uno de los estudios descritos en el trabajo citado, se analizaron las respuestas dadas en las versiones definitivas de los instrumentos dadas por 100 de los pacientes y 2090 de los estudiantes, y el análisis de los factores latentes que se llevó a cabo apoyó de nuevo el modelo de dos dimensiones, que mantenían correlaciones significativas, especialmente en la población no clínica ($r = .70$).

El único estudio diseñado con este problema en mente que ha empleado una metodología experimental ha sido el de Pietrefesa y Coles (2009). Estos autores plantearon a 97 estudiantes universitarios 6 tareas diseñadas para inducir conductas similares a los síntomas o-c, con el objetivo de que 3 de ellas provocaran inacabado y las otras 3 evitación del daño. Los datos mostraron que ambos tipos de tareas se asociaron a respuestas emocionales autoinformadas diferentes. Los datos mostraron que HA e INC se asociaban al autoinforme de respuestas emocionales diferentes: la evitación del daño con ansiedad y el deseo de prevenir el daño, y el inacabado con sensaciones de tensión/malestar y el deseo de llevar a cabo las tareas perfectamente o hasta que estuvieran completamente correctas. En resumen, la búsqueda activa de pruebas de la independencia de ambas dimensiones ha dado resultados mixtos (validez factorial del modelo bidimensional vs. correlaciones de moderadas a altas entre ambas medidas) que, si bien son muy similares entre los diferentes estudios, han sido objeto de diferentes interpretaciones. Por ejemplo, Summerfeldt *et al.* (2014) y Taylor *et al.* (2014) proporcionan interpretaciones divergentes.

Relación con síntomas o-c

Revisaremos a continuación las investigaciones que han puesto a prueba la relación entre alguna medida de inacabado basada en el modelo de Summerfeldt y la sintomatología obsesivo-compulsiva. Ecker y Gönner (2008) correlacionaron las puntuaciones obtenidas por 202 pacientes TOC en el OC-TCDQ y diversas escalas de psicopatología o-c, hallando que “a nivel descriptivo” (*sic*) las correlaciones son mayores para inacabado que para evitación del daño. En un segundo paso del estudio, destinado a explorar la especificidad en la relación de las dimensiones con los diferentes tipos de síntomas, llevaron a cabo un análisis de regresión múltiple, lineal y jerárquico en el que las puntuaciones en INC y en HA eran las variables dependientes, controlando la influencia potencial de la ansiedad, la depresión y la gravedad del TOC. Los resultados apoyaron en gran medida las predicciones del modelo, ya que se halló una relación específica entre simetría/orden e INC y “pensamientos obsesivos” y rumiación con HA, mientras que otras dimensiones de síntomas (comprobación) se asociaban a ambas, y aun otras (neutralización, impulsos obsesivos, acumulación e incluso lavado) no se relacionaban de forma clara con ninguna de las dos. Pietrefesa y Coles (2009), utilizando una muestra amplia de estudiantes que completaron el OC-TCDQ y el OCI, hallaron resultados muy similares pero más limitados: las obsesiones se relacionaban más con HA y el orden con INC.

Estas y otras investigaciones que han relacionado las puntuaciones del OC-TCDQ con medidas de psicopatología obsesiva, ansiosa y depresiva fueron objeto de un metaanálisis por parte de Taylor *et al.* (2014) que combinaron los resultados en población clínica y normal. La escala INC obtuvo correlaciones de entre 0,39 (para el lavado y la acumulación) y 0,64 (para las compulsiones de orden) con las diferentes dimensiones de sintomatología o-c. No se hallaron diferencias significativas en la magnitud de las correlaciones con las diferentes medidas de obsesiones frente a las compulsiones “prototípicas” (todas menos la acumulación).

En contraste con la metodología psicométrica de los estudios anteriores, Cogle, Fitch, Jacobson y Lee (2013) llevaron a cabo tres experimentos para poner a prueba la relación entre las sensaciones de inacabado y la sintomatología de comprobación en una muestra amplia de estudiantes universitarios. En el primero, los participantes llevaron a cabo una tarea diseñada para provocar estas sensaciones, hallándose una asociación entre la respuesta a esta inducción (mayor malestar e impulso de arreglar) y la puntuación en la escala de

comprobación del OCI-R, no explicable por la depresión o la ansiedad. En el segundo, se halló una asociación entre medidas de inacabado y de experiencias *not just right* con el impulso a comprobar en el contexto de una tarea de comprobación de un fogón (*stove checking task*). En el tercer y último estudio, los participantes con puntuaciones elevadas en comprobación y en una medida de inacabado, la inducción de inacabado llevó a un mayor impulso a comprobar en comparación con la condición control. Estas diferencias no se produjeron entre aquellos con baja disposición a las sensaciones de inacabado y a la comprobación. En resumen, estos experimentos encontraron la asociación buscada entre inacabado y sintomatología de comprobación, valorada a través de su aparición subclínica y de análogos experimentales.

Especificidad de la relación con la sintomatología o-c

Los datos anteriores proporcionan pruebas convincentes de que existe una relación entre el inacabado y la psicopatología obsesiva. Las investigaciones de corte más exploratorio o fenomenológico muestran la centralidad de estas sensaciones en el TOC o, al menos, algunos casos de esta psicopatología. Por ejemplo, Coles, Hart y Schofield (2011) hallan que el segundo factor (después del cambio en el nivel de estrés) que una muestra de pacientes TOC juzgaban como más importante en la transición desde las obsesiones y compulsiones subsindrómicas hasta el desarrollo de un TOC completo era “un cambio en el deseo de que las cosas se sintieran completamente correctas” (*feel just right*), bastante por encima de un cambio en el deseo de evitar el daño. Sin embargo, este tipo de investigaciones no demuestran la especificidad, como mínimo dudosa, de esta relación.

La alta correlación entre INC y HA, factor de riesgo este último para cualquier tipo de patología ansiosa, aumenta las dudas sobre esta especificidad o, al menos, hace que sea más difícil de detectar. Pero Ecker y Gönner (2008, 2011) han hallado evidencias de que INC se asocia en mayor medida que HA con la gravedad de la sintomatología o-c, mientras que HA correlaciona en mayor medida con otras medidas de psicopatología ansiosa (PSWQ y BAI). Por su parte, Taylor *et al.* (2014), en la parte metaanalítica de su estudio, hallaron una tendencia no significativa de INC a correlacionar en mayor medida con la sintomatología o-c que con el malestar general, tendencia que claramente no estaba presente para HA. En la investigación empírica descrita en el mismo artículo, 534 adultos procedentes de la comunidad completaron el OC-TCDQ y el OCI-R, además de una escala de creencias obsesivas (OBQ). Estos autores hallaron que, tras eliminar la influencia de la evitación del daño y las creencias

obsesivas, se mantenía la correlación significativa del inacabado con la sintomatología obsesivo-compulsiva, a pesar de la alta correlación entre INC y HA en esta muestra.

El único estudio que, hasta la fecha, ha comparado entre sí muestras clínicas para poner a prueba la especificidad de estas dimensiones fue realizado por Ecker, Kupfer y Gönner (2014). Estos autores compararon las puntuaciones en la versión alemana del OC-TCDQ de 170 pacientes con TOC, 38 pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad, 45 pacientes con depresión y 220 controles no clínicos. Los pacientes obsesivos puntuaron de forma significativamente más elevada en INC que ambos grupos clínicos de control y que los controles no clínicos. Además, según los resultados de los análisis de regresión (necesarios para controlar la influencia de la comorbilidad, cuya existencia no era un criterio de exclusión en este estudio), el diagnóstico de TOC hacía una contribución independiente a la puntuación en INC mientras que esto no ocurría con el diagnóstico de otros trastornos de ansiedad. Inesperadamente, el diagnóstico de depresión también realizaba una contribución independiente, si bien el porcentaje de varianza esperada era mucho menor que en el caso del TOC. Estos resultados se interpretaron como un claro apoyo al modelo de Summerfeldt en lo referente a la especificidad del inacabado. Por el contrario, la supuesta especificidad de la evitación del daño para los trastornos de ansiedad no obtuvo apoyo empírico, ya que la diferencia en las puntuaciones en este factor no fue significativamente más elevada para el grupo ansioso que para el depresivo.

Relación con otros tipos de psicopatología

El modelo de inacabado de Summerfeldt no es incompatible con la relación de esta dimensión con otro tipo de manifestaciones psicopatológicas asociadas al TOC. Dos estudios han investigado una posible relación entre el inacabado y los rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva. Coles, Pinto, Mancebo, Rasmussen y Eisen (2008) encontraron que los pacientes obsesivo-compulsivos con TOCP comórbido tenían una mayor proporción de compulsiones caracterizadas por sensaciones de inacabado, según valoraron mediante una entrevista. Ecker, Kupfer y Gönner (2013) partieron de la idea de que algunos rasgos del TOCP and podrían explicarse como motivados por las experiencias de inacabado o *not just right*. En esta investigación, cuya muestra estaba compuesta por 185 pacientes con TOC, midieron los rasgos o-c a través de una subescala de la Personality Style and Disorder Inventory, el inacabado a través del OC-TCDQ y los síntomas o-c mediante el OCI-R. Hallaron, en primer

lugar, que sólo algunos tipos de síntomas (orden, comprobación, acumulación y contar) se relacionaban significativamente con el TOCP, siendo precisamente aquellos asociados a INC. Que era precisamente esta variable la responsable de esta asociación se demostró mediante su control estadístico, que tenía como resultado la desaparición de esa relación significativa. Además, esa relación no desaparecía cuando se controlaba el efecto de la preocupación patológica, la depresión, la ansiedad y la evitación del daño.

Más allá del espectro obsesivo en su sentido más restringido, también se han encontrado relaciones entre el inacabado y el síndrome de Asperger. Kloosterman, Summerfeldt, Parker y Holden (2013) hallaron las puntuaciones en INC en los padres de niños con síndrome de Asperger era mayor en los padres que tenían más de un hijo con SA que en los que tenían uno sólo, lo que sugiere además que el inacabado es un rasgo heredable y que podría tratarse de un endofenotipo común al síndrome de Asperger y el TOC. Además, los síntomas de los pacientes con síndrome de Asperger que mejor predecían el inacabado en los padres eran precisamente aquellos que mayor parecido tienen con la sintomatología o-c: la resistencia al cambio y, especialmente, las conductas motoras y sensoriales repetitivas.

Relación con otras características propias del TOC

Dos investigaciones han relacionado el inacabado medido a través del OC-TCDQ con dos características teóricamente asociadas al TOC y con especial relevancia para el fenómeno de la duda patológica. Sarig, Dar y Liberman (2012) sometieron a 61 participantes no clínicos a una tarea neutral de juicio perceptual en la que debían elegir el color que se sitúa exactamente en el centro de un continuo. Esta tarea medía el tiempo empleado en la tarea y la indecisión, valorada a través del número de veces que se presiona la tecla que ajusta el color. El inacabado correlacionó con la indecisión, aunque únicamente en la condición de la tarea en la que no había feedback disponible. Los autores destacan del estudio que las tendencias obsesivo-compulsivas y, especialmente el inacabado, se relacionan con un mayor coste en términos de ejecución (mayor lentitud) asociado a la pérdida del feedback regular acerca de la exactitud de la ejecución de la tarea, lo que consideran una característica nuclear en la patología obsesiva. Gentsch, Endrass y Kathmann (2012), en un estudio con 18 pacientes TOC, pusieron a prueba la hipótesis de que los pacientes obsesivos tienden a juzgarse como más “agentes” (capaces de influir) sobre el entorno, lo que estos investigadores deducen de la conocida asociación entre las obsesiones y la responsabilidad excesiva. Hallaron que la puntuación en la escala INC del OC-

TCDQ correlacionaba significativamente con el grado en que juzgaban el grado en el que una acción propia afectaba a un resultado en una tarea en la que la contingencia entre ambos hechos variaba. Aunque estos resultados son sugerentes, en ausencia de controles estadísticos o experimentales (grupos control clínicos), no es posible atribuir de forma inequívoca estas características a la tendencia a experimentar inacabado.

Inacabado en sentido amplio y en sentido estricto

Como señalan Taylor *et al.* (2014), la concepción actual de los sentimientos de inacabado es mucho más restringida que la que se desprende de la descripción de Janet de los *sentiments d'incomplétude*. Estos autores pusieron a prueba la relación con la sintomatología o-c del inacabado en lo que podríamos llamar sentido amplio (más cercano al de Janet), que operacionalizaron incluyendo medidas de alexitimia, despersonalización/desrealización y *psychological mindedness* (tendencia a la comprensión de uno mismo y de los demás en términos intrapsíquicos, que estaría negativamente afectada en los pacientes obsesivos). Estos autores hallaron que, mientras que el inacabado en sentido estricto mostraba una relación más específica con la sintomatología o-c, el inacabado en sentido amplio correlacionaba de forma más estrecha con medidas de malestar general que de síntomas TOC.

Ecker *et al.* (2013) destacaron, por su parte, que la concepción janetiana del inacabado incluía lo que ellos han denominado *self-related incompleteness* (SI; inacabado en relación con el sí mismo), fenómeno que se podría describir como una forma de despersonalización específica del TOC. Estos autores desarrollaron una medida de este constructo hallando que, mientras que el SI se relacionaba con el inacabado en sentido estricto, era claramente distinguible de este. Además, ambos constructos mantenían un patrón de correlaciones claramente diferenciado, asociándose SI de forma estrecha con la despersonalización/desrealización mientras que el inacabado lo hacía en mayor medida con la sintomatología y los rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos. De esta forma, concluyen, ambos constructos son diferentes en contenido pero no completamente independientes.

En el mismo planteamiento de las dos investigaciones revisadas parece subyacer la idea de que la simplificación contemporánea del constructo de inacabado ha tenido como resultado una pérdida de la riqueza del mismo. Obviamente, rescatar algunos aspectos olvidados de la fenomenología del TOC (como la desrealización) podría tener su interés teórico y aplicado. Por otra

parte, parece evidente que este refinamiento del concepto ha llevado a aproximarse al núcleo del fenómeno más específicamente relacionado con la patología obsesiva. En este proceso se ha convergido con otras líneas de investigación, especialmente el de las experiencias *not just right* a las que dedicaremos el próximo apartado.

3.4. Las experiencias *not just right*

3.4.1. El origen del estudio de las experiencias *not just right*.

Como señalan Ecker y sus colaboradores (2013), la simplificación del constructo de inacabado lo ha llevado a ser difícilmente distinguible del de las experiencias *not just right* (a las que a partir de ahora nos referiremos por las siglas habituales en inglés, NJREs). Estas similitudes se deben a que, en su aplicación a la patología obsesiva, comparten raíces históricas y conceptuales. Sin embargo, los antecedentes de la investigación empírica de las NJREs no provienen de la psicopatología del TOC sino del estudio de las experiencias subjetivas que preceden a los tics en el síndrome de Tourette (ST). En este fue pionero el grupo de Leckman (Leckman, Walker, Goodman, Pauls y Cohen, 1994), que inicialmente las denominó “percepciones *just right*”. Al mismo conjunto de fenómenos se ha aludido posteriormente con la denominación de “impulsos premonitorios”, “tics sensoriales” y, por supuesto, “fenómenos” o “experiencias *not just right*”. En el ámbito de investigación al que nos estamos refiriendo, centrado en los trastornos por tics y en los aspectos que estos comparten con otros fenómenos como las compulsiones, predomina en la actualidad la expresión “fenómenos sensoriales” (*sensory phenomena*; Ferrão *et al.*, 2012). Mediante esta se alude a un constructo complejo que incluye un conjunto heterogéneo de experiencias. Miguel *et al.* (2000) distinguieron entre, por un lado, sensaciones corporales (táctiles, músculo-esqueléticas y viscerales) y, por otro, sensaciones mentales (impulsos, liberación de energía, *incompleteness* y percepciones *just-right*).

También en el ámbito del TOC se han investigado los fenómenos sensoriales (Ferrão *et al.*, 2012; Miguel *et al.*, 1997, 2000). Estos estudios se han caracterizado, por lo general, por haberse centrado en los cuadros obsesivos comórbidos con tics, o por comparaciones entre ambos tipos de síntomas que incluso han pasado por alto las diferencias psicopatológicas cruciales entre tics y compulsiones hablando en general de “conductas repetitivas”.

3.4.2. *Las experiencias not just right en la psicopatología cognitiva del TOC*

En este apartado nos centraremos en la investigación sobre las NJREs llevadas a cabo desde la psicopatología cognitiva del TOC. En este ámbito, la principal diferencia con las investigaciones sobre el inacabado basadas en el modelo de Summerfeldt es que, mientras que este constructo alude tanto a una experiencia subjetiva como a una dimensión motivacional, las NJREs suelen referirse únicamente al componente subjetivo, a la experiencia en sí misma. Desde el modelo cognitivo, las experiencias *not just right* se asimilarían a las obsesiones, considerando que la motivación para suprimirlas y atenuarlas no sería un componente intrínseco de las experiencias sino que provendría de las valoraciones que se realizan de las mismas. En cualquier caso, se espera que tanto la propia propensión a experimentar NJREs (que se considerará implícitamente como una variable de diferencias individuales) como las valoraciones sobre las mismas se asocien con la sintomatología obsesivo-compulsiva.

En este apartado revisaremos los principales estudios experimentales y, sobre todo, psicométricos que han puesto a prueba estas hipótesis. La mayoría de estos estudios han utilizado diversas versiones del cuestionario con el que comenzó este campo de investigación (el *Not Just Right Experiences Questionnaire*, NJREQ), mediante el que se ha intentado capturar el fenómeno, convertirlo en un constructo válido y relacionarlo con los síntomas o-c.

La investigación pionera en esta línea es la de Coles *et al.* (2003), en la que se emplearon las primeras versiones del NJREQ. Este cuestionario define las *not just right experiences* como “momentos en los que se tiene la sensación subjetiva de que algo no está como debería estar”, sensación que estaría enraizada en el individuo que la experimenta. El cuestionario, que mantiene su estructura básica a lo largo de las diferentes versiones, consta de una serie de ejemplos de experiencias *not just right*, de los que quien responde selecciona los que ha experimentado. Posteriormente, las NJREs experimentadas (sólo la más reciente a partir de la versión revisada) se puntúan en una serie de dimensiones que incluyen algunas valoraciones en el sentido de la teoría cognitiva del TOC. En el primer estudio incluido en esta investigación, 119 estudiantes universitarias de psicología (exclusivamente mujeres) completaron la primera versión del NJREQ. De los resultados se desprende que la inmensa mayoría de los participantes habían experimentado una NJRE (el 95% en la última semana y el 99% alguna vez en la vida), y que en esta población las experiencias eran fundamentalmente de naturaleza cognitiva, no se valoraban de forma

excesivamente perfeccionista ni se asociaban con un estado de ánimo negativo. A pesar de eso, la mitad de los participantes las consideraban una experiencia significativa de naturaleza negativa. Además, tanto el número de experiencias tenidas como sus valoraciones (de frecuencia, intensidad, importancia y ansiedad) correlacionaban de forma significativa con la sintomatología o-c, a excepción de la contaminación, medida a través del Inventario de Padua (PI). Los autores interpretan los resultados como un apoyo al modelo cognitivo, ya que como predictor de la sintomatología obsesiva no serían tan importantes las experiencias en sí mismas como sus valoraciones. Sin embargo, esta conclusión no se desprende de forma clara de la magnitud de las correlaciones que obtienen. En el segundo estudio, 242 estudiantes universitarios de ambos sexos completaron la segunda versión del cuestionario (la *Not Just Right Experiences Questionnaire – Revised*, NJREQ-R), en el que se redujo el número de ejemplos de experiencias de 13 a 10. Como puntuación en el cuestionario se utilizó el número de experiencias durante el último mes, obteniéndose la correlación de esta puntuación con las obtenidas en el *Obsessive Compulsive Inventory* (OCI) y otras medidas de ansiedad (BAI, PSWQ, STAI-R) y depresión (BDI). La correlación con las puntuaciones totales del OCI fueron de 0,63 para la escala de frecuencia y de 0,57 para la de malestar y eran significativas (aunque algo más bajas) para todas las dimensiones de síntomas, tanto en frecuencia como en malestar. Para poder comparar la magnitud de las correlaciones en función del tipo de síntoma se creó una escala compuesta de frecuencia y malestar, hallándose que las correlaciones con las subescalas de comprobación y de orden eran significativamente mayores que las obtenidas para el lavado, las obsesiones, acumulación o neutralización. La correlación con las dos escalas del OCI era significativamente superior que para cualquier otra medida de psicopatología. Además, la correlación parcial con el OCI controlando las puntuaciones en ansiedad y depresión seguía siendo significativa.

Un estudio posterior del mismo grupo (Coles *et al.*, 2005) utilizó el NJREQ-R para dividir un grupo de participantes no clínicos en dos grupos en función de la intensidad de la experiencia *not just right* más reciente: altos (intensidad moderada o extrema) vs. bajos (nada intensa). Estos dos grupos se diferenciaron en su manera de experimentar las experiencias *not just right*, tanto las que les ocurrían de forma natural (que vivían con mayor incomodidad e impulso a actuar), como las que les eran inducidas experimentalmente (que vivían con mayor malestar). En definitiva, estos grupos se diferenciaban más por las valoraciones que realizaban de las experiencias (tanto las inducidas experimentalmente como las que ocurrían de forma natural) que en sus

“características formales” (frecuencia, duración), lo que se interpretó como una prueba más a favor de la importancia de las valoraciones y por tanto del modelo cognitivo aplicado a estas experiencias. Cogle, Goetz, Fitch y Hawkins (2011) también indujeron experiencias *not just right* en un estudio que tenía como objetivo explorar el papel de las mismas en las compulsiones de lavado. Esta inducción se produjo mediante una tarea en la que los participantes (no clínicos) tocaban un estímulo “sucio y asqueroso”, tras lo cual se les permitía lavarse las manos. La duración del lavado de manos correlacionó 0,24 con el número de experiencias, y 0,25 con la intensidad de la experiencia *not just right* seleccionada, medidos a través del NJREQ-R. Ambas correlaciones eran estadísticamente significativas. La duración del lavado también correlacionaba significativamente con la ansiedad, incomodidad e impulso a ordenar ante la visión de una mesa desordenada. Debido a la consistencia de estas asociaciones, que no se debían a la inducción de afecto negativo, los autores concluyeron que las NJREs podrían ser un factor determinante en la dificultad para dejar de lavarse las manos de los pacientes obsesivos.

Otros autores han planteado la posibilidad de que entender el papel de las experiencias *not just right* en el TOC pueda ayudar a complementar el modelo cognitivo, especialmente explicando la aparición de síntomas obsesivos en pacientes que no parecen tener las creencias postuladas por el modelo (Chik, Calamari, Rector y Riemann, 2010). Estos autores correlacionaron las puntuaciones obtenidas en el NJREQ-R con la sintomatología o-c en una muestra que incluía tanto participantes control como pacientes obsesivos. Las puntuaciones en el NJREQ-R (que en este estudio incluían tanto el número de experiencias como las valoraciones) correlacionaron de forma significativa con las puntuaciones totales en la versión de autoinforme del YBOCS (YBOCS-SR [*self-rating*]) y el el OCI-R. Estas correlaciones seguían siendo significativas tras controlar el efecto de las creencias obsesivas medidas mediante el OBQ. El interés principal de estos autores era, sin embargo, explorar el posible papel de las NJREs en los pacientes TOC con pocas creencias obsesivas, para lo que dividieron a los pacientes en dos grupos (altos vs. bajos en creencias). Los análisis mostraron que los pacientes con más creencias también tenían más experiencias *not just right* y las valoraban de forma más negativa, lo que no se podía explicar por completo apelando a la mayor gravedad de sus síntomas. Por otro lado, se creó una función discriminante capaz de predecir de forma significativa el grupo al que pertenecían los pacientes. Y se halló que las puntuaciones en el NJREQ-R que lograban discriminar entre los grupos (según se desprendía de la función discriminante) correlacionaban con la intensidad de

los síntomas sólo en los pacientes con pocas creencias. Este dato se interpretó como una prueba a favor de que en estos pacientes, las experiencias *not just right* juegan un papel importante en el desarrollo de los síntomas.

3.4.3. *Ampliando la investigación: otras experiencias, otras poblaciones.*

Como se ha visto, la estructura básica del NJREQ-T, consistente en la detección mediante listado cerrado de las experiencias *not just right* y en la elicitación de sus valoraciones mediante múltiples escalas, convierten a este instrumento en una herramienta versátil para el estudio de estas experiencias, tanto de las naturales como de las provocadas experimentalmente. Autores como Summers, Fitch y Cogle (2014), respetando el concepto y metodología básicos, han puesto en cuestión la validez de contenido del instrumento ya que consideran que no representa de forma adecuada las múltiples modalidades sensoriales en las que pueden aparecer las experiencias. Por este motivo, en su estudio provocan NJREs, mediante tareas *in vivo*, en las modalidades sensoriales 1) visual (mediante la visión de una mesa desordenada); 2) táctil (vistiendo una bata de laboratorio asimétrica y lavándose la mano no dominante con una toallita) y 3) auditiva (escuchando una melodía desentonada). Las reacciones (valoraciones) a estas experiencias así como su asociación con la sintomatología o-c, y la disposición general a padecer estas experiencias fueron valoradas mediante cuestionarios. Los investigadores concluyeron, en primer lugar, que las NJREs en las diferentes modalidades son fenómenos relacionados, debido a que las valoraciones sobre las experiencias (malestar e impulso a contrarrestar) mantuvieron correlaciones altas entre sí, así como correlaciones moderadas con las puntuaciones en el NJREQ-R (que está sesgado hacia la modalidad visual). Además, las correlaciones con la sensación de inacabado (medido a través de la escala correspondiente del OC-CDQ) fue menor. En segundo lugar, se repitió el patrón básico de asociación con la sintomatología o-c ya hallado por otros investigadores: las valoraciones para las cuatro tareas mostraron asociaciones únicas con orden, comprobación y lavado, mientras que las asociaciones con los síntomas puramente obsesivos no eran tan fuertes ni consistentes. Por último, y como principal aportación del estudio, parece existir, más allá de la asociación general entre NJREs y sintomatología o-c, especialmente la de orden, una posible especificidad en la relación entre las compulsiones de lavado y las experiencias *not just right* táctiles, no sólo en la tarea de lavado (lo que sería esperable) sino también en la de la bata. Estos resultados muestran el interés de tener en cuenta la posible multidimensionalidad de las NJREs, que podría contribuir a entender la heterogeneidad del TOC.

Otra versión alternativa del NJREQ-R es la adaptación que Ravid, Franklin, Khanna, Storch y Coles (2013) prepararon para población juvenil y a la que llamaron NJREQ-YV [*youth version*]. Este cuestionario se pasó a una muestra de adolescentes entre 14 y 17 años, y estos resultados se compararon con el obtenido en una muestra de adultos jóvenes. Se halló que las experiencias *not just right* son muy comunes ya en la adolescencia: el 81% de la muestra había tenido al menos una de estas experiencias. Los contenidos eran también muy similares entre ambas muestras. Sin embargo, se hallaron algunas diferencias entre la forma de responder a ellas: los adultos informaron de que habían experimentado su NJRE más reciente de forma significativamente más frecuente, mientras que los adolescentes sentían más impulso a responder a la experiencia. El resultado más llamativo fue que en los adolescentes, la puntuación en el NJREQ-YV no correlacionó con los síntomas o-c medidos a través del *Children's Florida Obsessive Compulsive Inventory* (C-FOCI).

El estudio de las experiencias *not just right* también ha sido ampliado a otro tipo de poblaciones clínicas. Neal y Cavanna (2013) pasaron el NJREQ-R a una muestra de pacientes diagnosticados de Síndrome de Tourette (ST). Los resultados fueron muy similares a los comentados hasta el momento con pacientes TOC y participantes no clínicos: el 80% de la muestra había tenido alguna experiencia NJR, y la cantidad total de experiencias mantenía correlaciones moderadas con la escala total del OCI-R, así como con los síntomas de lavado, orden y neutralización. Las NJREs también se asociaban con una menor calidad de vida medida por una medida específica de este constructo para el síndrome de Tourette (GTS-QoL), así como con un mayor grado de ansiedad y depresión medido por la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

3.4.4. Sobre la especificidad de las experiencias *not just right*

Resultados como el de este estudio ponen en cuestión la especificidad de la relación entre las experiencias *not just right* y la sintomatología característica del TOC. Este problema se plantea en términos muy similares al ya descrito en el apartado acerca del inacabado, por lo que no incidiremos aquí en los aspectos conceptuales sino que nos limitaremos a la revisión de los estudios empíricos.

La investigación de Ghisi, Rocco, Marchetti, Sanavio y Sica (2010) ha sido la primera en abordar directamente el problema de la especificidad. La muestra utilizada fue de 412 participantes no clínicos (estudiantes universitarios), 30 pacientes con TOC, 12 con trastornos de ansiedad y 11 con trastorno depresivo,

que rellenaron el NJREQ-R, así como medidas de ansiedad (BAI), depresión (BDI-II), creencias obsesivas (OBQ) y perfeccionismo (MPS). La puntuación utilizada como resultado del NJREQ-R fue una combinación de las valoraciones de la última experiencia *not just right* que denominaron “escala de gravedad”. En la muestra de estudiantes, la correlación entre el NJREQ-R y las escalas del OCI-R fueron todas significativas, a excepción de la de neutralización, con magnitudes de entre 0,28 y 0,32 para las subescalas, y de 0,42 para la puntuación total. Las correlaciones con las subescalas seguían siendo significativas tras controlar las puntuaciones en ansiedad, depresión y perfeccionismo; además, en un análisis de regresión, el NJREQ-R aumentaba la capacidad de predecir la puntuación en el OCI-R después de introducir en el primer paso esas tres puntuaciones. Pasando a los -más interesantes- resultados con las muestras clínicas, se halló que el grupo de pacientes obsesivos puntuó significativamente más alto en todos los ítems de la escala de gravedad, así como en el total de la escala, en comparación con todos los demás grupos control (clínicos y no clínicos). Los mismos resultados se obtuvieron cuando la capacidad discriminante de las experiencias NJR se puso a prueba mediante un ANOVA en el que la VD era la puntuación en el NJREQ-R, la pertenencia a uno de los tres grupos clínicos era la VI y la puntuación en BDI, BAI y MPS eran las variables covariadas. El MANOVA fue significativo, puntuando la muestra TOC más alto en todos los ítems de la escala de gravedad, no hallándose diferencia entre los pacientes ansiosos y deprimidos. La misma estrategia de análisis de datos se utilizó para poner a prueba la especificidad de las NJREs frente a las creencias obsesivas. Se halló, mediante MANOVAs, que el NJREQ-R discriminaba entre los grupos de pacientes después de controlar la ansiedad, la depresión y las creencias obsesivas; sin embargo, en un segundo análisis, las creencias no discriminaron entre pacientes después de controlar la ansiedad, la depresión y la puntuación en el NJREQ-R.

Para su estudio acerca de la especificidad de las NJREs, Fergus (2014) modificó el NJREQ-R, al considerar que el hecho de que los ítems hubieran sido seleccionados en el proceso desarrollo del cuestionario precisamente por su relación con los síntomas o-c hacía que la supuesta especificidad de la relación con esta patología pudiera deberse a un artefacto de medida. De este modo, incluyó en el instrumento otras experiencias descritas y posteriormente descartadas por el equipo de Coles, que hacían referencia a: a) sensaciones de que puedes haber olvidado algo; b) sensaciones fisiológicas extrañas; c) la sensación de que no has hecho algo lo suficientemente bien; d) sensaciones vagas de inseguridad; y e) la sensación de que algo no está correctamente

ordenado. El nuevo cuestionario fue completado por 498 adultos procedentes de la comunidad y seleccionados a través de internet, que también completaron medidas de sintomatología o-c (DOCS), ansiedad y depresión (DASS-21), ansiedad generalizada (GAD-7) y ansiedad social (SIAS-SF). Todas las correlaciones con los diferentes tipos de síntomas fueron significativas y de magnitud moderada (entre 0,37 y 0,57), siendo la única significativamente más alta que las demás la obtenida para la ansiedad generalizada. Mediante análisis de regresión se puso a prueba la capacidad del NJREQ-R de predecir los diversos tipos de síntomas por encima del género, el afecto negativo (medido a través del PANAS) y las creencias obsesivas (OBQ-20). Los síntomas o-c y los de ansiedad generalizada incrementaron la varianza explicada en un segundo paso, pero no la depresión ni la ansiedad social.

El ya mencionado estudio de Taylor *et al.* (2014) incluyó también la medida de las experiencias *not just right* mediante el NJREQ-R. En la parte metaanalítica del estudio, se halló que las puntuaciones en esta escala correlacionaban de forma significativamente más alta con la sintomatología o-c ($r = 0,38$) que con el malestar general ($r = 0,29$); esta diferencia no había alcanzado la significatividad cuando se había utilizado el OC-TCDQ como medida de inacabado. En la parte empírica del estudio, los resultados obtenidos fueron similares a los ya descritos en el caso del inacabado, hallándose que la puntuación en el NJREQ-R seguía asociándose de forma significativa a la sintomatología o-c tras controlar el efecto de la evitación del daño y de las creencias obsesivas.

Un estudio en una línea diferente pero relevante para la discusión es el de Mancini, Gangemi, Perdighe y Marini (2008). Estos autores midieron la activación de experiencias *not just right* (valoradas posteriormente *ad hoc*) mediante dos tareas experimentales con el objetivo de explorar si los sentimientos de culpabilidad influyen en este tipo de experiencias en adultos normales. Un primer experimento demostró que la inducción de culpabilidad resultaba en el incremento de las sensaciones *not just right* en los sujetos con alta culpabilidad rasgo. Un segundo experimento comprobó que esta asociación entre NJREs y sentimientos de culpa se mantenía cuando se controlaba el afecto negativo. Además, en ambos experimentos, las experiencias NJR inducidas correlacionaban con medidas de sintomatología o-c. El interés de este experimento reside en mostrar una relación específica (que va más allá del afecto negativo) entre las NJREs y una emoción (la culpa) que estos autores suponen asociada de forma especial con la patología obsesiva.

En resumen, los estudios descritos apuntan a que las NJREs se asocian a la sintomatología obsesiva en mayor grado que a la depresiva o a la ansiosa considerada de forma amplia, tanto en población clínica como no clínica. Sin embargo, existen datos que apuntan a que esta relación podría darse también con la ansiedad generalizada, una posibilidad interesante que no ha sido lo suficientemente explorada con muestra clínica. Por otro lado, parece bastante claro que la relación entre experiencias *not just right* y sintomatología o-c no se debe a la asociación de las primeras con las creencias obsesivas (incluyendo el perfeccionismo) o con el malestar general. Como veremos en la próxima sección, estos datos no son suficientes para convencer a todos los investigadores de que esta asociación aporte un conocimiento significativo acerca de la psicopatología del TOC.

3.4.5. Las NJREs como epifenómenos

En un artículo titulado *Doing clinical psychology research: What is interesting isn't always useful* (Haciendo investigación en psicología clínica: lo que es interesante no es siempre útil), Davey (2003) escoge las experiencias *not just right* como ejemplo de constructo aparentemente interesante pero potencialmente irrelevante para el avance de la comprensión de la psicopatología. Las dudas que se plantea este autor son, por un lado, si este constructo se limita a redescubrir la sintomatología del TOC y, por otro, si estas experiencias son simplemente una consecuencia trivial, epifenoménica de los mecanismos que subyacen al TOC.

Ambas dudas son razonables pero deberían ser consideradas de forma independiente. Se ha defendido (Sica *et al.*, 2013) que las NJREs son la manifestación de un déficit en la capacidad de usar la experiencia emocional y el feedback sensorial para guiar la conducta y que, por tanto, deberían ser investigadas como un marcador psicológico del trastorno, una característica que refleja vulnerabilidad al TOC. De este modo, se puede sostener que estas experiencias son, realmente, un epifenómeno de una causa subyacente a la sintomatología o-c y, al mismo tiempo, que no son simplemente otra manera de hablar de esta sintomatología y que, por lo tanto, su estudio es relevante para comprenderla. Varios estudios del grupo de Sica se pueden considerar precisamente como una aportación a este punto de vista.

Ghisi, Bottesi, Sica, Sanavio y Freeston (2013) proponen que las experiencias *not just right* podrían ser un epifenómeno de las señales de error (*mismatch signals*) generadas por una corteza cingulada anterior hiperactiva. Esta hiperactividad ha

sido señalada (como se ha visto en un capítulo anterior) como un posible factor de vulnerabilidad al TOC, potencialmente medible mediante la ejecución en la tarea neuropsicológica go/nogo. Sin embargo, la ejecución de los pacientes TOC en esta tarea ha sido inconsistente a través de los estudios. Estos autores proponen que esta inconsistencia podría ser explicada considerando el papel de las experiencias *not just right*, ya que estas contribuirían a tener un mayor número de errores de comisión (por la interferencia que generarían en la capacidad de inhibir una respuesta motora pre-potente) y una mayor lentitud en la tarea (por su asociación con unos criterios de respuesta más estrictos). Este estudio examinó la ejecución de 22 pacientes obsesivos y 22 participantes control en la tarea go/nogo, así como su asociación con las experiencias *not just right*. Los resultados mostraron que la velocidad en la ejecución, pero no su precisión, se asociaba a una mayor puntuación en el NJREQ-R. Sin embargo, las diferencias entre pacientes obsesivos y controles se dieron en la precisión pero no en los tiempos de reacción. De este modo, las hipótesis del estudio se cumplían sólo parcialmente: las NJREs parecen actuar como un factor de vulnerabilidad general entre los pacientes TOC para una ejecución más lenta en la tarea, aunque no con los problemas en la inhibición motora. Sin embargo, el hallazgo de que no es el estatus sintomatológico en sí mismo, sino la tendencia a experimentar NJREs lo que se asocia a la lentitud apunta al potencial interés de utilizar estas experiencias como marcador de un factor (entre otros) de vulnerabilidad al TOC.

Otro estudio diseñado con el propósito de apoyar que las NJREs son un marcador psicológico del TOC es el de Sica *et al.* (2013), que partió de la base de que el TOC es un trastorno con una fuerte base genética cuya vulnerabilidad es, por lo tanto, heredable. Si la tendencia a tener experiencias *not just right* es también un marcador de tal vulnerabilidad, es esperable que sea también heredable y que se asocie a la propensión a padecer sintomatología obsesiva incluso en hijos de padres que no padecen el trastorno. Las hipótesis de los autores fueron puestas a prueba en una muestra no clínica de padres e hijos y recibieron un apoyo parcial. Las NJREs de los padres y madres correlacionaron con las de los hijos y, lo que es más importante, las NJREs de los padres (pero no de las madres) predecía la sintomatología o-c en los hijos varones, incluso cuando se controlaban los síntomas ansiosos de los padres (y madres) y su nivel de creencias obsesivas. Esta capacidad de predicción se limitaba a los síntomas de lavado, comprobación, orden y neutralización. La especificidad de esta relación para los varones es difícil de explicar en la actualidad pero, según estos

autores, es compatible con algunos modelos razonables de transmisión genética del TOC.

Por último, Sica, Caudek, Chiri, Ghisi y Marchetti (2012) examinaron la relación entre las experiencias *not just right* y los síntomas o-c de forma prospectiva. En una muestra de 187 estudiantes universitarios, las NJREs predijeron la variación en los síntomas obsesivos a lo largo de un período de un año, incluso cuando se controlaba el efecto del malestar general, y el *looming style* (un mecanismo cognitivo asociado a la ansiedad). El uso de un diseño longitudinal permite concluir que las NJREs no son un epifenómeno de los síntomas obsesivos, ya que pueden preceder a estos. En definitiva, esta es la conclusión apoyada, de forma clara, aunque no decisiva, por los resultados del grupo de Sica, globalmente considerados.

Sin embargo, la crítica de Davey con la que comenzábamos la sección, no sólo se centraba en la posibilidad (que tras esta revisión parece tener menos fuerza) de que las experiencias *not just right* fueran un epifenómeno de los síntomas. También se preguntaba si un constructo de esta naturaleza ayudaba a comprender la psicopatología obsesiva a través de lo que denomina “mecanismos y procesos psicológicos bien establecidos”. Se trata de una preocupación legítima a la que no responden de forma satisfactoria los anteriores estudios, ya que estos recurren básicamente a mecanismos neurobiológicos. En los próximos apartados tomaremos en consideración algunas explicaciones propuestas de la indecisión y la duda obsesiva que recurren a constructos más cercanos a la psicología cognitiva y que, por tanto, pueden considerarse más útiles para una comprensión psicológica de la sintomatología obsesiva.

4. LA DUDA OBSESIVA Y EL MODELO COGNITIVO

4.1. La duda obsesiva desde las propuestas cognitivas tradicionales del TOC: el papel de la responsabilidad y la sobreestimación de la amenaza.

Ya hemos comentado cómo el modelo cognitivo ha dado tradicionalmente la espalda al fenómeno de la duda obsesiva, probablemente por su énfasis en los pensamientos y las conductas observables. Cuando este fenómeno se ha abordado, en congruencia con un supuesto fundamental de los modelos cognitivo-conductuales, se ha enfatizado su continuidad con la normalidad. De

este modo, la duda obsesiva sería una manifestación exagerada de la duda normal, una reacción lógica ante una decisión que por algún motivo es importante. Llevado a sus últimas consecuencias, este supuesto induciría a tratar su aspecto fenomenológico como un epifenómeno. Y esto es, precisamente, lo que parece hacer Salkovskis cuando aborda la duda desde su modelo teórico que, recordemos, enfatiza el papel de las valoraciones de responsabilidad (Salkovskis y Forrester, 2002). Según estos autores, los pacientes obsesivos malinterpretan la gravedad de ciertas decisiones que tienen que tomar, a menudo porque han experimentado una intrusión sobre la posible ocurrencia de una consecuencia negativa. La decisión acerca de cuándo parar una compulsión sería el ejemplo más relevante. Debido a esta interpretación, los pacientes elevan la cantidad de información requerida, pasando de una toma de decisiones automática a una estratégica, hasta recurrir finalmente a criterios subjetivos como el nivel en el que se ha logrado una sensación “*just right*”. La clave es que este proceso no es cualitativamente diferente al que se lleva a cabo en la conducta no compulsiva, sino que es el que se utiliza para tomar decisiones a las que se otorga una importancia muy grande.

Si bien Salkovskis asume que la clave para entender la importancia excesiva concedida a las decisiones por parte de los obsesivos es una valoración excesiva de responsabilidad, también se ha defendido la sobreestimación de la amenaza como mecanismo relevante. Rasmussen y Eisen (1989) defienden que es una anomalía básica en la evaluación de los riesgos el mecanismo que lleva a la “duda patológica”. Esto tiene el problema de que el mecanismo sería compartido con otros trastornos de ansiedad y no explicaría lo que tiene la duda de específicamente obsesivo. Aunque también podría argumentarse que esto no es un verdadero problema ya que esta supuesta especificidad tiene un apoyo empírico muy dudoso. Lo mismo podría decirse de la ya mencionada objeción de Reed, quien afirma que la indecisión es un problema generalizado en los obsesivos y no limitado a las decisiones importantes.

La vinculación entre sobreestimación de la amenaza y duda (operacionalizada a través de la indecisión) ha sido estudiada a través de diversos estudios experimentales, ya descritos en el apartado (capítulo 4, apartado 2.2.2.). Con algunas excepciones notables (Foa *et al.*, 2003), los resultados no han apoyado esta propuesta. Si bien existen además abundantes estudios experimentales y psicométricos acerca de la relación entre respuesta al riesgo e indecisión, la gran mayoría se han realizado de espaldas a los métodos y los problemas de la psicopatología. Una excepción es el uso de la IS por parte de Patalano y

Wengrovitz (2007), quienes utilizaron esta escala para dividir a un grupo de estudiantes universitarios en indecisos y no indecisos. Sus resultados indicaron que ambos grupos no se diferenciaban globalmente en la demora de la toma de decisiones. Sí se diferenciaban en sus estrategias de búsqueda de información y en que los indecisos no variaban la latencia de la decisión en función del riesgo que esta implicaba.

4.2. El perfeccionismo

La posible relación entre perfeccionismo y duda obsesiva puede abordarse desde varias perspectivas. Una posibilidad es considerar las experiencias *not just right* como una variante del perfeccionismo a la que se ha denominado “perfeccionismo sensorial”, de la que las NJREs serían un sinónimo: “En particular, las compulsiones de orden así como las obsesiones de simetría pueden conceptuarse como formas de perfeccionismo sensorial en el que la creencia es que la propia experiencia no es del todo correcta y debe ser ‘perfeccionada’ de algún modo” (Frost, Novara y Rhéaume, 2002, p. 100). Al utilizar el término “perfeccionismo” se está asumiendo que el problema no es que la cualidad de la experiencia sea defectuosa, sino que se evalúa desde unas expectativas demasiado elevadas. Esta distinción parece difícil de poner a prueba empíricamente, ya que no es obvio qué consecuencias observacionales se derivarían de la misma, y sin embargo esto es precisamente lo que hicieron Constans, Foa, Franklin y Mathews, 1995, citado en Foa *et al.* 2003). En este estudio acerca del posible papel de los déficits de memoria en los síntomas de comprobación se comparó a 12 pacientes comprobadores con 7 controles no clínicos. Los resultados mostraron que ambos grupos informaban de niveles similares de confianza, viveza y satisfacción con sus recuerdos. Sin embargo, los comprobadores deseaban mayores niveles de viveza para sentirse satisfechos, existiendo disparidad entre la experimentada y la deseada sólo para este grupo. Esto sugiere que los comprobadores desean mayor grado de detalle en su recuerdo antes de sentirse satisfechos.

Otros estudios han explorado la asociación entre perfeccionismo y experiencias *not just right*, o de inacabado, tratándolos como constructos independientes y evaluándolos a través de medidas específicas. Coles *et al.* (2003), en el estudio de correlación de la versión inicial del NJREQ, hallaron correlaciones significativas entre las valoraciones de las experiencias NJR así como el número de experiencias en la última semana y las diferentes escalas de la *Multidimensional Perfectionism Scale* de Frost. Estas últimas correlaciones eran

especialmente elevadas para las dimensiones consideradas como especialmente patológicas de la escala (Dudas sobre Acciones y Preocupación por los Errores). Ghisi *et al.* (2010) obtuvieron resultados muy similares empleando una medida diferente de perfeccionismo. En el estudio de Pietrefesa y Coles (2008), las distintas escalas de la MPS tenían correlaciones significativas y, por lo general, moderadas, con las dos escalas del OC-TCDQ. Tres de las facetas del perfeccionismo correlacionaban de forma significativamente más elevada con Inacabado que con Evitación del Daño: Dudas sobre Acciones, Exigencias Personales y Organización. Con excepción de la primera, no se trata precisamente de las escalas más patológicas sino de aquellas que se relacionan con tener unas expectativas elevadas sobre la propia ejecución, lo que podría interpretarse como debido a la asociación entre inacabado y rasgos de personalidad obsesiva. Una interpretación similar es la que se podría realizar de los resultados obtenidos por Summers *et al.* (2014), en un estudio ya comentado anteriormente. Estos autores hallaron que la correlación entre la valoración de las experiencias *not just right* provocada mediante tareas y la MPS dejaba de ser significativa cuando se controlaba el efecto del afecto negativo y el malestar previo a la tarea. La única excepción era que los efectos de la tarea visual seguían asociándose a las escalas de Preocupación por los Errores y Organización, lo que podría asociarse a la mediación de los rasgos obsesivos de personalidad.

Por último, se ha estudiado el papel del perfeccionismo en la indecisión entendida como correlato conductual de la duda obsesiva. En su revisión sobre las propuestas teóricas que explicarían la relación entre indecisión y TOC, Frost y Shows (1993) destacan el papel de ese constructo. Un claro antecedente citado por estos autores es el de Strauss, quien en 1948 afirmó que la indecisión de los obsesivos es un subproducto de su necesidad de hacer las cosas perfectamente. De este modo, la incapacidad para asegurarse de que sus acciones están libres de errores conduciría a la incapacidad de tomar decisiones. Dos estudios correlacionales avalan la relación de la indecisión, medida a través de la IS, con el perfeccionismo y, especialmente, con sus componentes más patológicos. Frost y Shows (1993) hallaron una correlación positiva entre la IS y las dimensiones desadaptativas del perfeccionismo, pero positiva con la escala de metas personales. Gayton *et al.* (1994), también en un estudio con población no clínica, encontraron correlaciones significativas entre la IS y únicamente dos de las escalas de la MPS: Preocupación por los Errores y las Dudas sobre Acciones.

4.3. Intolerancia a la incertidumbre

De la propuesta de explicación recién comentada sobre la relación entre indecisión y perfeccionismo se deduce un papel importante de la intolerancia a la incertidumbre, ya que la paralización o evitación de la toma de decisiones estaría motivada, al menos parcialmente, por la incapacidad de soportar la incertidumbre acerca del efecto (potencialmente negativo) de sus propias acciones. La intolerancia a la incertidumbre se considera, como ya se ha comentado, una creencia/valoración nuclear en el TOC, si bien se conoce su importancia en otros trastornos de ansiedad y, especialmente, el TAG, así como en la depresión, considerándose una dimensión transdiagnóstica relevante (McEvoy y Mahoney, 2012).

Existen pocos estudios empíricos que hayan abordado de forma explícita esta hipótesis. Describiremos dos realizados por Rassin y Muris (2005b, 2007), que relacionaron las puntuaciones obtenidas en la IS con una medida de intolerancia a la incertidumbre: la Intolerance of Uncertainty Scale (IUS; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas y Ladouceur, 1994) en dos muestras de participantes no clínicos. En el primer estudio, la IS obtuvo una correlación elevada (0,62) y significativa con la IUS, y en el segundo, la magnitud de la correlación fue muy similar (0,54). Un resultado adicional del primer estudio es que, en esta muestra, la indecisión se asociaba con la percepción de las situaciones ambiguas como amenazantes.

Que exista una relación especial entre duda e intolerancia a la incertidumbre parece muy plausible incluso partiendo de la relación semántica entre ambas, pero resulta necesario establecer algunas precisiones. Como comenta Tallis (1995a), es evidente que existe un solapamiento conceptual entre ambas, ya que la incertidumbre sería como la duda pero centrada en el futuro. Sin embargo, la escasa tolerancia a la incertidumbre puede diferenciarse de la duda a nivel sintomático, ya que un individuo no clínico puede experimentar dudas sobre el logro satisfactorio de una conducta previamente ejecutada y, sin embargo, dicho individuo no se siente obligado a reducir su incomodidad mediante la comprobación, siendo capaz de tolerar la incertidumbre. Jakes (1995) se ha referido a este mismo problema de una forma muy iluminadora. En su revisión crítica de la teoría de Reed se refirió al “problema motivacional de Reed”, consistente en que el hecho mismo de experimentar estados subjetivos de incertidumbre no explica la ejecución de conductas tendentes a reducirlos.

Las fundamentadas dudas acerca de la especificidad de la intolerancia a la incertidumbre en el TOC se trasladan, como es obvio, a su uso para los propósitos descritos en este apartado. Más allá de la escasez de investigaciones empíricas dedicadas a este problema, el problema de la especificidad es, probablemente, el mayor que tiene el modelo cognitivo a la hora de explicar fenómenos tan supuestamente característicos y exclusivos del TOC como la duda obsesiva y la “indecisión compulsiva”.

5. LA CONFIANZA EN LA MEMORIA Y EN OTROS PROCESOS COGNITIVOS

Ya se ha señalado con anterioridad que la comprobación repetida es probablemente la manifestación más paradigmática de la duda obsesiva. También se ha comentado (capítulo 3, apartado 3.3.) que la propuesta más intuitiva para este fenómeno, la existencia de un déficit en la memoria, no ha podido ser demostrada de forma concluyente. La propuesta de que las compulsiones de comprobación podrían surgir, más bien, de una falta de confianza en la memoria ha sido impulsada por el fracaso en encontrar dicho déficit. Sin embargo, ya estaba presente, de forma más o menos explícita, en las teorías de Janet y Freud, e incluso en las propuestas de Rachman y Hodgson sobre la etiología de la comprobación (Frank Tallis, 1995b). Este apartado se va a centrar en la falta de confianza en la memoria y en otros procesos cognitivos, enfatizando las explicaciones de este fenómeno en términos de psicología cognitiva y aportando algunos intentos de integración con el modelo cognitivo del TOC.

5.1. La falta de confianza en la memoria

Una de las primeras pruebas empíricas de la asociación entre el TOC y una baja confianza en la memoria proviene de un estudio de McNally y Kohlbeck (1993). El objetivo de este era detectar un posible déficit en la capacidad de distinguir los recuerdos de acciones llevadas a cabo de las acciones imaginadas (denominada *reality monitoring*). Para ello compararon la ejecución en una tarea de este tipo en una muestra de comprobadores, una de pacientes obsesivos no comprobadores y una muestra normal. Si bien no encontraron pruebas de déficits en el *reality monitoring* de los pacientes con TOC, sí encontraron que estos tendían a expresar una menor confianza en sus recuerdos en comparación con los participantes control.

Foa, Amir, Gershuny, Molnar y Kozak (1997) investigaron la memoria explícita de una muestra de pacientes obsesivos comparándolos con una muestra no clínica en una tarea de reconocimiento de frases. Los pacientes mostraban menos confianza en su memoria tanto para las frases cuyo contenido estaba relacionado con la contaminación como para frases neutrales. Todos los participantes confiaban menos en el recuerdo de las frases relacionadas con la contaminación, pero la diferencia entre ambos tipos de frases era menor para los pacientes, por lo que estos autores interpretaron que los obsesivos se caracterizan por una falta de confianza general. Macdonald, Antony, Macleod y Richter (1997) también utilizaron una tarea de reconocimiento, comparando la ejecución en la misma entre una muestra de comprobadores, TOCs no comprobadores y controles. Hallaron que la latencia, que emplearon como una medida objetiva de falta de confianza, mostraba una tendencia (no significativa) a ser mayor en los comprobadores, pero sólo para los reconocimientos positivos (es decir, en los ensayos con palabras que sí habían leído anteriormente). Los comprobadores sí mostraron menor confianza en la memoria frente a los otros dos grupos cuando esta se midió a través de un autoinforme. En contraste con este estudio, que no halló disminución en la ejecución de las tareas de los pacientes obsesivos, Zitterl *et al.* (2001) sí encontraron déficits de memoria en su muestra de pacientes TOC, no sólo en memoria verbal como hipotetizaron sino también en memoria no verbal y general. Estos autores compararon también la puntuación de pacientes obsesivos con una muestra no clínica en una escala de autoinforme que medía la confianza en la corrección de sus respuestas en la tarea de memoria, y encontraron que esta confianza era significativamente menor en los pacientes obsesivos.

Cogle, Salkovskis y Wahl (2007) utilizaron un cuestionario diseñado *ad hoc*, el *Memory for Actions and Events Questionnaire* (Cuestionario de memoria para acciones y sucesos) para valorar la capacidad de memoria general para acciones y sucesos potencialmente dañinos que podrían haber ocurrido durante el último mes. Estas acciones y sucesos se dividían entre aquellos para los que quien responde es responsable o no de la ocurrencia de las consecuencias dañinas y, por otro lado, por su relación o no con preocupaciones características del TOC. Los participantes eran una muestra de pacientes obsesivos (tanto comprobadores como no comprobadores), controles con trastornos de ansiedad y controles no clínicos. Estos puntuaron en una escala de 0 a 100 su capacidad para recordar dichos sucesos/acciones (lo que denominaban “percepción de capacidad memorística”) y la confianza en el recuerdo concreto

(una vez recordado, cuánta confianza tienes en él), lo que supone una distinción novedosa y peculiar de este estudio. Los resultados indicaron que los comprobadores tenían una percepción más baja de su capacidad memorística que los otros grupos para las situaciones para las que eran responsables, tanto si eran relevantes para el TOC como si no. Además, también tenían menor confianza en los recuerdos en comparación a los otros grupos, pero este fenómeno era específico para situaciones obsesivas para las que eran responsables. El hallazgo de esta especificidad, así como algunos estudios (claramente minoritarios) que no han encontrado una menor confianza en la memoria (por ejemplo, Edalatzadeh, Kabirnezhad y Alilo, 2011) nos recuerda que si bien la menor confianza en la memoria de los obsesivos parece un hallazgo robusto, está probablemente influido por múltiples variables que estamos lejos de conocer en profundidad.

5.2. El efecto paradójico de la comprobación repetida

Los resultados revisados ofrecen motivos sólidos para creer en la existencia de una baja confianza en la memoria en los obsesivos, al menos hasta cierto punto independiente de un déficit cognitivo. Sin embargo, no ofrecen explicaciones de este fenómeno; a continuación, repasaremos algunas de las más sugerentes, ofrecidas desde el campo de la psicología y la psicopatología cognitivas.

Una de las propuestas más fecundas, liga la desconfianza en la memoria con la existencia de un mecanismo autopropagador en el que las propias compulsiones de comprobación juegan un papel central. Esta idea ya fue articulada por Rachman (2002) en su modelo de este tipo de TOC. Para Rachman, este mecanismo estaría compuesto de cuatro elementos: los incrementos paradójicos en la probabilidad y en la gravedad percibida del daño, la ausencia de certeza sobre el fin de la amenaza y la confianza reducida en la memoria. Según la revisión de Radomsky y Alcolado (2012), con anterioridad al trabajo de Rachman citado pocos estudios habían discutido los posibles mecanismos inductores de la falta de confianza en la memoria y en ninguno había sido esta la principal variable dependiente. Radomsky, Rachman y Hammond (2001) hallaron que la confianza en la memoria se relacionaba de forma inversa a la responsabilidad percibida. Y, de forma más cercana a la psicología cognitiva clásica, Tolin *et al.* (2001) hallaron que, en una tarea que pedía recordar repetidamente objetos no seguros seleccionados

idiográficamente a pacientes obsesivos, estos informaban de niveles decrecientes de confianza en sus recuerdos a medida que avanzaba la tarea.

Los primeros experimentos diseñados con el fin de poner a prueba la existencia de un “mecanismo irónico” que lleve de la comprobación a la falta de confianza en la memoria fueron los de van Hout y Kindt (2003a, 2003b, 2004). En estos experimentos se pidió a diversos grupos de participantes no clínicos que llevaran a cabo diferentes rituales de comprobación. Los resultados indicaron que la comprobación “relevante”, es decir, la llevada a cabo en el fogón, frente a otras comprobaciones similares pero en un entorno virtual diferente (un grifo), provocaba una disminución de la confianza en la memoria en una tarea de recuerdo de las acciones llevadas a cabo sobre el fogón, a pesar de que los recuerdos relacionados con la tarea no disminuían en precisión (M. van den Hout y Kindt, 2003b). Esta disminución de la confianza se asociaba a una menor vividez y cantidad de detalle en los recuerdos (M. van den Hout y Kindt, 2003b, 2004).

Estos experimentos han sido objeto de varios intentos de replicación, especialmente por parte del grupo de Radomsky. En el primero de ellos Coles, Radomsky y Horng (2006) repitieron (también con participantes no clínicos) el experimento de van den Hout y Kindt con un fogón y un grifo reales. Los resultados indicaron que la disminución de la vividez y el detalle de los recuerdos, además de la confianza en los mismos, se producía también en estas condiciones. Para ello era suficiente realizar entre 5 y 10 comprobaciones, con lo que no sólo se avalaba la validez externa del paradigma experimental, sino que se probaba que estos efectos podían darse bajo condiciones clínicamente relevantes. Sin embargo, la comprobación en un entorno real no parecía tener efectos tan marcados como en un entorno virtual (Radomsky, Gilchrist y Dussault, 2006). La mayor vividez del mundo real frente al entorno virtual podría explicar estos resultados. Más difícil es explicar que en este estudio la comprobación causaba un deterioro, pequeño pero significativo, en la ejecución. Radomsky y Alcolado (2010) replicaron estos resultados, incluyendo el deterioro en la ejecución mencionado, en un estudio en el que incluyeron una nueva condición: la “comprobación mental”. Estos autores hallaron que este tipo de comprobación, cuando se llevaba a cabo de forma repetida, llevaba a reducciones en la metamemoria para anteriores comprobaciones mentales, pero no para las llevadas a cabo de forma física. Lo contrario ocurría con las comprobaciones físicas repetidas. Recientemente, este grupo de autores ha

replicado lo esencial de estos resultados con un grupo de pacientes TOC con predominio de síntomas de comprobación.

Radomsky, Dugas, Alcolado y Lavoie (2014) hallaron que la comprobación repetida causaba desconfianza en la memoria y reducciones en la vividez y el detalle, tanto en un grupo de estudiantes como en uno clínico de las características mencionadas y tanto para la comprobación de un fogón como la de un grifo. Se hallaron también decrementos en la precisión de la memoria que, sin embargo, no explicaban por completo la reducción en la confianza. No fue este, sin embargo, el primer estudio en estudiar los efectos de la comprobación repetida sobre la confianza en la memoria en una muestra clínica. Boschen y Vuksanovic (2007) pidieron a 15 pacientes con TOC que comprobaran un fogón virtual, replicando las reducciones en confianza, vividez y detalle. Además, hallaron que un incremento en la responsabilidad personal llevaba a un mayor deterioro en la confianza en la muestra de pacientes, mientras que no ocurría lo mismo en una muestra de estudiantes. En este estudio, la comprobación no se asociaba en un deterioro de la ejecución.

Por último, los efectos sobre la metamemoria de llevar a cabo una tarea de forma repetida no parecen ser específicos para la comprobación. Fowle y Boschen (2011) estudiaron el efecto del lavado repetido en 60 participantes no clínicos. Los resultados mostraron que el lavado repetido disminuía la confianza en el recuerdo de los ítems sometidos a este lavado, sin que afectara a la precisión del recuerdo y ni siquiera a la confianza en el grado de limpieza alcanzado.

5.3. Explicaciones del efecto paradójico

El efecto descrito es lo suficientemente sólido como para haber sido objeto de diversas propuestas teóricas que, a su vez, han sido objeto de contraste empírico. Los propios Van den Hout y Kindt (2003b) ofrecen la siguiente explicación: la comprobación repetida aumenta la familiaridad con lo comprobado, que promueve el procesamiento conceptual lo que, a su vez, inhibe el procesamiento perceptual. Esta inhibición hace que los recuerdos sean menos vívidos y detallados, lo que lleva a la desconfianza en los recuerdos. Una consecuencia de este cambio en el tipo de procesamiento es que los recuerdos de los actos de comprobación se obtienen recurriendo a la memoria semántica (“saber”) frente a la episódica (“recordar”). Los mismos autores (M. van den Hout y Kindt, 2003a) comprobaron en un estudio empírico que esto producía el cambio esperado en la fenomenología del recuerdo, lo que evaluaron

midiendo el grado de acuerdo de los participantes que comprobaban repetidamente con una serie de afirmaciones extraídas de la obra de Reed. Boschen, Wilson y Farrell (2011) pusieron directamente a prueba la explicación de van den Hout y Kindt basándose en el fenómeno conocido de que la novedad y la distintividad incrementan el procesamiento perceptual, supuestamente inhibido por la comprobación repetida. Estos autores comprobaron que aumentar la novedad y distintividad del fogón virtual llevaba a una menor reducción de la confianza en la memoria tras 20 comprobaciones, lo que apoyaría este modelo teórico.

Sin embargo, otras investigaciones sugieren la necesidad de modificarlo o, al menos, completarlo. Por ejemplo, Harkin y Kessler (2009) hallaron que los efectos perjudiciales de la comprobación en la memoria se podrían situar ya en la consolidación y la retención en la propia memoria de trabajo, y no en los procesos de recuperación de la memoria episódica. Esta conclusión se apoyó en los resultados de una tarea experimental, llevada a cabo con una muestra no clínica, que implicaba la memoria de trabajo, que indicaron que la tendencia a la comprobación tenía un efecto negativo sobre los mecanismos mencionados. Este efecto correlacionaba con la magnitud de las puntuaciones en la escala de comprobación del VOCl, resultado que se explicó apelando a la existencia de déficits inhibitorios. Los resultados de Linkovski, Kalanthroff, Henik y Anholt (2013) apoyaron la importancia de estos déficits, ya que hallaron que los participantes con pocas capacidades inhibitorias mostraron una mayor incertidumbre y una mayor desconfianza en la memoria como consecuencia de la comprobación repetida que aquellos con un buen control inhibitorio.

5.4. Otras explicaciones de la desconfianza en la memoria

A excepción de la última investigación mencionada, estos estudios se han centrado en el mecanismo concreto por el que se produce el deterioro de la confianza en la memoria y suponen una universalidad en un doble sentido: en cuanto a que no explica la existencia de diferencias individuales (incluyendo las relacionadas con la obsesividad), pero también porque serviría para cualquier tipo de estímulo.

A medio camino entre la psicología del procesamiento de la información y los modelos cognitivos en psicopatología existen propuestas que ligan la baja confianza en la memoria con características individuales de vulnerabilidad en el ámbito de los “estilos cognitivos”. Exner, Martín y Rief (2007) presentan la “autoconciencia cognitiva” (*cognitive self-consciousness*) uno de tales estilos que

predispone a problemas en la ejecución de tareas cognitivas que requieren esfuerzo (incluyendo la memoria episódica) y al desarrollo de obsesiones y compulsiones. Esta hipótesis encuentra apoyo empírico en una investigación del mismo grupo (Exner *et al.*, 2009), que evaluaron el estilo cognitivo mencionado utilizando el *Meta-Cognitions Questionnaire* (MCQ, Cartwright-Hatton y Wells, 1997). En este estudio, 23 participantes diagnosticados de TOC mostraron un menor recuerdo de material verbal complejo así como un grado mayor de autoconciencia cognitiva que un grupo control compuesto por 22 participantes no clínicos. Los análisis de regresión múltiple indicaron que las diferencias de grupo en recuerdo estaban mediadas de forma significativa por las diferencias en el estilo cognitivo, lo que apoya las hipótesis de estos investigadores.

Por otro lado, la supuesta universalidad del efecto en el terreno de los estímulos se ha puesto en duda desde el modelo cognitivo. En concreto, en el ya mencionado estudio de Cogle *et al.* (2007), la disminución de la confianza en la memoria en los pacientes obsesivos era específica para aquellas situaciones recordadas en las que eran responsables del resultado. Por desgracia, pocos estudios han manipulado de forma sistemática la naturaleza de los estímulos (en concreto en la dimensión de responsabilidad) para observar sus resultados sobre la confianza en la memoria. Sí lo han hecho Farrell, Waters, Boschen y Milliner (2011), en un estudio con población infantil, en el que 27 niños y adolescentes diagnosticados con TOC llevaron a cabo una tarea de evaluación cognitiva sobre unos escenarios hipotéticos en los que se les presentaba como responsables o no de prevenir que la mascota de un amigo sufriera un posible daño. A pesar de que la manipulación de responsabilidad fue efectiva, no tuvo ningún efecto en las evaluaciones de confianza en la memoria, intolerancia a la incertidumbre ni el impulso a comprobar.

Este tipo de estudios, además de ser muy escasos en número, no logran capturar la naturaleza circular de la causalidad implicada en la disminución de la confianza a la memoria, que probablemente sea una característica intrínseca al fenómeno y que está capturada de forma clara en el modelo de Rachman de la comprobación, donde las creencias son a su vez causa de la comprobación repetida y se ven reforzadas por la misma. Como muestra de esta complejidad, al menos dos investigaciones experimentales han demostrado que la disminución de la confianza en la memoria puede ser causa de la comprobación repetida. Alcolado y Radomsky (2011) pasaron un test estandarizado de memoria a un grupo de estudiantes y les dieron feedback falso (positivo o

negativo) sobre su ejecución. Después completaron dos tareas adicionales de memoria, mostrándose que aquellos que habían recibido el feedback negativo (creando una disminución de la confianza) tenían mayores impulsos de comprobar tras las mismas. Cuttler, Sirois-Delisle, Alcolado, Radomsky y Taylor (2013) llevaron a cabo una investigación similar en la que algunos de los participantes (también no clínicos) recibían un falso feedback negativo acerca de su memoria prospectiva. Estos informaban de unos niveles de duda significativamente más altos y mayor impulso a comprobar que los que habían recibido feedback positivo. Debe aclararse que al menos este último estudio asume que sí existen déficits en la memoria prospectiva de los pacientes obsesivos, partiendo del estudio de Cuttler y Graf (2009a) ya citado en la revisión sobre la memoria en el capítulo 3.

Partiendo de la misma base, Cuttler, Alcolado y Taylor (2013) llevan a cabo el que probablemente es el estudio empírico más completo e integrador de los que investigan la influencia de la falta de confianza en la memoria sobre las compulsiones de comprobación. Una de las novedades más interesantes de este estudio es la inclusión de la Escala de duda obsesivo-compulsiva (*Obsessive-Compulsive Doubting Scale*, OCDS, Cuttler y Taylor, 2012). Se trata de un instrumento de autoinforme de 10 ítems que mide la frecuencia de aparición de dudas (sin hacer referencia a conductas de comprobación) en la vida cotidiana (por ejemplo: “Después de salir de casa o del trabajo, me pregunto si he cerrado la puerta o las ventanas”). La investigación, realizada con participantes no clínicos, incluye la puntuación en esta escala como una de sus variables, cuya influencia sobre la compulsión a la comprobación se estudia junto a la de las creencias disfuncionales y los déficits autoinformados en memoria (tanto prospectiva como retrospectiva), empleando una metodología que permite detectar efectos de mediación y de interacción entre las diversas variables estudiadas. Los resultados de este estudio indican que: 1) Los fallos autoinformados en la memoria (tanto en la prospectiva como en la retrospectiva) llevan a un aumento de las compulsiones de comprobación, efecto que está completamente mediado por un aumento de la duda; 2) La varianza en comprobación que explica la confianza en la memoria es redundante con la que explica la duda, mientras que la duda explica una proporción significativa de varianza única que no es capaz de explicar la confianza en la memoria. Los autores proponen que esto se debe a un solapamiento de ambos constructos, si bien la correlación entre ellos es de únicamente $r = ,31$; y 3) Las creencias disfuncionales también contribuyen a predecir la comprobación, en parte de forma aislada a la duda (efecto simple) y

en parte en interacción con esta. Estos resultados pueden interpretarse a la luz del modelo cognitivo del TOC: son las intrusiones/obsesiones, fundamentalmente de duda, las que provocan las conductas de comprobación como modo de manejarlas, estando influido el efecto de dichas obsesiones por las creencias del sujeto. No deja de ser interesante la propuesta de medir directamente la duda obsesiva, pero la validez de constructo de este fenómeno tal y como lo plantean estos autores deberá ser demostrada por investigaciones futuras.

5.5. La falta de confianza en otros procesos cognitivos

Del mismo modo que el trabajo de McNally y Kohlbeck (1993) tuvo un papel seminal en los estudios sobre falta de confianza en la memoria, otra investigación dedicada principalmente al *reality monitoring* (Hermans, Martens, De Cort, Pieters y Eelen, 2003) ha sido pionera en investigar la falta de confianza en otros procesos cognitivos en pacientes obsesivos. Estos autores pasaron a un grupo de participantes diagnosticados de TOC el *Meta-Cognitions Questionnaire* (MCQ), medida de autoinforme que incluye una subescala de “confianza cognitiva”. Los pacientes obsesivos informaron de una menor confianza en: a) su memoria para las acciones; b) su capacidad para discriminar acciones ejecutadas de acciones imaginadas (*reality monitoring*); y c) en su capacidad para mantener la atención centrada. Otro estudio del mismo grupo (Hermans *et al.*, 2008) confirmó las diferencias entre los pacientes TOC y los controles normales en el nivel de confianza cognitiva medida a través del MCQ, hallándose las mayores diferencias en la atención (por encima de la memoria y el *reality monitoring*). Los participantes en este estudio llevaron a cabo una tarea consistente en ejecutar tareas de forma repetida que incluía tanto acciones neutras como amenazantes, algunas de las cuales habían sido seleccionadas idiográficamente. El efecto de estas acciones repetidas sobre la confianza en la memoria, la atención y la percepción fue evaluado mediante un cuestionario de 9 ítems elaborado *ad hoc*: el Cuestionario Breve de Confianza Cognitiva (*Brief Cognitive Confidence Questionnaire*; BCCQ). Los resultados corroboraron los obtenidos con el MCQ, ya que los participantes con TOC mostraron una menor confianza en las tres áreas. Este efecto era más evidente para las acciones TOC-relevantes.

Otro instrumento que se ha utilizado para valorar la confianza cognitiva es la Escala de memoria y confianza cognitiva (Memory And Cognitive Confidence Scale; MACCS). Nedeljkovic y Kyrios (2007) diseñaron este instrumento,

compuesto de 28 ítems y cuatro subescalas que mide creencias acerca de la capacidad de memoria, la confianza en la capacidad para tomar decisiones, la confianza en la capacidad para concentrarse y la autoexigencia elevada en la ejecución cognitiva. El artículo citado incluía dos estudios, el primero de los cuales se llevó a cabo con participantes no clínicos (estudiantes universitarios). En esta muestra, los cuatro factores evaluados por el MACCS correlacionaban con la sintomatología obsesivo-compulsiva autoinformada por los participantes, especialmente con las compulsiones de comprobación. La confianza en la capacidad para concentrarse y las altas expectativas cognitivas se asociaban con la sintomatología o-c por encima de los síntomas emocionales (ansiedad y depresión) y de las creencias obsesivas. El segundo estudio comparó las puntuaciones en el cuestionario de 16 pacientes obsesivos y 31 controles procedentes de la comunidad. Se halló que las puntuaciones en el cuestionario eran menores en los pacientes TOC en todas las escalas (es decir, mostraban menos confianza en los procesos cognitivos y una mayor autoexigencia). Estas diferencias se mantenían cuando se controlaban las puntuaciones en ansiedad y depresión y desaparecían cuando se controlaba la gravedad de la sintomatología obsesiva medida a través del Y-BOCS. Nedeljkovic, Moulding, Kyrios y Doron (2009) llevaron a cabo otra validación de la MACCS en una muestra de estudiantes, que también completó la *Indecisiveness Scale* (IS). Se halló una correlación de 0,60 entre la IS y la puntuación total en la MACCS, y de 0,72 con su subescala de toma de decisiones. Además, si bien esta subescala correlacionaba significativamente con el Y-BOCS, la magnitud de esta correlación era superior para el BDI y aún mayor para el BAI. Por último, Fitzgerald, Nedeljkovic, Moulding, Kyrios y Al (2011) estudiaron también la relación entre confianza cognitiva, medida a través del MACCS, la sintomatología obsesiva y la ejecución neuropsicológica en una muestra de estudiantes universitarios. Se encontró la asociación esperada entre confianza cognitiva y síntomas o-c, que se mantenía cuando se controlaba el efecto de las creencias obsesivas y de la depresión. De los factores del MACCS, el mejor predictor de los síntomas no era la confianza en la memoria sino la confianza en la atención. La ejecución en tareas neuropsicológicas no se asoció ni a la puntuación en el MACCS ni a la sintomatología obsesiva.

5.6. La repetición causa desconfianza en otros procesos cognitivos

Diversas investigaciones han comprobado que los efectos paradójicos de la repetición de tareas sobre la confianza en la memoria se extienden a otros procesos cognitivos. En el estudio ya mencionado de Hermans *et al.* (2008), la comprobación repetida causó desconfianza en la atención y, curiosamente, no en la memoria. Los propios autores atribuyen este resultado al diseño de la tarea de comprobación, que se limitaba a cinco repeticiones. Sin embargo, Dek, van den Hout, Giele y Engelhard (2010), en un experimento con 70 participantes no clínicos, obtuvieron los resultados opuestos. La comprobación repetida (en una tarea que constaba de 20 ensayos) redujo la confianza en la memoria, pero no en la atención ni en la percepción. Este grupo de autores sí había observado anteriormente (van den Hout, Engelhard, Boer, Bois y Dek, 2008) que mirar fijamente y de forma perseverativa un objeto producía incertidumbre asociada a la percepción, experimentada subjetivamente de forma similar a la disociación. Este efecto se producía incluso para intervalos temporales lo suficientemente cortos como para ser clínicamente relevantes (van den Hout *et al.*, 2009). La explicación propuesta por estos autores fue que la perseveración interfiere con la propagación de la activación, lo que conduce finalmente a la incertidumbre cognitiva e incluso a la desrealización. Este mecanismo sería compartido por todas las variantes de la perseveración compulsiva. El mismo grupo de autores ha ofrecido recientemente una ilustración de esta supuesta universalidad, yendo más allá de los procesos psicológicos básicos, al comprobar que la repetición de una frase lleva a experimentar “incertidumbre semántica” (Giele, van den Hout, Engelhard y Dek, 2014).

6. CONCLUSIÓN

A lo largo de este capítulo hemos revisado las aproximaciones psicológicas más relevantes al estudio de la duda obsesiva. Hemos concluido con la investigación realizada sobre un modelo que propone que el mantenimiento y la exacerbación de la duda (en un sentido relativamente restringido) se deben a los efectos paradójicos de las conductas perseverativas que los pacientes obsesivos ponen típicamente en marcha como método para afrontar sus síntomas. Nuestra revisión sobre los modelos cognitivos del TOC (capítulo 2) acabó también con la descripción de una propuesta similar, según la cual los intentos de supresión exacerbaban la aparición de los pensamientos intrusos

obsesivos. Ambos planteamientos tienen en común algo más que postular la existencia de esos efectos paradójicos, especialmente el interés que han despertado por investigar experimentalmente los mecanismos que llevan a estos efectos. En este esfuerzo por replicar en el laboratorio fenómenos de clara relevancia clínica, se ha hecho evidente (especialmente en el campo de la supresión, con una tradición más larga) la necesidad de recurrir a constructos teóricos procedentes tanto de la psicología cognitiva como del modelo cognitivo en psicopatología. Ambos enfoques son complementarios y no parecen limitarse a describir los mismos fenómenos a niveles diferentes. Al menos actualmente, no podemos prescindir de conceptos como el de valoración ni para explicar los elementos motivacionales de estos mecanismos ni su, al menos parcial, especificidad en los estímulos que lo provocan, por no hablar de las diferencias individuales en vulnerabilidad. Es de esperar que en el futuro se produzca una mayor integración entre las aproximaciones psicopatológicas, básicas y también las neurobiológicas. Pero actualmente sigue teniendo todo el sentido recurrir a constructos como las creencias y valoraciones, así como a los autoinformes, para complementar el estudio experimental de los fenómenos psicopatológicos, y ese va a ser el enfoque seguido en la presente investigación.

MARCO EMPÍRICO

INTRODUCCIÓN A LOS ESTUDIOS

El presente trabajo surge del interés por el fenómeno de la duda obsesiva y de la indecisión, considerados como características asociadas al Trastorno Obsesivo Compulsivo. Se parte en él de la consideración de que las experiencias *not just right* y el constructo de “inacabado” según lo define el modelo de Summerfeldt (2004) son las aproximaciones contemporáneas más prometedoras al aspecto subjetivo de la duda obsesiva. Desde este supuesto se plantean dos hipótesis, generalmente asumidas en la literatura psicopatológica, pero carentes de suficiente apoyo empírico. La primera, que la indecisión característica del TOC es la manifestación conductual de la duda obsesiva. Y la segunda, independiente de la anterior, que ambos fenómenos (la duda y la indecisión) se asocian de forma específica a la sintomatología obsesivo-compulsiva.

Con la finalidad última de poner a prueba estas hipótesis, el trabajo se plantea dos grandes objetivos. El primero de ellos es desarrollar y adaptar medidas adecuadas de la indecisión, tanto psicométricas como experimentales. El segundo, explorar la relación de la indecisión con las medidas de duda obsesiva y de psicopatología, en población clínica y no clínica.

La parte empírica del trabajo se compone de tres estudios, realizados secuencialmente y con objetivos, procedimientos y participantes diferentes. El primer estudio se centra en la validación de los instrumentos psicométricos dedicados a medir las diferencias en: a) la indecisión como rasgo (mediante la *Indecisiveness Scale*, IS); b) las experiencias *not just right* (mediante el *Not Just Right Experiences Questionnaire Revised*); y c) la sensación de inacabado (mediante la escala correspondiente del *Obsessive-Compulsive Trait Core Dimensions Questionnaire*, OC-TCDQ). Estos dos últimos fueron traducidos al castellano como parte del estudio. La validación de estos instrumentos incluyó la asociación entre sus puntuaciones y las obtenidas en medidas psicométricas de creencias obsesivas y psicopatología obsesiva, ansiosa y depresiva. Se empleó en este estudio una muestra exclusivamente no clínica.

El objetivo del segundo estudio era obtener medidas experimentales de indecisión, para lo que se diseñaron dos tareas informatizadas de toma de decisiones. Estas permitían manipular de forma sistemática aspectos formales y de contenido de las decisiones, y comprobar el impacto de estas manipulaciones midiendo dos variables de la respuesta: su latencia y la confianza en haber

tomado la decisión correcta. Se exploró la asociación entre estas variables y las medidas psicométricas empleadas en el estudio 1, con el doble propósito de validarlas como medida de problemas en la toma de decisiones y de investigar la relación entre estos problemas y diversas variables individuales potencialmente relevantes. La muestra empleada era una submuestra de la del estudio 1 compuesta exclusivamente por estudiantes de segundo ciclo de psicología.

En el tercer estudio se emplearon dos muestras clínicas, una de ellas compuesta por participantes con un diagnóstico principal de TOC y la otra por participantes con diagnóstico de Trastorno de Pánico y/o Agorafobia. Este estudio empleó los instrumentos psicométricos y experimentales desarrollados en los estudios anteriores. Los instrumentos de autoinforme de duda e indecisión validados en el estudio 1 se emplearon, junto a otras medidas de creencias obsesivas y psicopatología, con el objetivo de comprobar su validez convergente y divergente en población clínica, así como para comprobar la especificidad de su asociación con la patología obsesiva mediante la comparación de las puntuaciones en los dos grupos clínicos. Además, una de las tareas experimentales desarrolladas en el estudio 2, convenientemente modificada, se empleó para explorar la influencia del contenido de las decisiones (y, en particular, el nivel y grado de amenaza que implican) sobre los problemas para decidir, aisladamente y en combinación con las variables de diferencias individuales valoradas mediante los cuestionarios.

ESTUDIO I

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1. Objetivos

Objetivo 1: Adaptar dos instrumentos de autoinforme: 1) el *Not Just Right Experiences Questionnaire Revised* (NJREQ-R) para medir las experiencias *not just right*; y 2) el *Obsessive-Compulsive Trait Core Dimensions Questionnaire* (OC-TCDQ) para medir la sensación de inacabado (*incompleteness*).

Subobjetivos específicos:

- 1.1. Traducir al español el NJREQ-R y el OC-TCDQ.
- 1.2. Estudiar las propiedades psicométricas y la estructura factorial de ambos cuestionarios.
- 1.3. Explorar la presencia de experiencias *not just right* en población no clínica española.

Objetivo 2: Explorar la relación entre las medidas de duda obsesiva y de psicopatología en población normal.

Subobjetivos específicos:

- 2.1. Analizar las correlaciones entre el NJREQ-R y el OC-TCDQ entre sí y con otra medida relacionada con la duda obsesiva (la Escala de Indecisión, IS).
- 2.2. Analizar las correlaciones de las medidas de duda obsesiva e indecisión (NJREQ-R, OC-TCDQ e IS) con medidas de creencias obsesivas (Inventario de Creencias Obsesivas; Escala Multidimensional de Perfeccionismo y Escala de Intolerancia a la Incertidumbre).
- 2.3. Analizar las correlaciones de las medidas de duda obsesiva con medidas de psicopatología obsesiva (*Obsessive-Compulsive Inventory – Revised*; *Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory*) y otras medidas de psicopatología ansiosa (*State-Trait Anxiety Inventory*; *Beck Anxiety Inventory*) y depresiva (*Beck Depression Inventory - II*).

2. Hipótesis

- A) Los instrumentos traducidos tendrán una consistencia interna adecuada.
- B) Los resultados del NJREQ-R mostrarán que la incidencia de experiencias *not just right* en población normal es elevada pero que estas no son valoradas de forma patológica.
- C) Los resultados del análisis factorial exploratorio del OC-TCDQ serán compatibles con una estructura bifactorial correspondiente a sus dos escalas teóricas.
- D) Las medidas de duda obsesiva mantendrán una correlación elevada entre sí (validez convergente).
- E) Las medidas de duda obsesiva correlacionarán de forma significativa y específica con las de psicopatología obsesiva. Específicamente:
 - Correlacionarán de forma significativa con las medidas de síntomas o-c (validez convergente).
 - Esta correlación será significativamente más elevada que la que mantengan con la psicopatología ansiosa y depresiva (validez divergente).
 - La asociación no se deberá por completo a la relación de ambas con la psicopatología ansiosa y depresiva, o con las creencias obsesivas (especificidad).

PARTICIPANTES

1. Criterios de inclusión y de exclusión

La muestra de este estudio estaba compuesta por 253 participantes, 66 de los cuales eran estudiantes de segundo grado de la licenciatura en Psicología. El resto (187) eran personas provenientes de la comunidad, reclutadas con ayuda de los estudiantes mediante el procedimiento descrito más adelante. Los participantes debían tener más de 18 años y tener una capacidad intelectual y de comprensión lectora suficiente como para cumplimentar adecuadamente los protocolos de evaluación utilizados. Además, se excluía de la participación a aquellas personas diagnosticadas de trastorno mental o que hubieran estado bajo tratamiento psicológico o psicofarmacológico durante el último año.

2. Descripción de los participantes

De los 253 participantes, el 61,7% ($n = 161$) eran mujeres. La edad media era de 31,89 años ($DT = 13,34$; rango = 16-68). La mayoría eran solteros (61,7%),

un 67% se describió como de nivel socioeconómico medio y el 46,7% poseía estudios superiores.

PROCEDIMIENTO

El NJREQ-R y el OC-TCDQ fueron traducidos al español por el autor del presente trabajo y la profesora Amparo Belloch. Un traductor profesional llevó a cabo una traducción inversa para corregir los aspectos lingüísticos de la versión española. Asimismo, los aspectos técnicos fueron revisados con la participación de los miembros del grupo de investigación, expertos en TOC.

Para la recogida de la muestra se emplearon dos procedimientos. En primer lugar, un grupo de alumnos de segundo ciclo de Psicología fue informado acerca de las condiciones de participación en el estudio. Aquellos que decidieron participar firmaron el consentimiento informado y completaron los cuestionarios. Posteriormente asistieron a un seminario específico sobre el TOC y la investigación en psicopatología en el que también se explicaba la finalidad del presente estudio. En dicho seminario se explicó también el fundamento y uso de los instrumentos utilizarlos y se instruyó en el modo de administrarlos. Una vez terminado el seminario, se pidió su colaboración en la investigación. Esta consistía en el pase individual de los cuestionarios a entre 3 y 5 personas de su entorno, que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión, que aceptaran participar voluntariamente y no tuvieran dificultad para leer y comprender instrucciones escritas en castellano. Asimismo, se les explicó la importancia de la confidencialidad y el respeto a las normas éticas propias del psicólogo, insistiendo en que los posibles participantes debían ser informados previamente de la finalidad de su colaboración y de que esta era voluntaria y anónima. Los estudiantes recibieron compensación académica como recompensa por esta participación.

Los participantes completaron de forma individual los instrumentos de evaluación, junto con las hojas de consentimiento informado y de información sociodemográfica. El protocolo de evaluación se presentaba en forma de cuadernillo único para cada persona.

INSTRUMENTOS

En este apartado se enumerarán y describirán los instrumentos de evaluación empleados en el presente trabajo agrupados por áreas: constructos relacionados con la duda obsesiva; creencias obsesivas; psicopatología (obsesiva, ansiosa y depresiva) y datos personales y sociodemográficos.

1. Constructos relacionados con la duda obsesiva

Cuestionario Revisado de Experiencias Not Just Right (NJREQ-R)

El NJREQ-R (*Not Just Right Experiences Questionnaire Revised*; Coles *et al.*, 2003) es un instrumento de autoinforme de 19 ítems. Comienza definiendo las experiencias *not just right* como “momentos en los que tienes la sensación subjetiva de que algo no es exactamente como debería ser”. Los diez primeros ítems presentan sendos ejemplos de ese tipo de experiencias, pidiendo a los participantes que indiquen si las han experimentado o no durante el último mes. A continuación se pregunta cuál se ha vivido de forma más reciente y cuándo. Los siete ítems de los que consta la segunda parte del instrumento se contestan en referencia a la experiencia más reciente, evaluando los siguientes aspectos de la misma: frecuencia, intensidad, malestar en el momento de experimentarla y más adelante, rumiación/dificultad para suprimirla, impulso a actuar y responsabilidad. Cada una de las dimensiones se valora mediante una escala tipo Likert de 1 (Nunca/nada) a 7 (En el último día/Extremadamente). Se han utilizado dos maneras de puntuar el cuestionario: la suma de las experiencias *not just right* experimentadas en el último mes (a la que denominamos escala de “Cantidad”) y la suma de las puntuación en las 7 dimensiones (escala de “Valoración”). Aquellos participantes que no habían tenido ninguna experiencia en la primera parte puntuaron 0 en cantidad y no fueron tenidos en cuenta en los análisis cuando se analizó la puntuación de las valoraciones. Los estudios originales de Coles *et al.* (2003, 2005) utilizaron como puntuación global la suma de las experiencias informadas en los diez primeros ítems. Ghisi *et al.* (2010) utilizaron la suma de las siete dimensiones como una “escala de gravedad”, para la que constataron una estructura unifactorial con una consistencia interna de 0,87 en una muestra de estudiantes universitarios y una estabilidad test-retest con un mes de intervalo. El apartado 3.4.2. del capítulo 4 de la introducción resume los principales estudios empíricos que han utilizado este instrumento.

El NJREQ-R se tradujo al español y validó como parte del Estudio 1. La versión del cuestionario que resultó de esta adaptación se incluye en el Anexo.

Cuestionario de Dimensiones Nucleares Obsesivo-Compulsivas – Rasgo (OC-TCDQ)

El OC-TCDQ (*Obsessive-Compulsive Trait Core Dimensions Questionnaire*) está compuesto por dos subescalas de diez ítems cada una que miden las dimensiones de evitación del daño (*harm avoidance*) y la sensación de inacabado (*incompleteness*). La escala de respuesta tiene un formato de tipo Likert de 5 puntos (desde “Nunca” hasta “Siempre”) y valora hasta qué punto las afirmaciones recogidas en el cuestionario se ajustan a la experiencia personal. Se han hallado consistencias internas por encima de 0,90 para ambas escalas (Coles *et al.*, 2005; Ecker y Gönner, 2008; Pietrefesa y Coles, 2008). La mayoría de estudios realizados han confirmado empíricamente la estructura bifactorial del cuestionario y han hallado una correlación significativa entre las subescalas (Inacabado y Evitación del Daño). Los estudios empíricos realizados con el OC-TCDQ se describen ampliamente en el apartado 3.3.2. del capítulo 4 de la introducción.

El OC-TCDQ se tradujo y validó en población española como parte del estudio 1. La versión del cuestionario resultante se incluye en el Anexo.

Escala de Indecisión (IS)

La IS (*Indecisiveness Scale*; Frost y Gross, 1993) es un instrumento de 15 ítems que mide diversos aspectos asociados a la toma de decisiones: dificultad, confianza, placer, ansiedad, retraso y arrepentimiento. Los ítems se puntúan en una escala tipo Likert de 5 puntos desde 1 (“Totalmente en desacuerdo”) hasta 5 (“Totalmente de acuerdo”). La puntuación total se considera una medida del rasgo de indecisión (*indecisiveness*). Los creadores del instrumento lo consideraban unifactorial y hallaron consistencias internas en torno a $\alpha = 0,90$ para la escala completa (Frost y Gross, 1993; Frost y Shows, 1993). En la actualidad, el grupo de Frost defiende una estructura bifactorial en la que los seis ítems que originalmente se invertían forman una subescala de “Actitudes Positivas hacia la Toma de Decisiones” y los nueve restantes otra denominada “Temores hacia la Toma de Decisiones” (Frost, Tolin, Steketee, Fitch y Selbo-Bruns, 2009). El grupo de Rassin ha desarrollado una versión de 11 ítems (Rassin, Muris, Franken, Smit y Wong, 2007) y defiende una distinción entre indecisión aversiva y evitativa, derivada del análisis factorial de esta versión (Spunt, Rassin y Epstein, 2009). Varios estudios han demostrado la validez transcultural de la escala usando como muestra participantes asiáticos; sus conclusiones acerca de la estructura factorial del cuestionario han sido

discrepantes, defendiendo la existencia de un factor (Swami *et al.*, 2008; en población malasia); dos factores (Yates *et al.*, 2010; en una comparación entre japoneses y americanos), o bien soluciones diferentes (bi o trifactoriales) en función de la cultura, americana o china (Patalano Wengrovitz, 2006).

Esta escala fue traducida al español y validada en población universitaria (Carrasco, 2005), obteniéndose una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0,89$). Nuestra versión del instrumento se incluye en el Anexo.

2. Creencias obsesivas

Inventario de Creencias Obsesivas (ICO)

El ICO (Cabedo, Morillo, Carrió, Belloch y Lucero, 2003) es un instrumento de autoinforme diseñado para evaluar las creencias disfuncionales supuestamente implicadas en el desarrollo y/o mantenimiento del TOC. La versión reducida utilizada en este trabajo (ICO-R; Belloch *et al.*, 2010) consta de 50 ítems agrupados en 8 subescalas: Responsabilidad; Fusión Pensamiento-Acción, Tipo Probabilidad; Fusión Pensamiento-Acción, Tipo Moral; Intolerancia a la Incertidumbre; Sobreestimación de la Amenaza; Importancia de Controlar los Pensamientos; Sobreestimación de la Importancia de los Pensamientos y Perfeccionismo. Los ítems se puntúan en una escala Likert desde el 1 (“Completamente en desacuerdo”) hasta el 7 (“Completamente de acuerdo”). La consistencia interna es elevada para la escala total ($\alpha = 0,94$), y adecuada para las subescalas, oscilando entre 0,70 y 0,89.

Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS)

La MPS (*Multidimensional Perfectionism Scale*; Frost, Marten, Lahart y Rosenblate, 1990) es un cuestionario de 35 ítems que mide seis dimensiones del perfeccionismo: Exigencias Personales; Preocupación por los Errores; Dudas sobre Acciones; Expectativas Parentales; Críticas Parentales y Organización. Se usó la versión española de Carrasco, Belloch y Perpiñá (2010), validada en población general y para la que se hallaron buenas propiedades psicométricas. Para los análisis se emplearon las seis dimensiones teóricas mencionadas y la puntuación total en la escala se calculó sin incluir la de la escala de Organización ya que se considera que mide un aspecto no clínico del constructo.

Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS)

La IUS (*Intolerance of Uncertainty Scale*; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas y Ladouceur, 1994) está compuesta por 27 ítems con una escala de respuesta tipo

Likert de 5 puntos, desde el 1 (“En absoluto representativo”) hasta el 5 (“Totalmente representativo”). Pretende medir diversos aspectos diferentes de la intolerancia a la incertidumbre, y sus ítems fueron seleccionados para predecir los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada. La escala original mostró una elevada consistencia interna ($\alpha = 0,91$), y en el estudio de Tolin, Abramowitz, Brigidi y Foa, 2003), el alfa de Cronbach aún mayor: de 0,96 para pacientes obsesivo-compulsivos y de 0,95 para controles no ansiosos. La versión utilizada es la traducida y adaptada por Carrasco (2005), para la que se halló una elevada consistencia interna ($\alpha = 0,93$).

3. Psicopatología

Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado (OCI-R)

El OCI-R (*Obsessive-Compulsive Inventory – Revised*; Foa *et al.*, 2002) es un instrumento de autoinforme de 18 ítems diseñado para evaluar el malestar asociado a síntomas obsesivo-compulsivos. Tiene una escala de respuesta de cinco puntos, entre 0 (Nada de malestar) y 4 (Muchísimo malestar). Se ha utilizado la versión española de Fullana *et al.*, (2005), que reproduce la estructura factorial original (Lavado, Obsesiones, Acumulación, Orden, Comprobación y Neutralización). Además, ha mostrado buenas propiedades psicométricas en validaciones llevadas a cabo con muestras no clínicas, de estudiantes universitarios (Fullana *et al.*, 2005) y de adolescentes (Piqueras Rodríguez *et al.*, 2009).

Inventario Obsesivo-Compulsivo de Clark y Beck (CBOCI)

El CBOCI (*Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory*; Clark y Beck, 2002) es un instrumento de autoinforme compuesto por 25 ítems que se puntúan mediante una escala Likert de 4 puntos (de 0 = “Nunca” a 3 = “Con mucha frecuencia”). Estos miden la frecuencia y gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos ocurridos en las últimas dos semanas, y se dividen en una subescala de obsesiones (14 ítems) y una de compulsiones (11 ítems). Se ha empleado la adaptación española de Belloch, Reina, Garcia-Soriano y Clark (2009), que ha mostrado una buena consistencia interna ($\alpha = 0,89$) y fiabilidad test-retest con un intervalo de entre 7 y 14 días ($CCI = 0,88$).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

El BDI-II (*Beck Depression Inventory – II*; Beck, Steer y Brown, 1996) es un instrumento de autoinforme que evalúa la presencia y gravedad de síntomas

depresivos durante las dos semanas previas a la evaluación. Consta de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta (de 0 a 3). Una puntuación total entre 0 y 13 indica una presencia muy leve de síntomas, de 14 a 19 una intensidad leve, entre 20 y 28 moderada y entre 29 y 63 la existencia de sintomatología depresiva grave. La versión española utilizada mostró una consistencia interna elevada ($\alpha = 0,89$) en una muestra de población general (Sanz, Perdígón y Vázquez, 2003).

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

El STAI (*Stat-Trait Anxiety Inventory*; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) es un instrumento de autoinforme dirigido a evaluar la presencia de ansiedad. Se compone de dos escalas de 20 ítems cada una, con una escala de respuesta de cuatro puntos (de 0 a 3). En la escala de ansiedad-rasgo, la utilizada en este estudio, los ítems miden la frecuencia con la que se experimentan diferentes síntomas de ansiedad. Se utilizó la versión española de Seisdedos (1988) que cuenta con buenas propiedades psicométricas.

Cuestionario de Preocupación de la Universidad Estatal de Pensilvania (PSWQ)

El PSWQ (*Penn State Worry Questionnaire*; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990) es un instrumento de autoinforme que evalúa la tendencia a preocuparse por diferentes aspectos de la vida cotidiana. Consta de 16 ítems, que se puntúan según una escala tipo Likert de 1 (“Nada típico en mí”) a 5 (“Muy típico en mí”). Se utilizó la adaptación española del instrumento que, en el estudio de Sandín, Chorot, Valiente y Lostao, (2009), mostró una buena consistencia interna y fiabilidad test-retest.

4. Consentimiento informado y datos personales

Tras la firma del consentimiento informado y antes de completar el resto de instrumentos, los participantes cumplimentaron un registro de datos personales y sociodemográficos con la edad, sexo, estado civil (soltero, divorciado/separado o viudo, casado o viviendo en pareja), nivel socio-económico (bajo, medio-bajo, medio, medio-alto, alto) y nivel de estudios (primarios/elementales, medios o superiores/universitarios). Además, se les preguntó si padecían algún problema de salud mental que hubiera requerido atención especializada, ya que el padecimiento de un trastorno mental era un criterio de exclusión del estudio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

A continuación se describen los análisis estadísticos realizados en el presente estudio. Estos se llevaron a cabo con el programa SPSS para Windows (versión 17 o superior).

1. Estadísticos descriptivos

La prevalencia de las experiencias *not just right*, medidas a través de las respuestas en la primera parte del cuestionario NJREQ-R, se ha descrito mediante el uso de frecuencias absolutas, porcentajes y porcentajes acumulados. Para la puntuación total en las diferentes escalas así como en las subescalas de los cuestionarios bajo estudio (NJREQ-R y OC-TCDQ) así como de la IS se han calculado estadísticos de tendencia central (media), dispersión (desviación típica) y de forma (asimetría y curtosis).

2. Diferencias de medias

Las diferencias que los participantes de ambos géneros obtuvieron en los cuestionarios objeto de estudio se calcularon mediante pruebas *t*.

3. Análisis de fiabilidad

La consistencia interna se ha calculado a través del alfa de Cronbach.

4. Análisis de correlación

La asociación lineal entre las puntuaciones en los cuestionarios (así como en algunas subescalas) se calculó mediante el coeficiente de correlación de Pearson, con el objetivo de estudiar la validez convergente y divergente de los instrumentos analizados. Como criterio para la estimación del tamaño de *r* se ha tomado el indicado por Cohen (1988), por lo que se han considerado correlaciones bajas las comprendidas entre 0,10 y 0,29, medias entre 0,30 y 0,49 y altas las correlaciones mayores de 0,50. Cuando se ha utilizado el método *pairwise* para el manejo de los datos faltantes, se ha indicado el número de sujetos sobre el que se calcula cada correlación en las tablas correspondientes.

Para controlar estadísticamente la influencia de algunas variables en la relación entre otras dos se han utilizado correlaciones parciales. Este cálculo se ha empleado para estudiar la especificidad de la asociación entre las medidas de duda obsesiva y la psicopatología obsesiva.

5. Análisis de regresión

La especificidad de la relación entre las medidas de duda obsesiva e indecisión (NJREQ-R, OC-TCDQ e IS) y la psicopatología obsesiva se puso a prueba mediante el cálculo de análisis de regresión múltiples. La variable criterio utilizada fue la puntuación en el OCI-R como medida de sintomatología obsesiva. Las variables predictoras se introdujeron en dos pasos seleccionados por motivos teóricos (método jerárquico). En el primer paso, se introdujeron simultáneamente variables con una conocida relación con la sintomatología obsesiva: medidas de depresión y ansiedad (BDI-II y STAI-R, respectivamente) y, en algunos análisis, de creencias obsesivas (ICO-R). Estas variables se introducían simultáneamente (método de entrada forzada). En el segundo paso se introducía la variable relacionada con la duda obsesiva, con el objetivo de comprobar si en qué porcentaje aumentaba la varianza explicada (R^2) y si este aumento era significativo.

En todos los casos los análisis de regresión cuentan con el número de participantes adecuados (mínimo de 5-10 por predictor). Además, se ha evaluado el grado de cumplimiento de los supuestos en los que se basa la regresión múltiple, incluyendo los de: normalidad y linealidad (explorados mediante inspección visual y análisis de la simetría); distribución normal de los residuos (inspección visual); no multicolinealidad (cálculo de la tolerancia); independencia de los errores (Durbin-Watson) y homocedasticidad.

6. Análisis factorial exploratorio

La estructura factorial del NJREQ-R, el OC-TCDQ y la IS fueron examinadas mediante análisis factorial exploratorio. Previamente se comprobó que los datos cumplían los requisitos a través de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. El método de extracción empleado fue el de componentes principales y se seleccionó una rotación oblicua (*oblimin*) por considerar esperable una correlación elevada entre los factores obtenidos. Se emplearon varios criterios para elegir el número de factores: el autovalor de cada factor debía ser al menos de 1 y se inspeccionó el gráfico de sedimentación para retener los factores que aparecen antes del punto de inflexión. Se emplearon también consideraciones teóricas para tomar la decisión definitiva acerca del número de factores seleccionado.

RESULTADOS

Los resultados de los análisis estadísticos realizados se describirán en tres apartados diferentes. El primero estará dedicado a cada uno de los tres cuestionarios que han sido objeto de estudio en mayor profundidad. Se incluirán no sólo los instrumentos objeto de validación en este trabajo (NJREQ-R y OC-TCDQ) sino además la Escala de Indecisión (IS). Aunque esta ha sido objeto de una validación previa (Carrasco, 2005), se ha considerado conveniente comprobar sus propiedades psicométricas ya que mide un constructo que es una parte integral de nuestra concepción de la duda obsesiva. El segundo apartado describirá los resultados de los análisis correlacionales realizados para comprobar la asociación entre las puntuaciones en los diferentes instrumentos. En el tercero y último se describirán los resultados obtenidos en diversos análisis de regresión múltiples cuyo objeto ha sido valorar la especificidad de la relación entre los diferentes constructos relacionados con la duda obsesiva y la sintomatología obsesivo-compulsiva.

1. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y RESULTADOS DEL NJREQ-R

La versión definitiva de este cuestionario, resultado de la traducción al español, se presenta en el Anexo.

Primera parte

Prevalencia de las experiencias not just right

En la Tabla 1 aparecen el número y porcentaje de participantes que afirman haber tenido cada una de las experiencias *not just right* descritas durante el mes anterior a completar el cuestionario. El rango total de los porcentajes oscila entre el 9,1% obtenido para el ítem número 8 y el 47,8% para el número 6.

Tabla 1. Número y porcentaje de participantes que ha tenido cada experiencia *not just right* en el último mes.

Ítem	Descripción experiencia <i>not just right</i>	n (%)
6	Al hablar con la gente, he tenido la sensación de que mis palabras no sonaban exactamente como debían.	132 (47,8)
4	Al doblar la ropa he tenido la sensación de que no tenía la apariencia que debería tener la ropa doblada.	91 (36)
5	Al escribir algo, me ha dado la sensación de que las palabras no tenían el aspecto exacto que yo pretendía.	91 (36)
10	Al colgar un cuadro en la pared, he tenido la sensación de que no quedaba exactamente como debía.	67 (26,5)
3	Al cerrar la puerta de casa, he tenido la impresión de notar que el cierre de la puerta no encajaba como debería.	66 (26,1)
1	Después de vestirme, he tenido la sensación de que parte de mi ropa (etiquetas, cuellos, perneras de los pantalones, etc.), no estaba como debía.	65 (25,7)
7	Organizando mi escritorio, he tenido la sensación de que mis papeles y el resto de las cosas no tenían el aspecto que deberían tener.	64 (25,3)
2	Al guardar un libro en la estantería, he tenido la sensación de que “no pegaba” bien del todo entre los otros libros.	53 (20,9)
9	Después de lavarme las manos una vez, he tenido la impresión de que no las sentía como se supone que se deben sentir las manos limpias.	35 (13,8)
8	Al meter una factura o una carta en el buzón, he tenido la sensación de que la manera en la que metía el sobre en el buzón y cerraba la tapa no era del todo correcta.	23 (9,1)

El número de experiencias *not just right* del que informó cada participante osciló entre cero y diez. En la Tabla 2 se ofrece información detallada al respecto. Cabe destacar que sólo un 16,2% de participantes no informó de ninguna experiencia de este tipo.

Tabla 2. Número y porcentaje de participantes que informan de una cantidad determinada de experiencias *not just right*.

Cantidad de experiencias NJR	n (%)	% acumulado
0	41 (16,2)	16,2
1	44 (17,4)	33,6
2	45 (17,8)	51,4
3	44 (17,4)	68,8
4	32 (12,6)	81,4
5	19 (7,5)	88,9
6	15 (5,9)	94,9
7	9 (3,6)	98,4
8	3 (1,2)	99,6
9	0 (0)	99,6
10	1 (0,4)	100

La media de las experiencias *not just right* informadas por el conjunto de participantes fue de 2,67 ($DT = 2,07$). Las mujeres informaban de un número mayor de experiencias ($M = 2,87$; $ET = 0,17$) que los hombres ($M = 2,29$; $ET = 0,19$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa, $t(244) = 2,10$; $p = ,037$. En cambio, no se encontró una asociación significativa con la edad ($r = -,04$; $p = ,58$).

Consistencia interna de la primera parte de la escala

La consistencia interna de la escala formada por los 10 primeros ítems del NJREQ-R fue baja ($\alpha = ,63$). Esta consistencia no aumentaba al eliminar ningún ítem de la escala.

Experiencia *not just right* más frecuente

En la Tabla 3 se recogen las respuestas al ítem 11, en el que se pregunta cuál de las experiencias *not just right* vividas en el último mes ha ocurrido más recientemente. El porcentaje de respuestas se calcula sobre un total de 184 participantes que contestaron esta pregunta. Del resto de participantes, 41 no habían experimentado ninguna y 28 no contestaron pese a haber señalado al menos una de las anteriores.

Tabla 3. Experiencia *not just right* más reciente.

Nº ítem	n (% válido)
6	47 (25,5)
4	27 (14,7)
5	25 (13,6)
3	23 (12,5)
1	19 (10,3)
10	12 (6,5)
9	11 (6,0)
7	9 (4,9)
2	8 (4,3)
8	3 (1,6)

Entre los participantes que habían informado de al menos una experiencia *not just right*, el 12,9% había vivido la más reciente en las últimas horas; el 11,4% en el último día; el 38,1% en la última semana y el 37,6% en el último mes.

*Segunda parte: valoraciones de las experiencias not just right*Análisis de las valoraciones

En la Tabla 4 se muestran las puntuaciones medias de estos participantes en las diferentes valoraciones de la experiencia *not just right* más frecuente. Si bien el rango de puntuaciones para el conjunto de la muestra fue amplio (con una puntuación mínima de 1 y máxima de 7 en todas las valoraciones), las puntuaciones medias fueron por lo general bajas. La puntuación media más alta (4,99), en la escala de frecuencia, corresponde al anclaje “En el último mes”. El resto de las puntuaciones medias, oscilan entre el 1,78 para las dificultades de controlar la experiencia y el 3 para su intensidad, puntuaciones que deben considerarse como bajas, estando a una distancia intermedia entre “Nada/Ninguno” y “Moderado”.

Tabla 4. Puntuaciones medias en las valoraciones de la experiencia *not just right* más reciente.

Nº Ítem	Valoración	Media (DT)
13	Frecuencia	4,99 (1,45)
14	Intensidad	3 (1,33)
15	Malestar en el momento	2,91 (1,54)
16	Malestar más tarde	2,08 (1,40)
17	Incontrolabilidad	1,78 (1,29)
18	Impulso	2,37 (1,63)
19	Responsabilidad	2,41 (1,67)

Relación con género y edad

La puntuación total media que obtuvieron las mujeres en la escala de Valoración fue de 20,6 ($ET = 0,67$), frente a 17,71 para los hombres ($ET = 0,77$). La diferencia entre ambas medias era estadísticamente significativa, $t(170, 44) = -2,82$; $p = ,005$. La t se calculó sin asumir varianzas iguales ya que la prueba de Levene resultó estadísticamente significativa ($F = 4,80$; $p = ,03$). En cambio, la correlación hallada entre esta puntuación y la edad resultó muy baja y no alcanzó la significación ($r = -,08$; $p = ,27$).

Los estadísticos descriptivos más relevantes referidos a la puntuación total en la escala se describen en la Tabla 8.

Análisis factorial exploratorio

Los ítems 13 a 19 del NJREQ-R fueron sometidos a un análisis de componentes principales con el objetivo de obtener información sobre la viabilidad de derivar una única puntuación a partir de estos ítems.

Los resultados en el test de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = ,778$) y la prueba de esfericidad de Bartlett, $\chi^2(21) = 774,564$; $p < ,001$, indicaron que los datos eran susceptibles de ser sometidos a este análisis. Se obtuvieron dos factores con autovalores por encima de 1 (3,83 y 1,03), que explicaban respectivamente un 54,69 y un 14,72% de la varianza. Los autovalores de los dos siguientes factores obtenidos eran de 0,88 y 0,55.

Basándonos en la magnitud absoluta de los autovalores, estos resultados son compatibles con la extracción de dos factores. Para explorar este resultado, se realizó esta extracción y se sometieron los factores a una rotación oblicua (Oblimin), resultando el matriz de patrones expuesto en la Tabla 5. Los datos muestran claramente una distinción entre frecuencia e intensidad de las experiencias, agrupados en el segundo factor, y aquellas valoraciones claramente negativas sobre las consecuencias de las mismas (incapacidad de quitarse la experiencia de la cabeza, impulso a hacer algo con ella y responsabilidad), agrupados en el primero. Las dos valoraciones de malestar presentan saturaciones relativamente altas en ambos factores, estando el experimentado en el momento más asociado al segundo factor y el malestar experimentado más tarde al primero.

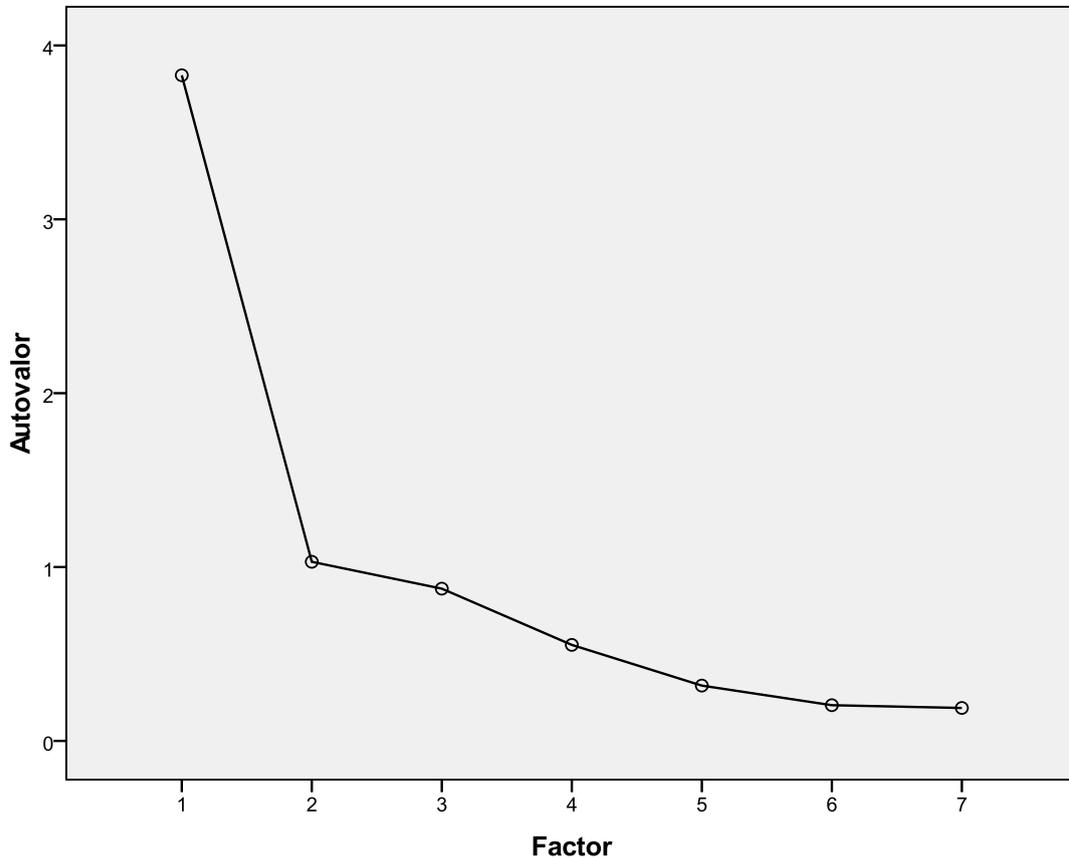
Tabla 5. Cargas factoriales (matriz de patrones) de la segunda parte del NJREQ-R.

Nº de ítem (valoración)	Factor 1	Factor 2
13. Frecuencia	-0,10	0,73
14. Intensidad	0,09	0,84
15. Malestar en el momento	0,34	0,65
16. Malestar más tarde	0,69	0,26
17. Rumiación	0,75	0,14
18. Impulso	0,87	-0,02
19. Responsabilidad	0,93	-0,16

Por otro lado, y volviendo a la pregunta sobre el número de factores, el examen de la gráfica de sedimentación (ver Figura 1) aconseja la extracción de un solo factor. Otras consideraciones como la simplicidad, el hecho de que un factor único explica más de la mitad de la varianza y el hecho de que sea la práctica habitual en la literatura previa, apoyan el uso de una puntuación única

a partir de las puntuaciones en estos ítems, que es la opción por la que optamos en el presente trabajo.

Figura 1. Gráfico de sedimentación AFE de la segunda parte del NJREQ-R.



Consistencia interna

El alfa de Cronbach obtenido para esta escala compuesta por estos ítems fue de ,85.

2. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y RESULTADOS DEL OC-TCDQ

Análisis factorial exploratorio

Se llevó a cabo un análisis de componentes principales con el objetivo de obtener información adicional sobre la estructura factorial de este cuestionario y su adecuación a la distinción teórica entre las subescalas que lo componen (Inacabado y Evitación del Daño). Los resultados en el test KMO (,95) y la

prueba de esfericidad de Bartlett, $\chi^2(190) = 3304,70$; $p < 0,001$, mostraron que los datos cumplían los requisitos para llevar a cabo este análisis.

Se extrajeron dos factores con autovalores superiores a 1 (10,62 y 1,15) que explicaban conjuntamente un 59% de la varianza. Se sometió a estos factores a una rotación oblicua (Oblimin). La inspección de la matriz de patrones mostró que ambos factores se correspondían estrechamente a las escalas racionales, con cargas en el factor correspondiente por encima de ,30 y más altas de las obtenidas para el otro factor. La excepción era el ítem 18 que, de forma opuesta a lo esperado, se incluía en el factor de Evitación del Daño. La correlación entre ambos factores era de ,75

Tabla 6. Cargas factoriales (matriz de patrones) del OC-TCDQ.

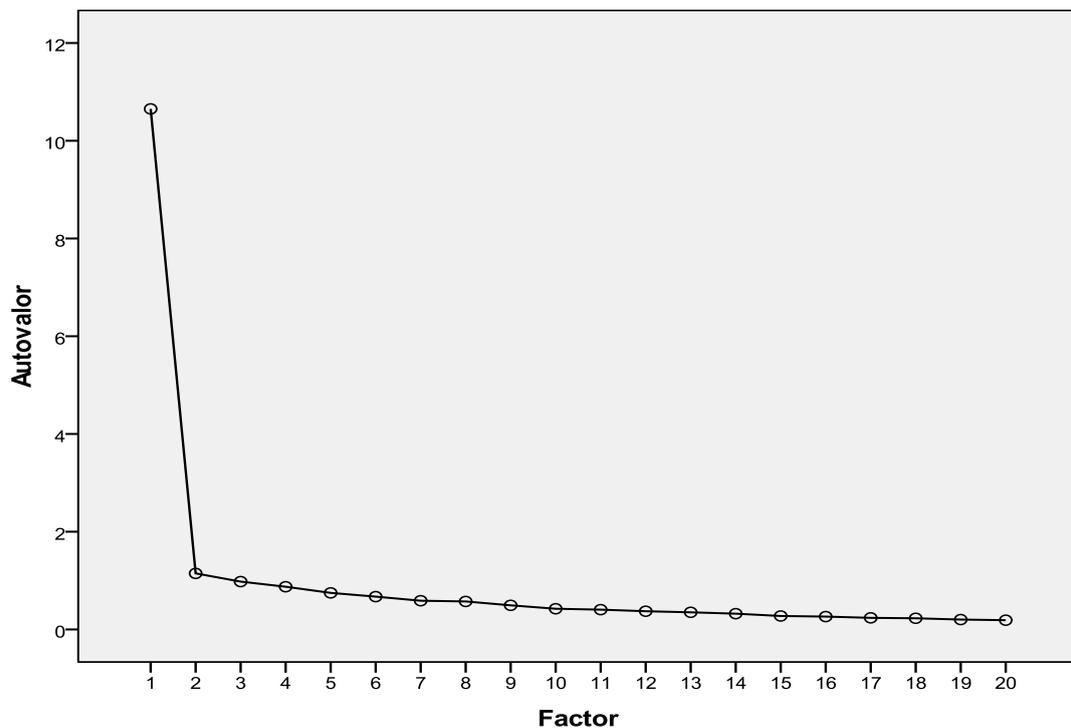
Ítems	Factor	
	Evitación del Daño	Inacabado
1. Me pongo aprensivo, como si algo malo pudiera ocurrir o hubiera ocurrido ya.	0,78	-0,03
2. Siento que debo hacer las cosas de una manera fija aunque puede costarme explicar esa manera con palabras.	0,37	0,37
3. Aunque sea muy improbable que se produzca un daño, siento la necesidad de prevenirlo a toda costa.	0,69	0,00
4. Me molesta la sensación de que las cosas son imperfectas (por ejemplo pertenencias, ideas o tareas que hay que hacer).	0,10	0,72
5. Hay cosas que temo que ocurran si no tomo ciertas medidas para prevenirlas.	0,56	0,27
6. Si no hago las cosas de una forma determinada no me siento bien.	0,25	0,55
7. Me da la impresión de que las cosas son más amenazantes para mí que para otras personas.	0,80	-0,01
8. Me siento forzado a repetir o prolongar actividades o tareas hasta que me parecen “completamente correctas”.	0,14	0,65
9. Hay cosas específicas a mi alrededor que podrían dañarme a mí o a las personas que me importan.	0,76	-0,07
10. Las actividades rutinarias me llevan más tiempo de lo que deberían porque no me parece que estén perfectamente acabadas.	-0,10	0,88
11. Hay algunas consecuencias que me asustan más que a la mayoría de la gente.	0,77	0,04
12. Pierdo mucho tiempo intentando que las cosas me salgan “completamente correctas”.	0,03	0,81

Estudio I

13. Parece que esté a la búsqueda de los peligros de las situaciones.	0,46	0,27
14. No hay nada como la sensación que tengo cuando por fin se completa algo satisfactoriamente.	-0,03	0,76
15. Tengo miedos que me gustaría ignorar pero no puedo.	0,84	0,00
16. Soy muy quisquilloso acerca de qué apariencia deben tener las cosas o cómo deben hacerse.	0,07	0,71
17. No puedo evitar pensar sobre las cosas malas que podrían ocurrir.	0,82	-0,01
18. Me cuesta mucho tiempo sentirme seguro acerca de ciertas cosas.	0,58	0,24
19. Hay situaciones y cosas que me dan tanto miedo que me gustaría poder evitarlas totalmente.	0,83	-0,02
20. Sé que he hecho algo bien cuando tengo una determinada sensación interior.	-0,06	0,75

La inspección del gráfico de sedimentación (ver Figura 2) aconsejaría, según el criterio más habitual, retener un sólo factor. Sin embargo, optamos por la solución bifactorial y, por tanto, por mantener las subescalas racionales, ya que nos permite un uso de las mismas con mayor interés y relevancia teórica.

Figura 2. Gráfico de sedimentación AFE OC-TCDQ.



Consistencia interna

Los alfas de Cronbach obtenidos para las escalas del cuestionario fueron de ,92 tanto para Evitación del Daño como para Inacabado. En ningún caso la eliminación de un ítem mejoraba la consistencia de la escala a la que pertenecía.

Relación entre las escalas

La correlación entre las puntuaciones de las dos escalas del cuestionario era de $r = ,83$ en esta muestra. Las escalas comparten, por tanto, el 68,9% de la varianza.

Relación con género y edad

Para ambas escalas, las puntuaciones alcanzadas por las mujeres fueron significativamente más altas que las alcanzadas por los hombres. En Evitación del Daño, la media masculina fue de 11,37 ($ET = 0,78$) frente a 15,60 para la femenina ($ET = 0,64$). Esta diferencia fue significativa, $t(243) = -4,04$; $p < ,001$. En Inacabado, la puntuación media de los hombres fue de 14,80 ($ET = 0,81$) y la de las mujeres 18,80 ($ET = 0,70$). La diferencia fue estadísticamente significativa, $t(243) = 3,58$; $p < ,001$.

La correlación con la edad calculada para ambas puntuaciones resultó negativa y baja ($r = -,12$ para Evitación del Daño y $r = -,19$ para Inacabado). La primera no alcanzó la significatividad estadística ($p = ,058$) pero sí lo hizo la segunda ($p = ,003$).

Los estadísticos descriptivos más relevantes referidos a las puntuaciones de ambas escalas se describen en la Tabla 8.

3. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y RESULTADOS DE LA IS

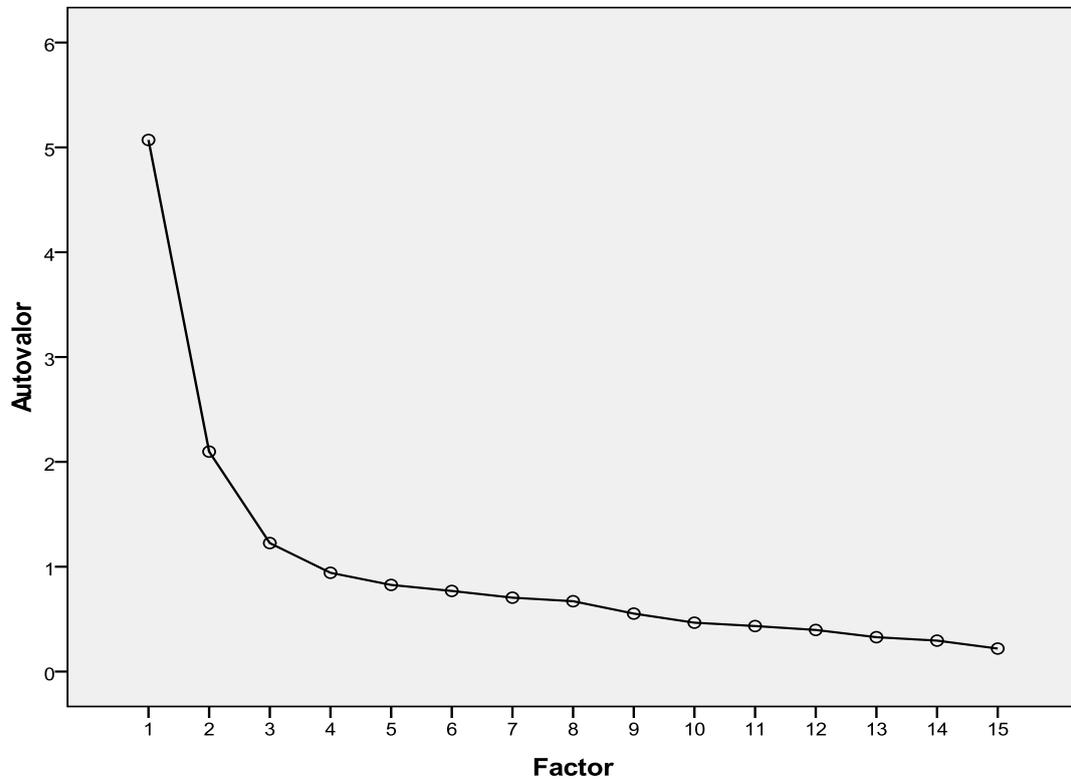
Análisis factorial exploratorio

Los valores obtenidos en el test KMO ($,85$) y la prueba de esfericidad de Bartlett, $\chi^2(105) = 1308,30$; $p < 0,001$, mostraron que los datos cumplían los requisitos para ser sometidos a este análisis.

El análisis de componentes principales daba como resultado tres factores con autovalores superiores a uno ($5,07$; $2,01$ y $1,23$). La inspección del gráfico de sedimentación (Figura 3) apoya la extracción de dos factores, que explicarían un

47,79% de la varianza y que podría corresponder con distinciones realizadas en estudios anteriores del cuestionario y que por lo tanto pasamos a analizar.

Figura 3. Gráfico de sedimentación AFE de la IS.



Se llevó a cabo una rotación oblicua (Oblimin). El matriz de patrones (Tabla 7) muestra la correspondencia de estos factores con los ítems directos e inversos. Basándonos en la literatura previa, llamaremos al primer factor, compuesto por nueve ítems, “Temores hacia la Toma de Decisiones” y al segundo (seis ítems) “Actitudes Positivas hacia la Toma de Decisiones”. Utilizaremos a partir de ahora estas dos escalas por separado y no la puntuación total. La segunda escala se corregirá, lógicamente, sin invertir las puntuaciones de sus ítems como se hizo para obtener los datos con los que se realizó este análisis y como se haría para extraer una puntuación total en la escala.

Tabla 7. Cargas factoriales (matriz de patrones) de la IS.

Ítems	Factor	
	Temores	Actitudes Positivas
1. Intento aplazar la toma de decisiones	0,52	0,13
2. Siempre sé exactamente lo que quiero	0,14	0,69
3. Me resulta fácil tomar decisiones	0,12	0,77
4. Me cuesta mucho planificar mi tiempo libre	0,47	0,06
5. Me gusta estar en una posición que me permita tomar decisiones	-0,19	0,72
6. En cuanto tomo una decisión, estoy bastante seguro de que es la correcta.	-0,05	0,80
7. Cuando tengo que elegir un menú de la carta, normalmente me resulta difícil decidir qué pedir	0,55	-0,10
8. Normalmente tomo las decisiones rápidamente	0,14	0,65
9. En cuanto tomo una decisión, dejo de preocuparme por ello	0,05	0,59
10. Tomar una decisión me pone nervioso	0,65	0,00
11. Muchas veces me preocupa haber tomado una decisión equivocada	0,64	0,13
12. Después de haber elegido o decidido algo, muchas veces me parece que he elegido mal o que he tomado la decisión equivocada	0,69	0,17
13. No acabo mis tareas a tiempo porque no puedo decidir por dónde debo empezar.	0,79	-0,11
14. Me cuesta acabar las tareas porque no puedo dar prioridad a lo más importante.	0,76	-0,14
15. Me parece que tardo mucho en decidir, incluso en las cosas más insignificantes	0,65	0,21

Consistencia interna

Para la subescala Temores hacia la Toma de Decisiones se obtuvo un alfa de Cronbach de ,83. Para Actitudes Positivas hacia la Toma de Decisiones, el valor fue de ,81. Para el total de la escala (invirtiendo los ítems formulados en positivo) fue de ,85. En ningún caso la eliminación de un ítem mejoraba esta consistencia.

Relación entre las subescalas

Las dos subescalas de la IS mantenían una correlación negativa de magnitud media ($r = -45$; $p < ,001$).

Relación con edad y género

La puntuación en la subescala Temores hacia la Toma de Decisiones fue mayor para las mujeres ($M = 22,27$; $ET = 0,51$) que para los hombres ($M = 19,84$; $ET = 0,63$), siendo la diferencia estadísticamente significativa, $t(246) = -2,90$; $p = ,004$. Para Actitudes Positivas hacia la Toma de Decisiones, la puntuación de los hombres ($M = 19,75$; $ET = 0,49$) fue mayor que la de las mujeres ($M = 18,39$; $ET = 0,36$), diferencia que también resultó significativa $t(246) = 2,24$; $p = ,026$. La diferencia en la puntuación total entre hombres y mujeres también alcanzó la significación estadística, $t(246) = -2,56$; $p = ,011$.

Las correlaciones calculadas entre las puntuaciones obtenidas para las subescalas y la edad fueron muy bajas ($r = -,08$ para la subescala negativa y $r = ,01$ para la positiva), quedando muy lejos de ser estadísticamente significativas.

En la Tabla 8 se muestran los estadísticos descriptivos más relevantes de las puntuaciones en todas las escalas relevantes

Tabla 8. Descriptivos de las escalas.

Escala	Mínimo	Máximo	Media	DT	Asimetría	Curtosis
NJREQ-R: cantidad de experiencias (sin contar los que no tenían ninguna)	1	10	3,19	1,85	0,81	0,23
NJREQ-R: Cantidad de experiencias	0	10	2,67	2,06	0,66	-0,04
NJREQ-R: Valoración	7	39	19,54	7,56	0,67	-0,31
OC-TCDQ: Inacabado	0	43	17,37	8,48	0,21	-0,02
OC-TCDQ: Evitación del Daño	0	33	14,01	8,07	0,20	-0,51
IS: Temores hacia la Toma de Decisiones	9	40	21,40	6,37	0,31	-0,10
IS: Actitudes Positivas hacia la Toma de Decisiones	7	30	18,86	4,57	0,02	0,29

4. Análisis correlacionales

Correlaciones de las escalas entre sí

Como parte del análisis de la validez convergente de los cuestionarios objeto de estudio, se calcularon las correlaciones que las puntuaciones en sus distintas escalas y subescalas mantienen entre sí (Tabla 9). Las correlaciones se calcularon

tras el manejo de los valores faltantes mediante el método *listwise*. De este modo, no se tienen en cuenta las puntuaciones de aquellos participantes que no informaron de experiencias *not just right*, ya que no existen datos sobre las valoraciones de dichas experiencias.

Las dos escalas del NJREQ-R mantuvieron una correlación positiva y significativa pero modesta entre sí. Ambas escalas mantenían correlaciones positivas significativas con las dos escalas del OC-TCDQ y con la escala negativa de la IS, de magnitudes más elevadas para la escala de valoraciones. La correlación entre las dos escalas del OC-TCDQ era muy elevada por lo que no resulta sorprendente que ambas mantengan patrones de correlaciones similares con el resto de medidas. Las dos escalas de la IS correlacionaban de forma negativa y moderada entre sí y sólo la escala de Temores correlacionaba de forma positiva y consistentemente significativa con el resto de medidas relacionadas con la duda obsesiva.

Tabla 9. Correlaciones de las puntuaciones de los cuestionarios de duda e indecisión entre sí ($n = 207$).

	NJR- Val.	Inac.	Ev. Dño.	IS- Tem.	IS-Act. Pos.
NJR- Cant.	,36***	,29***	,22**	,27***	-,06
NJR-Val.	-	,40***	,41***	,40***	-,14
Inac.		-	,80***	,42***	-,19**
Ev. Dño.			-	,52***	-,31***
IS-Tem.				-	-,47***

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Correlaciones con perfeccionismo, intolerancia a la incertidumbre y creencias asociadas al TOC

También se calcularon las correlaciones de las puntuaciones en los cuestionarios estudiados con otras medidas de constructos teóricamente relacionados con la duda y la indecisión obsesiva. Se emplearon con este fin la *Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS), la *Intolerance of Uncertainty Scale* (IUS) y el Inventario de Creencias Obsesivas - Revisado. Los resultados se muestran en las tablas 10 y 11. Para estos análisis y los siguientes presentados en esta sección, se empleó el método *pairwise* de manejo de datos faltantes. El número de datos sobre el que se calculan las correlaciones y su nivel de significación correspondiente varía entre casillas, como se indica en las tablas. Como puede

observarse, las mayores diferencias entre las *n* se producen para las calculadas usando la escala de Valoración del NJREQ-R y todas las demás. Las diferencias en el resto de casos son mínimas por lo que los datos se exponen mediante rangos.

La puntuación total en la MPS correlacionaba con todas las medidas evaluadas a excepción de la escala positiva de la IS y siendo Inacabado el constructo que lo hacía en mayor medida. Las dimensiones del perfeccionismo que obtenían correlaciones más altas con las medidas de duda obsesiva eran Preocupación por los Errores y Dudas sobre Acciones. La IUS correlacionaba significativamente con todos los constructos analizados, obteniendo las mayores correlaciones (en torno a $r = ,50$) para Evitación del Daño, Inacabado y Temores hacia la Toma de Decisiones.

La matriz de correlaciones entre los cuestionarios que estamos analizando y las creencias disfuncionales evaluadas con el ICO-R (Tabla 11) indica que se obtienen valores significativos en todos los casos, a excepción de Actitud Positiva hacia la Toma de Decisiones. Las creencias de Responsabilidad, Intolerancia a la Incertidumbre y, especialmente, Sobreestimación de la Amenaza eran para las que se hallaban correlaciones mayores. Entre las medidas de duda obsesiva, las escalas del OC-TCDQ eran para las que se hallaban correlaciones más altas con el ICO-R.

Tabla 10. Correlaciones de los cuestionarios de duda e indecisión con perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre.

	Escala Multidimensional de Perfeccionismo							IUS
	Tota 1	Ex. Pers	Pr. Err.	Dud. Acc.	Exp. Par.	Crít. Par.	Org.	
NJR-Cant. ^a	,31***	,26***	,31***	,30***	,14*	,20**	,32***	,24***
NJR-Val. ^b	,36***	,27***	,32***	,37***	,16*	,28***	,14*	,31***
Inac. ^a	,54***	,50***	,53***	,56***	,21**	,27***	,38***	,51***
Ev. Dño. ^a	,47***	,37***	,46***	,50***	,22**	,31***	,26***	,53***
IS-Tem. ^a	,44***	,26***	,43***	,55***	,20**	,41***	,01	,51***
IS-Act. Pos. ^a	-,09	,08	-,14*	-,30***	,03	-,13*	,15*	-,18**

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^a*n* = 248-253; ^b*n* = 208-212

p* < ,05; *p* < ,01; ****p* < ,001

Tabla 11. Correlaciones de los cuestionarios de duda e indecisión con creencias obsesivas.

	Inventario de Creencias Obsesivas Revisado (ICO-R)							
	Resp.	Sobr. Imp.	FPA- P	FPA- M	Imp. Cont.	Sobr. Am.	Int. Inc.	Perf.
NJR-Cant. ^a	,20**	,14*	,14*	,19**	,19**	,29***	,27***	,29***
NJR-Val. ^b	,28***	,23**	,22**	,17*	,29***	,38***	,34***	,28***
Inac. ^a	,43***	,31***	,34***	,27***	,43***	,69***	,46***	,37***
Ev. Dño. ^a	,40***	,35***	,32***	,30***	,44***	,57***	,52***	,49***
IS-Tem. ^a	,32***	,27***	,36***	,18**	,31***	,56***	,34**	,29***
IS-Act. Pos. ^a	-,10	-,10	-,20**	-,02	-,04	-,24***	,00	,05

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^a*n* = 248-253; ^b*n* = 208-212

p* < ,05; *p* < ,01; ****p* < ,001

Correlaciones con medidas de psicopatología

Correlaciones con sintomatología ansiosa y depresiva

En la Tabla 12 se muestran las correlaciones entre las puntuaciones de los cuestionarios estudiados y las obtenidas en medidas de síntomas depresivos (BDI-II), ansiosos (STAI-R) y preocupación (PSWQ).

Todas las correlaciones resultaron significativas, con un rango de entre $-0,42$ y $0,68$. Las correlaciones más elevadas con las medidas de psicopatología se hallaron para Evitación del Daño. De entre las medidas asociadas específicamente con la duda obsesiva, la mayor correlación fue la encontrada entre el STAI-R y la escala negativa de la IS.

Tabla 12. Correlaciones de los cuestionarios de duda e indecisión con psicopatología ansiosa y depresiva.

	BDI-II	STAI-R	PSW Q
NJR-Cant. ^a	,35***	,30***	,29***
NJR-Val. ^b	,45***	,47***	,39***
Inac. ^a	,53***	,68***	,60***
Ev. Dño. ^a	,42***	,56***	,53***
IS-Tem. ^a	,46***	,67***	,51***
IS-Act. Pos. ^a	-,24***	-,42***	-,34***

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^a*n* = 247-253; ^b*n* = 208-212

p* < ,05; *p* < ,01; ****p* < ,001

Correlaciones con sintomatología obsesivo-compulsiva

Las correlaciones con las puntuaciones en dos cuestionarios que miden sintomatología obsesivo-compulsiva (OCI-R y CBOCI), incluyendo la de sus subescalas, se muestran en la Tabla 13.

A excepción de la escala positiva de la IS, todas las demás medidas examinadas correlacionaron de forma significativa con la puntuación total en el OCI-R y con todas las escalas de síntomas. Las magnitudes de estas correlaciones oscilaron entre ,22 y ,48. Para el CBOCI las correlaciones fueron más altas, siendo todas ellas significativas, en un rango de entre -,23 y ,59.

Tabla 13. Correlaciones de los cuestionarios de duda e indecisión con psicopatología obsesiva.

	OCI-R							CBOCI		
	Tot.	Lav.	Comp.	Ord.	Obs.	Acu.	Neu.	Tot.	Obs.	Com.
NJR-Cant. ^a	,38***	,28***	,28***	,37***	,27***	,27***	,32***	,49***	,46***	,44***
NJR-Val. ^b	,42***	,33***	,38***	,28***	,30***	,33***	,34***	,51***	,52***	,42***
Inac. ^a	,47***	,35***	,41***	,33***	,44***	,37***	,32***	,59***	,58***	,51***
Ev.	,48***	,37***	,41***	,43***	,39***	,34***	,33***	,50***	,55***	,55***
Dño. ^a										
IS-Tem. ^a	,41***	,35***	,39***	,22***	,36***	,33***	,31***	,53***	,57***	,42***
IS-Act.	-,09	-,10	-,09	-,01	-,04	-,10	-,09	-,19***	-,23***	-,13*
Pos. ^a										

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^a*n* = 247-253; ^b*n* = 206-212

p* < ,05; *p* < ,01; ****p* < ,001

Correlaciones parciales

Debido a la elevada magnitud de las correlaciones que las puntuaciones en los cuestionarios estudiados mantienen con las medidas de síntomas ansiosos y depresivos, se calcularon una serie de correlaciones parciales entre aquellas y otros constructos de interés controlando las puntuaciones en el BDI-II y el STAI-R.

En la Tabla 14 se muestran las correlaciones parciales que los cuestionarios bajo estudio mantienen entre sí. En la Tabla 15 se muestran las correlaciones parciales con las medidas de perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, en la Tabla 16 con el Inventario de Creencias Obsesivas y en la tabla 17 con las medidas de síntomas obsesivo-compulsivos.

Tras controlar la influencia de la ansiedad y la depresión, todos los constructos examinados seguían relacionándose significativamente con la puntuación total en el OCI-R. Con la excepción de la escala de Actitudes Positivas hacia la Toma de Decisiones de la IS, todas las correlaciones bajaron de magnitud. La escala de Inacabado del OC-TCDQ fue la que lo hizo en menor medida. Para la IUS, sólo las correlaciones parciales con el OC-TCDQ y la escala de Temores hacia la Toma de Decisiones de la IS siguieron siendo significativas si bien de una magnitud baja.

En las correlaciones parciales calculadas con el ICO-R fueron las dos escalas del OC-TCDQ las que mantuvieron el mayor número de correlaciones significativas con las medidas de creencias obsesivas, aunque la magnitud de las mismas disminuyó con respecto a las correlaciones bivariadas. La dimensión de Intolerancia a la Incertidumbre también correlacionaba significativamente y de forma positiva con la cantidad de experiencias *not just right* y con la escala positiva de la IS, si bien la magnitud de estas correlaciones era baja.

Las correlaciones parciales con el OCI-R indicaron que el control de los síntomas depresivos y ansiosos afectaba en menor medida a la relación de los síntomas obsesivos con la cantidad de experiencias *not just right* y el Inacabado. Estos constructos seguían relacionándose de forma significativa con la mayoría de dimensiones de síntomas. Lo contrario ocurría con la Evitación del Daño que sólo mantenía correlaciones significativas con la escala de Obsesiones y la puntuación total. En el caso del CBOCI la mayoría de correlaciones seguían siendo significativas pero podía observarse igualmente la mayor disminución de la magnitud en el caso de la Evitación del Daño frente a Inacabado.

Tabla 14. Correlaciones parciales de los cuestionarios de duda e indecisión entre sí controlando las puntuaciones en BDI-II y STAI.

	NJR- Val.	Inac.	Ev. Dño.	IS-Tem.	IS-Act. Pos.
NJR-Cant.	,23** ^a	,28*** ^b	,17** ^b	,16* ^b	,11 ^b
NJR-Val.	-	,18** ^a	,13 ^a	,14* ^a	,06 ^a
Inac.		-	,74*** ^b	,17** ^b	,08 ^b
Ev. Dño.			-	,17** ^b	,04 ^b
IS-Tem.				-	,25*** ^b

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^a*n* = 206-203; ^b*n* = 246-243

p* < ,05; *p* < ,01; ****p* < ,001

Tabla 15. Correlaciones parciales de los cuestionarios de duda e indecisión con perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre controlando las puntuaciones en BDI-II y STAI.

	Multidimensional Perfectionism Scale						IUS	
	Total	Ex. Pers.	Pr. Err.	Dud . Acc.	Exp. Par.	Crít. Par.		Org.
NJR-Cant. ^a	,18**	,17**	,19**	,15*	,07	,08	,29***	,07
NJR-Val. ^b	,14*	,13	,11	,13	,03	,09	,08	,03
Inac. ^a	,21**	,23***	,20***	,18**	,08	,02	,23***	,22**
Ev. Dño. ^a	,37***	,42***	,36***	,35***	,10	,04	,38***	,27***
IS-Tem. ^a	,17**	,07	,16**	,29***	,06	,17**	-,09	,19**
IS-Act.	,14*	,23***	,07	-,09	,14*	,06	,21**	,08
Pos. ^a								

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^an = 243-247; ^bn = 207

*p < ,05; **p < ,01; ***p < ,001

Tabla 16. Correlaciones parciales de los cuestionarios de duda e indecisión con creencias obsesivas controlando las puntuaciones en BDI-II y STAI-R.

	Inventario de Creencias Obsesivas Revisado (ICO-R)							
	Res p.	Sobr . Imp.	FPA -P	FPA -M	Imp. Con t.	Sobr . Am.	Int. Inc.	Perf.
NJR-Cant. ^a	,07	,04	-,03	,08	,07	,08	,14*	,18**
NJR-Val. ^b	,10	,08	-,01	,01	,11	,04	,15*	,11
Inac. ^a	,23***	,14*	,07	,09	,26***	,38***	,24***	,17**
Ev. Dño. ^a	,24**	,22**	,11	,17**	,30**	,29**	,38***	,37***
IS-Tem. ^a	,09	,09	,12	-,02	,10	,16*	,08	,07
IS-Act.	,06	,02	-,05	,10	,12	,07	,21***	,22***
Pos. ^a								

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^an = 243-246; ^bn = 207

*p < ,05; **p < ,01; ***p < ,001

Tabla 17. Correlaciones parciales de los cuestionarios de duda e indecisión con psicopatología obsesiva controlando las puntuaciones en el BDI-II y el STAI-R.

	OCI-R						CBOCI			
	Tot.	Lav.	Comp.	Ord.	Obs.	Acu.	Neu.	Tot.	Obs.	Com.
NJR-Cant. ^a	,23***	,15*	,14*	,26***	,13*	,11	,17**	,37***	,34***	,31***
NJR-Val. ^b	,17*	,15*	,17*	,11	,07	,11	,12	,27***	,30***	,19**
Inac. ^a	,15*	,10	,12	,11	,18**	,10	,00	,29***	,27***	,24***
Ev. Dño. ^a	,26***	,20**	,18**	,30***	,18**	,14*	,10	,40***	,31***	,39***
IS-Tem. ^a	,10	,14*	,11	-,03	,09	,09	,02	,23***	,28***	,13*
IS-Act.	,16*	,06	,13*	,15*	,16*	,07	,10	,06	,01	,09
Pos. ^a										

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^an = 241-246; ^bn = 202-207

*p < ,05; **p < ,01; ***p < ,001

5. Análisis de regresión múltiple

Predicción de los síntomas o-c controlando los síntomas ansiosos y depresivos

Las puntuaciones en el BDI-II y el STAI-R se introdujeron en el primer paso del análisis y en el segundo las variables predictoras de interés (cantidad de experiencias *not just right*, valoración de la última experiencia *not just right*, inacabado e indecisión), diferentes en cada uno de los análisis. Los resultados se muestran en las tablas 18 a 23.

Los supuestos del análisis de regresión múltiple se cumplían de forma aceptable para estos datos. Las correlaciones entre los predictores (entre moderadas y altas la mayoría) no suponían un problema de multicolinealidad según los datos de tolerancia y los autovalores calculados. El supuesto de independencia de errores se cumplía en todos los casos. Los residuos se distribuían por lo general de forma cercana a la normalidad, observándose una cierta asimetría positiva en los modelos que usaban Evitación del Daño y la IS como predictores. Estos modelos eran también aquellos en los que se observaba una pequeña heterocedasticidad, debida a una menor dispersión de los datos para las puntuaciones bajas. El supuesto de linealidad se cumplía en todos los casos.

El primer paso daba como resultado un modelo de regresión en el que tanto el BDI-II como el STAI-R resultaban predictores significativos de la puntuación en el OCI-R ($p < ,001$), explicando conjuntamente el 35,9% de la varianza.

La cantidad de experiencias *not just right* emergió como predictor independiente, con una beta estandarizada (β) de ,20 ($p < ,001$), con lo que el modelo resultante explicaba un 38,6% de la varianza. Esto suponía un incremento del 3,5% de la varianza explicada que resultaba estadísticamente significativo ($p < ,001$). La escala de Valoración del NJREQ-R también se incluyó como predictor significativo en el segundo paso del análisis ($\beta = ,19$; $p < ,001$), incrementando el modelo la varianza explicada un 2,7% ($p = ,004$). La escala de Inacabado del OC-TCDQ también emergía como predictor independiente ($\beta = ,239$; $p < ,001$), dando lugar su inclusión a un incremento de la varianza explicada del 3,9% ($p < ,001$). La escala de Evitación del Daño de este mismo cuestionario daba lugar a un incremento de esta varianza explicada que si bien era sustancialmente menor (1,1%) alcanzaba la significación estadística ($p = 0,041$). La puntuación en la escala Temores hacia la Toma de Decisiones de la IS no era capaz de predecir la variable criterio

independientemente de los síntomas ansioso-depresivos ($\beta = ,12; p = ,098$). Sin embargo, sí lo era la escala de Actitudes Positivas hacia la Toma de Decisiones, que se asociaba positivamente con los síntomas o-c ($\beta = ,15; p = ,01$).

Tabla 18. Predicción de las puntuaciones en el OCI-R a partir de las puntuaciones en síntomas depresivos, ansiosos y cantidad de experiencias *not just right* ($n = 242$).

Variables	Modelo 1		Modelo 2	
	β	p	β	p
BDI-II	,36	< ,001	,30	< ,001
STAI-R	,29	< ,001	,27	< ,001
NJR-Cant.			,20	< ,001
R²	,36		,39	
F	66,91	< ,001	51,53	< ,001
ΔR^2			,04	
ΔF			13,69	< ,001

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

Tabla 19. Predicción de las puntuaciones en el OCI-R a partir de las puntuaciones en síntomas depresivos, ansiosos y valoración de la última experiencia *not just right* ($n = 204$).

Variables	Modelo 1		Modelo 2	
	β	p	β	p
BDI-II	,37	< ,001	,32	< ,001
STAI-R	,26	,001	,20	,012
NJR-Val.			,19	,004
R²	,34		,36	
F	51,19	< ,001	38,23	< ,001
ΔR^2			,03	
ΔF			8,49	,004

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

Tabla 20. Predicción de las puntuaciones en el OCI-R a partir de las puntuaciones en síntomas depresivos, ansiosos e inacabado ($n = 241$).

Variables	Modelo 1		Modelo 2	
	β	p	β	p
BDI-II	,36	< ,001	,35	< ,001
STAI-R	,28	< ,001	,16	,04
Inac.			,24	< ,001
R²	,36		,40	
F	66,62	< ,001	52,30	< ,001
ΔR^2			,04	
ΔF			15,52	< ,001

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

Tabla 21. Predicción de las puntuaciones en el OCI-R a partir de las puntuaciones en síntomas depresivos, ansiosos y evitación del daño ($n = 241$).

Variables	Modelo 1		Modelo 2	
	β	p	β	p
BDI-II	,36	< ,001	,35	< ,001
STAI-R	,28	< ,001	,20	,020
Ev. Dño.			,15	,041
R^2	,36		,37	
F	66,62	< ,001	46,43	< ,001
ΔR^2			,01	
ΔF			4,23	,041

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

Tabla 22. Predicción de las puntuaciones en el OCI-R a partir de las puntuaciones en síntomas depresivos, ansiosos y temores hacia la toma de decisiones ($n = 244$).

Variables	Modelo 1		Modelo 2	
	β	p	β	p
BDI-II	,37	< ,001	,37	< ,001
STAI-R	,28	< ,001	,20	,022
IS-Tem.			,12	,098
R^2	,36		,37	
F	67,59	< ,001	46,31	< ,001
ΔR^2			,01	
ΔF			2,77	,098

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

Tabla 23. Predicción de las puntuaciones en el OCI-R a partir de las puntuaciones en síntomas depresivos, ansiosos y actitudes positivas hacia la toma de decisiones ($n = 244$).

Variables	Modelo 1		Modelo 2	
	β	p	β	p
BDI-II	,37	< ,001	,35	< ,001
STAI-R	,28	< ,001	,35	< ,001
IS-Act. Pos.			,15	,010
R^2	,36		,37	
F	67,59	< ,001	48,34	< ,001
ΔR^2			,02	
ΔF			6,66	,010

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

Predicción de los síntomas obsesivo-compulsivos controlando los síntomas ansiosos y depresivos y las creencias obsesivas

Los análisis de regresión múltiple jerárquicos del apartado anterior se repitieron incluyendo las puntuaciones en el Inventario de Creencias Obsesivas en el primer paso de los mismos, sólo para aquellos constructos que habían incrementado de forma significativa su capacidad predictiva al ser incluidos en

el segundo paso. De este modo, se puso a prueba la capacidad de los constructos estudiados de predecir la sintomatología o-c por encima, tanto de la psicopatología ansiosa y depresiva, como del grado en el que se comparten aquellas creencias que según el modelo cognitivo predisponen a las obsesiones y compulsiones.

Los resultados de estos análisis pueden observarse en las tablas 24 a 28. El primer paso daba como resultado un modelo en el que no sólo las escalas de psicopatología sino también el ICO-R contribuían de forma significativa a la predicción de la puntuación en el OCI-R.

La adición en el segundo paso de las dos puntuaciones extraídas del NJREQ-R daba como resultado un incremento significativo de la capacidad de predicción. En el caso de la escala de Cantidad, se aumentaba el porcentaje de varianza explicada en un 3% ($p = ,001$), y en el de la escala de Valoración, un 2% ($p = ,024$). La escala de Inacabado del OC-TCDQ también incrementaba de forma significativa la varianza explicada, en un 1% ($p = ,022$). Sin embargo, ni la escala de Evitación del Daño del mismo cuestionario ni la de Actitudes Positivas hacia la Toma de Decisiones de la IS hacían una contribución significativa en este segundo paso del análisis.

Tabla 24. Predicción de las puntuaciones en el OCI-R a partir de las puntuaciones en síntomas depresivos, ansiosos, creencias obsesivas y cantidad de experiencias *not just right* ($n = 244$).

Variables	Modelo 1		Modelo 2	
	β	p	β	p
BDI-II	,28	< ,001	,23	,001
STAI-R	,17	,016	,17	,019
ICO-R	,32	< ,001	,30	< ,001
NJRE-Cant.			,17	,001
R²	,43		,45	
F	59,96	< ,001	49,48	< ,001
ΔR^2			,03	
ΔF			10,74	,001

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

Tabla 25. Predicción de las puntuaciones en el OCI-R a partir de las puntuaciones en síntomas depresivos, ansiosos, creencias obsesivas y valoración de las experiencias *not just right* ($n = 203$).

Variables	Modelo 1		Modelo 2	
	β	p	β	p
BDI-II	,29	< ,001	,26	,001
STAI-R	,20	,013	,16	,049
ICO-R	,27	< ,001	,24	< ,001
NJR-Val.			,15	,024
R^2	,39		,41	
F	42,31	< ,001	33,69	< ,001
ΔR^2			,02	
ΔF			5,18	,024

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

Tabla 26. Predicción de las puntuaciones en el OCI-R a partir de las puntuaciones en síntomas depresivos, ansiosos, creencias obsesivas e inacabado ($n = 241$).

Variables	Modelo 1		Modelo 2	
	β	p	β	p
BDI-II	,27	< ,001	,28	< ,001
STAI-R	,18	,014	,12	,105
ICO-R	,32	< ,001	,27	< ,001
Inac.			,14	,022
R^2	,43		,44	
F	59,34	< ,001	46,64	< ,001
ΔR^2			,01	
ΔF			5,30	,022

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

Tabla 27. Predicción de las puntuaciones en el OCI-R a partir de las puntuaciones en síntomas depresivos, ansiosos, creencias obsesivas y evitación del daño ($n = 241$).

Variables	Modelo 1		Modelo 2	
	β	p	β	p
BDI-II	,27	< ,001	,27	< ,001
STAI-R	,18	,014	,15	,065
ICO-R	,32	< ,001	,31	< ,001
Ev. Dño.			,06	,429
R^2	,43		,43	
F	59,34	< ,001	44,59	< ,001
ΔR^2			,00	
ΔF			,62	,429

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

Tabla 28. Predicción de las puntuaciones en el OCI-R a partir de las puntuaciones en síntomas depresivos, ansiosos, creencias obsesivas y actitudes positivas hacia la toma de decisiones ($n = 243$).

Variables	Modelo 1		Modelo 2	
	β	p	β	p
BDI-II	,28	< ,001	,27	< ,001
STAI-R	,17	,017	,23	,004
ICO-R	,32	< ,001	,30	< ,001
IS-Act. Pos.			,10	,066
R²	,43		,44	
F	59,64	< ,001	46,04	< ,001
ΔR^2			,01	
ΔF			3,41	,066

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

DISCUSIÓN

La traducción y validación de los tres instrumentos en los que se centra el presente estudio se llevó a cabo con dos grandes objetivos: adaptar estos instrumentos para su uso, clínico e investigador, en población española, y recoger información sobre la aparición de experiencias *not just right*, inacabado e indecisión en población general. En este apartado se comentarán los resultados del uso de nuestras versiones de estos instrumentos, además de la información recogida acerca de su validez convergente y su asociación con la psicopatología ansiosa, depresiva y obsesivo-compulsiva.

1. Experiencias *not just right*, inacabado e indecisión en población general

1.1. Prevalencia y valoración de las experiencias *not just right* en población general (NJREQ-R)

Los escala formada por los diez primeros ítems del NJREQ-R, dedicados a explorar la aparición en el último mes de una serie de experiencias *not just right*, alcanzó en esta muestra una consistencia interna baja ($\alpha = ,63$). Este resultado es parecido al obtenido por Coles *et al.* (2005) pero más bajo que el de la validación original de Coles *et al.* (2003), que alcanzó una magnitud de ,79. Este resultado no es necesariamente un problema, aunque pone en duda que todos los ejemplos de experiencias reflejen un constructo unitario. El 83,8% de los participantes habían tenido al menos una experiencia de este tipo en el último mes, resultado muy similar al de la validación original en la que se hablaba de un 80%, y la media de 2,67 experiencias también era similar al 3,26 obtenido en dicho estudio (Coles *et al.*, 2003). En definitiva, se trata de un fenómeno común, como resaltan la mayoría de los estudios llevados a cabo en población normal. La experiencia *not just right* más común es la reflejada en el ítem 6 (“Al hablar con la gente, he tenido la sensación de que mis palabras no sonaban exactamente como debían”). Se trata de una experiencia no visual (como lo son la mayoría de las incluidas en este instrumento) y que posiblemente sea fácil de malinterpretar ya que “sonar” no enfatiza lo suficiente el elemento de sensación interna que es clave en este constructo.

La que hemos llamado “escala de Valoración” del NJREQ-R está compuesta por los últimos 7 ítems del cuestionario y recoge una serie de características de la experiencia *not just right* seleccionada por los participantes por ser la más

reciente. Pese al nombre elegido para la escala, sólo el último ítem hace referencia a una valoración, en el sentido en que se usa este término en la psicopatología cognitiva, al preguntar por el grado en que se sintió la responsabilidad de hacer algo con la experiencia. Se trata por tanto de ítems heterogéneos, no sólo por su contenido concreto sino por la diversidad de aspectos de la experiencia que intenta recoger.

La posible solución bifactorial de esta escala, basada en la existencia de dos factores con autovalores mayores que uno, sugiere una distinción entre las valoraciones negativas sobre las consecuencias de las experiencias (incapacidad de quitarse la experiencia de la cabeza, impulso a hacer algo con ella y responsabilidad) agrupadas en el primer factor, y sus aspectos formales (frecuencia e intensidad) en el segundo. Las dos valoraciones de malestar presentan saturaciones relativamente altas en ambos factores: el experimentado en el momento se asocia más al segundo y el experimentado más tarde al primero. Estos resultados, y especialmente el hecho de que el malestar experimentado en el momento esté estrechamente asociado a la intensidad de la experiencia ($r = ,69$), apuntan a la naturaleza no patológica de este tipo de experiencias en la población clínica.

La elección de una solución unifactorial estuvo guiada fundamentalmente por propósitos prácticos. El primer factor hallado en el análisis explicaba un porcentaje menor de la varianza de la escala que el que hallaron Ghisi *et al.* (2010), que llegaba al 65% frente al 55% de nuestro estudio. En cambio, la consistencia interna de ,85 era adecuada y comparable a la obtenida por esos autores (,87).

El análisis descriptivo de las puntuaciones en los ítems de la escala indica que las puntuaciones en la mayoría de los ítems (excepto la frecuencia) son medias-bajas o bajas, resultado similar al obtenido por Coles *et al.* (2003). Esto refuerza la conclusión de que estamos ante un fenómeno, además de común, no patológico en la población bajo estudio.

1.2. Inacabado y evitación del daño (OC-TCDQ)

El resultado del análisis factorial exploratorio realizado sobre las puntuaciones del OC-TCDQ no indica claramente cuál es la solución factorial óptima de la escala. Sin embargo, si se opta por la solución bifactorial, el contenido de los factores apoya la distinción entre las escalas de Inacabado y Evitación del Daño tal y como es planteada por los creadores del instrumento. El único ítem que no satura en el factor esperado (en este caso, el de Inacabado)

es el 18 (“Me cuesta mucho tiempo sentirme seguro acerca de las cosas”). Esto se debe probablemente a que la palabra “seguro” no refleja inequívocamente la alusión a la certidumbre del original “certain”, confundiendo fácilmente con preocupaciones acerca del daño. A pesar de esta inconsistencia, mantenemos las escalas originales, obteniéndose una consistencia interna excelente para ambas ($\alpha = ,92$).

La correlación entre ambas subescalas es muy elevada ($r = ,83$). Encontrar una asociación fuerte entre inacabado y evitación del daño es esperable en población no clínica y concuerda con otros resultados obtenidos en este tipo de participantes (Pietrefesa y Coles, 2008; Taylor *et al.*, 2014). Este resultado debe ser interpretado en el contexto del resto de hallazgos que apoyan la separabilidad de los dos constructos tal y como los mide el OC-TCDQ (por ejemplo, los análisis factoriales confirmatorios), pero nos obliga a ser cautos a la hora de interpretar los resultados obtenidos en este tipo de población.

1.3. Indecisión (IS)

El resultado del análisis factorial exploratorio apoya la distinción entre dos dimensiones de la indecisión (una negativa y una positiva) compuestas, respectivamente, por los ítems directos e inversos de la escala. Debido a esta correspondencia, cabría sospechar que la distinción sea un artefacto. Sin embargo, investigaciones del grupo del creador de la escala (R. O. Frost *et al.*, 2009; Kyrios *et al.*, 2004) apoyaron esta distinción entre un factor positivo y uno negativo de la escala, basándose en sus diferentes relaciones con aspectos psicopatológicos. Curiosamente, estos autores no apoyan su validez mediante datos procedentes del análisis factorial.

Según nuestros datos, ambas escalas tenían una consistencia interna satisfactoria y correlacionaban entre sí de forma negativa y estadísticamente significativa, pero la magnitud de la correlación era sólo media. Todos estos datos apoyan la validez de la distinción, pero su relevancia para nuestros objetivos sólo se verá refrendada si muestran validez convergente y divergente en los análisis correlacionales con constructos relevantes.

2. Validez convergente

2.1. Relación de los cuestionarios entre sí

Los instrumentos bajo estudio pretenden captar aspectos diferentes, pero relacionados entre sí, de la duda obsesiva, entendida según se ha expuesto en la introducción: la sensación subjetiva y, en algunos casos, acompañada incluso de sensaciones físicas, de que “algo no está bien” y la vivencia de esta sensación (NJREQ-R); el inacabado como una dimensión motivacional y diferenciable de la evitación del daño (OC-TCDQ); y la indecisión como rasgo que se manifiesta en distintas situaciones (IS). Se espera, por tanto, que estas medidas mantengan relaciones significativas entre sí, pero no necesariamente que compartan un porcentaje elevado de su varianza, ni siquiera para las subescalas dentro del NJREQ-R o la IS, que también pretenden captar aspectos distintos de los respectivos constructos.

En el caso del NJREQ-R, la correlación entre la escala de Cantidad y la escala de Valoración fue positiva y significativa, pero de una magnitud de únicamente $r = ,36$. Ambas escalas mantienen un perfil de correlaciones con el resto de las medidas muy similar, aunque con magnitudes más altas para la escala de Valoración. Teniendo en cuenta que las dos escalas del OC-TCDQ mantienen entre sí una correlación muy alta, es lógico que también mantengan correlaciones similares con los demás cuestionarios. Por este motivo, pequeñas diferencias como las siguientes pueden ser relevantes: el Inacabado correlaciona más con la escala de Cantidad del NJREQ-R, pero las dos escalas de la IS están más relacionadas con la Evitación del Daño. En cuanto a la IS, las correlaciones que se hallan para su escala negativa (Temores) son de magnitud mayor que las que se encuentran para la escala positiva (Actitudes Positivas).

Como conclusión provisional, las correlaciones de las escalas que pretenden medir la duda obsesiva entre sí (incluyendo la indecisión y excluyendo la evitación del daño que sólo se ha añadido con el propósito de comparar) son de magnitud media, lo que apoya que estamos midiendo aspectos diferentes de la duda obsesiva. En primer lugar, la cantidad de experiencias *not just right* y su valoración son relativamente independientes. Ambas medidas pueden separarse claramente, además, del inacabado. En segundo lugar, ni las *NJREs* ni el inacabado mantienen correlaciones altas con la IS, lo que indica que la indecisión también es claramente separable de ambos constructos. La indecisión, además, correlaciona más con la evitación del daño en esta muestra. Esto hace sospechar que la IS podría tener una conexión más amplia con la

psicopatología general o al menos con los síntomas de ansiedad. Esta sospecha se confirma con los resultados de las correlaciones parciales, ya que al controlar las puntuaciones en el BDI-II y el STAI-R, las correlaciones entre NJREQ-R y el inacabado con la IS desaparecen, mientras que las que mantienen entre sí siguen siendo significativas.

2.2. Asociación de los cuestionarios con las medidas de creencias obsesivas

La relación teórica de la duda obsesiva y la indecisión con diferentes creencias características del TOC (fundamentalmente el perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre) hace prever que los cuestionarios analizados mantendrán correlaciones significativas con las medidas de estas creencias empleadas en este estudio: Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS), Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS) y al menos alguna de las escalas del Inventario de Creencias Obsesivas (ICO-R).

Los cuestionarios estudiados mantuvieron correlaciones de magnitudes bajas o medias con la MPS, similares a las que Coles *et al.* (2003) hallaron para el NJREQ-R. Dos escalas de la MPS fueron las que se asociaban en mayor medida con las medidas de duda e indecisión. La más relacionada es Dudas sobre Acciones, que mide la tendencia a dudar excesivamente sobre la calidad de la propia ejecución. Incluye ítems como “Normalmente tengo dudas sobre las pequeñas cosas que hago cada día”. Su contenido es, por tanto, similar al concepto de inacabado y, de hecho, la correlación con esta escala del OCTCDQ era de $r = ,56$. Pero la hallada con la escala negativa de la IS y con Evitación del Daño era similar. También fueron similares las correlaciones halladas para la escala Preocupación por los Errores, que refleja la preocupación excesiva por los errores y el fracaso en diferentes áreas de la vida (por ejemplo, “Si fracaso en el trabajo/estudios soy un fracasado”). Ambas dimensiones se consideran las más patológicas de la MPS y las que más relacionadas están con los síntomas o-c. Además, mantienen una relación estrecha entre sí: en la validación de la escala en castellano (Carrasco *et al.*, 2010), ambas formaron parte de un solo factor al que se denominó “Miedo a los Errores”. Por lo tanto, el temor a las consecuencias negativas de las acciones no llevadas a cabo perfectamente y la sensación de duda están muy unidos en este cuestionario, al menos en la población en la que se llevó a cabo esta validación, que era también no clínica.

La escala de Organización del MPS no se considera patológica y los resultados obtenidos para esta también son interesantes. Por un lado,

correlaciona más con la Cantidad de experiencias *not just right* que con Valoración, y más con Inacabado que con Evitación del Daño. Por otro, correlaciona positivamente con Actitudes Positivas hacia la Toma de Decisiones (aunque poco) y nada con Temores hacia la Toma de Decisiones. Parece, por tanto, que Organización captura de forma más pura las experiencias de duda desligadas de la vivencia negativa de las mismas, y que esa parte de la duda no estaría relacionada con la indecisión negativa. Quizás el vínculo común esté en alguno de los rasgos de personalidad obsesiva. Las correlaciones parciales aportan un apoyo adicional a esta hipótesis, ya que confirman que Organización es independiente del afecto negativo y que las correlaciones con Inacabado, Cantidad de NJREs y Actitudes Positivas se mantienen (incluso aumentan en este último caso) tras controlar la depresión y la ansiedad.

Las correlaciones halladas para la IUS estaban en torno a $r = ,50$ para Evitación del Daño, Inacabado, y Temores hacia la Toma de Decisiones, siendo más bajas (pero también positivas y significativas) para el NJREQ-R. Para este cuestionario, el control del BDI-II y el STAI-R hacía desaparecer las correlaciones significativas con el NJREQ-R, por lo que la relación entre este cuestionario y la intolerancia a la incertidumbre parece estar totalmente mediada por el malestar emocional. Sin embargo, sigue siendo significativa para Inacabado y Evitación del Daño, así como para la escala negativa de la IS. La intolerancia a la incertidumbre es una creencia muy asociada a la sintomatología ansiosa en general, pero también parece reflejar en parte la paralización y la necesidad de control a la que lleva la duda, el no saber. Y esta reacción no está necesariamente asociada a la ansiedad franca o la depresión, sino quizás a los rasgos obsesivos de personalidad. Es esta faceta de la intolerancia a la incertidumbre la que podría estar más conectada con el inacabado y con los temores a la toma de decisiones.

Para las escalas del ICO-R, se obtuvieron correlaciones entre bajas y medias con las dos puntuaciones extraídas del NJREQ-R. La magnitud de las mismas fue generalmente mayor para la escala de Valoración que para la de Cantidad. Esto no parece deberse al contenido de la escala, ya que la única valoración conectada directamente con las creencias era la de responsabilidad y no fue para esta escala para la que se halló la asociación más estrecha. De hecho, las correlaciones fueron mayores por lo general para aquellas creencias menos específicas del TOC: Sobreestimación de la Amenaza, Intolerancia a la Incertidumbre y Perfeccionismo, aunque Responsabilidad fue la siguiente con una mayor magnitud. Con el OC-TCDQ se obtuvieron perfiles de correlaciones

muy similares, siendo mayores para Sobreestimación de la Amenaza e Intolerancia a la Incertidumbre, seguido por Responsabilidad. Sobreestimación de la Amenaza correlacionó de forma elevada ($r = ,69$) con Evitación del Daño, más que con Inacabado, lo que parece lógico dado el gran solapamiento entre ambos constructos. Por su parte, Inacabado correlacionó con el perfeccionismo en mayor medida que Evitación del Daño, lo que confirma que hay un aspecto del perfeccionismo independiente de la preocupación por las consecuencias de los errores. Además, los resultados de las correlaciones parciales pusieron de manifiesto una cierta especificidad del inacabado con las creencias obsesivas, ya que las correlaciones para todas las creencias (exceptuando la fusión pensamiento-acción tipo probabilidad) seguían siendo significativas tras controlar el BDI-II y el STAI-R. Si bien la magnitud de las correlaciones bajaba, y lo hacía en mayor medida que para el perfeccionismo, el porcentaje de varianza en común no explicado por el malestar general era mayor para Inacabado que para cualquiera de las otras medidas. Por su parte, la escala negativa de la IS también tenía una correlación elevada con Sobreestimación de la Amenaza, pero además mantenía correlaciones en torno a ,30 con algunas más específicas del TOC, como Perfeccionismo y Responsabilidad, e incluso de ,36 con Fusión Pensamiento-Acción tipo Probabilidad. En las correlaciones parciales sólo la correlación con sobreestimación de la amenaza continuaba siendo significativa, si bien de magnitud baja.

2.3. Asociación con psicopatología

Correlaciones con medidas de psicopatología ansiosa, depresiva y obsesivo-compulsiva

Se puso a prueba la asociación entre las medidas de duda e indecisión con la psicopatología, no sólo obsesiva, sino también ansiosa y depresiva, con el objetivo principal de analizar su supuesta relación específica con los síntomas obsesivo-compulsivos.

Cuando se analizó la asociación de los cuestionarios estudiados con las medidas de ansiedad (STAI-R y PSWQ) y depresión (BDI-II), se halló que las correlaciones más altas fueron las halladas para el STAI-R, seguidas por el PSWQ y el BDI-II. Por tanto, la relación era mayor con la sintomatología ansiosa que depresiva. La alta correlación con la tendencia a la preocupación no es sorprendente en este tipo de población (ver, por ejemplo, Arjona *et al.*, 2009). Destaca la correlación muy alta entre Temores hacia la Toma de Decisiones y el STAI-R, prácticamente idéntica a la obtenida para Evitación del Daño, lo que

apunta a que en esta población hay una fuerte asociación entre indecisión y sintomatología ansiosa.

Las correlaciones de los cuestionarios con la puntuación total en el OCI-R fueron de magnitud media y comparables a las obtenidas en estudios previos. No se encontraron diferencias importantes en estas magnitudes en función del cuestionario utilizado, ni tampoco para las diferentes dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos. Estas fueron muy similares a las halladas por Ghisi *et al.* (2010) en una muestra de estudiantes. También a las de Pietrefesa y Coles (2008) quienes, empleando una muestra no clínica, sólo encontraron diferencias significativas entre las correlaciones con Evitación del Daño e Inacabado para la escala de Orden, que se asociaba en mayor medida al inacabado. También en nuestra muestra fue para esta dimensión de síntomas para la que se halló la mayor diferencia entre las dos dimensiones del OC-TCDQ y en el mismo sentido. La correlación entre la subescala positiva de la IS y el OCI-R no resultó significativa. En parte, esto confirma su separación de la escala negativa pero, por otro lado, otorga escaso interés a la positiva para nuestros propósitos. La escala negativa alcanzó una magnitud comparable a la del resto de constructos relacionados para el total del OCI-R ($r = ,41$), pero curiosamente fue con la dimensión más asociada a Inacabado (Orden), para la que se obtuvo la menor correlación. Al utilizar el CBOCI, las magnitudes fueron más altas pero el perfil de correlaciones muy parecido, sin hallarse diferencias importantes entre obsesiones y compulsiones ni entre los cuestionarios analizados.

Correlaciones parciales y análisis de regresión

La especificidad de la asociación de la duda obsesiva y la indecisión con la sintomatología obsesiva se estudió directamente mediante el uso de correlaciones parciales y análisis de regresión múltiple.

Los resultados de las correlaciones parciales indicaron que, para los análisis realizados con el OCI-R y con el CBOCI, fueron las correlaciones con la cantidad de experiencias *not just right* y la escala de Inacabado las que disminuyeron en menor medida tras controlar las puntuaciones en BDI-II y STAI-R. La escala de Valoración del NJREQ-R y, especialmente, la Evitación del Daño y los Temores hacia la Toma de Decisiones, disminuyeron considerablemente la magnitud de sus correlaciones, indicando una asociación de estos constructos con el malestar emocional mayor que para el resto.

Los análisis de regresión utilizados se diseñaron para predecir la puntuación en sintomatología obsesiva (OCI-R), introduciendo en un primer paso la

puntuación en síntomas depresivos (BDI-II) y ansiedad (STAI-R). Todas las medidas de duda/indecisión, al ser introducidas en un segundo paso, predijeron varianza adicional, con la excepción de la escala negativa de la IS, si bien en una cantidad muy pequeña. Cuando la puntuación en el ICO-R se introducía en el primer paso, la escala positiva de la IS y Evitación del Daño dejaban de predecir varianza adicional significativa. En el caso de Evitación del Daño, es probable que se debiera a su estrecha asociación con la creencia de Sobreestimación de la Amenaza. Mediante pruebas adicionales que no se han incluido en la sección de resultados se comprobó que si se introducía en el primer paso la puntuación en el MPS, la escala de Inacabado del OC-TCDQ también dejaba de predecir varianza adicional, seguramente por su asociación con Dudas sobre Acciones.

3. Conclusiones

Los resultados comentados hasta ahora nos permiten llegar a algunas conclusiones provisionales acerca de los instrumentos estudiados y los constructos que miden. Estas deberán ser revisadas más adelante teniendo en cuenta la información obtenida mediante las tareas de toma de decisiones y, especialmente, tras su aplicación en población clínica.

El NJREQ-R parece capturar adecuadamente una experiencia muy frecuente en la población general ante la que existen amplias diferencias individuales a la hora de valorarlas y responder ante ellas. Si bien estas experiencias se asocian con los síntomas ansiosos y depresivos en una medida similar a la que lo hacen con los obsesivo-compulsivos, la relación con estos últimos no se explica totalmente por su asociación al malestar emocional, como indican los resultados de los análisis de regresión. Los datos obtenidos prestan, además, un apoyo al modelo cognitivo de las experiencias *not just right*, porque sugieren una separación entre las experiencias en sí mismas y la tendencia a tenerlas, y la reacción ante las mismas. Las valoraciones de las experiencias, en este sentido amplio, sí parecen estar fuertemente asociadas con el malestar emocional general y no de forma específica con la sintomatología obsesiva.

La alta correlación que, en el estudio del OC-TCDQ, se ha hallado entre las dimensiones de Inacabado y Evitación del Daño dificultan la posibilidad de encontrar pruebas que apoyen la teoría de la heterogeneidad emocional de la sintomatología obsesiva en población no clínica mediante el uso de este instrumento (sin que, por otro lado, sea este nuestro propósito en esta investigación). También dificulta hallar relaciones diferenciales de las dimensiones con otras medidas de duda obsesiva e indecisión. Sin embargo,

este instrumento es el que más directamente aborda esta cuestión y los resultados obtenidos por otros investigadores, también en población no clínica, lo hacen prometedor en la investigación de los mecanismos motivacionales del TOC. En cualquier caso, es esperable que su uso en población clínica mitigue estas dificultades. Por ejemplo, Ecker y Gönner (2008) encuentran una asociación específica entre inacabado y gravedad de los síntomas obsesivos, lo que sugiere que la especificidad de la relación entre obsesividad e inacabado tendrá dificultades para surgir en población no clínica.

Por último, los resultados obtenidos con la IS muestran que, si bien puede tratarse de un instrumento útil en la medición de la indecisión como rasgo del comportamiento, este fenómeno no se asocia a la sintomatología obsesiva más allá del vínculo que mantiene con la sintomatología emocional en general. La separación entre sus escalas positiva y negativa parece tener sentido por la correlación más bien modesta que ambas mantienen entre sí. Sin embargo, el perfil de correlaciones que se halla para la escala positiva es poco interesante y quizás no justifique su uso en investigación en esta población. Sí se puede extraer de nuestros resultados para la escala positiva que existe un aspecto no relacionado con el malestar general y que se asocia a la tendencia a la organización e incluso a determinadas manifestaciones obsesivas, y que probablemente esté asociado a rasgos obsesivos de personalidad. Por desgracia, la no inclusión en este estudio de medidas de esta variable, debida a las dificultades metodológicas, impiden llegar a conclusiones firmes al respecto.

ESTUDIO 2

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1. OBJETIVOS

Objetivo 1: Desarrollar y validar dos tareas experimentales de toma de decisiones informatizadas que midan de forma fiable dos variables relacionadas con la indecisión: la latencia en la toma de decisiones y la confianza autoinformada.

Subobjetivos específicos:

1.1. Desarrollar una tarea de toma de decisiones con escenarios de contenido neutro y que varíen sistemáticamente en dos variables formales: la complejidad de la tarea y la presión temporal percibida.

1.2. Desarrollar una tarea de toma de decisiones con escenarios cuyo contenido varíe en el grado de amenaza que implican, incluyendo escenarios neutros, amenazantes y TOC-relevantes (es decir, cuya amenaza implica miedos característicamente presentes en los pacientes obsesivos).

Objetivo 2: Explorar la relación entre las medidas experimentales de indecisión (latencia y confianza) con las variables independientes de interés, tanto las pertenecientes a la propia tarea como al sujeto.

Subobjetivos específicos:

2.1. Explorar la influencia de las variables formales y de contenido de las tareas sobre las medidas experimentales de indecisión.

2.2. Explorar la asociación entre las medidas experimentales de indecisión y la puntuación en medidas psicométricas de psicopatología, duda obsesiva y creencias obsesivas.

2. HIPÓTESIS

- A) Las medidas experimentales de indecisión mantendrán entre sí una correlación negativa (ya que se asume que a mayor indecisión, menor confianza) significativa de magnitud al menos moderada.
- B) La latencia correlacionará positivamente y la confianza negativamente con las medidas psicométricas de indecisión (IS), y estas correlaciones tendrán una magnitud al menos moderada.
- C) La condición de presión temporal inducirá una menor confianza.
- D) La mayor complejidad inducirá menor confianza sólo en la condición de presión temporal.
- E) Los escenarios amenazantes y TOC-relevantes inducirán mayor indecisión.
- F) Esta asociación estará medida por el nivel de ansiedad provocado por los escenarios.
- G) El nivel de ansiedad provocado por los escenarios amenazantes se asociará al nivel de ansiedad medido mediante cuestionarios y el provocado por los escenarios TOC-relevantes se asociará al nivel de sintomatología obsesiva.
- H) La indecisión (mayor latencia y menor confianza) se asociará positivamente con puntuaciones mayores en el NJREQ-R y el OC-TCDQ.
- I) La indecisión correlacionará con las medidas de síntomas obsesivos en mayor grado que con las de síntomas depresivos y ansiosos.

PARTICIPANTES

Los participantes de este estudio son una submuestra de los participantes del estudio 1, compuesta por los 66 estudiantes de psicología que colaboraron en la investigación a cambio de compensación académica. Los criterios de inclusión y exclusión son, por tanto, los descritos en el estudio 1.

De los 66 participantes, 54 (el 81,8%) eran mujeres. Su edad media era de 22,9 años ($DT = 0,39$), con un rango entre los 20 y los 64 años. El 95,5% (63) estaban solteros y el 80,3% definían su nivel socioeconómico como “medio”.

Todos los participantes informaron de que no tenían ningún diagnóstico psiquiátrico en la actualidad. La mayoría de las puntuaciones en las medidas de psicopatología se encontraban en un rango bajo. La media fue de 6,45 en el BDI-II ($DT = 5,07$), de 47 en el PSWQ ($DT = 11,82$) y de 11,24 en el OCI-R ($DT = 6,86$).

PROCEDIMIENTO

1. Procedimiento general

Los participantes completaron el protocolo de evaluación detallado en el Estudio 1 una semana antes de realizar la primera tarea experimental. El intervalo entre el pase de la primera tarea y la segunda fue de aproximadamente un mes para todos los participantes, y el procedimiento seguido durante ambos pases fue idéntico.

Los participantes fueron citados en grupos de 8 personas en un laboratorio informático, en el que cada uno disponía de un ordenador personal. El autor de este trabajo estuvo presente en todos los pases, dando las instrucciones necesarias y supervisándolos. Cuando todos los participantes estaban sentados y antes de comenzar la tarea, rellenaron la escala de ansiedad-estado del STAI. Tras esto, se les explicó brevemente la naturaleza de la tarea, diciendo que leerían una serie de situaciones hipotéticas que implicaban tomar una decisión y que tenían que responder como si se enfrentaran a esa situación en la vida real. Se aclaró que no existían respuestas correctas ni incorrectas y se les animó a que seleccionaran la decisión que les pareciera “mejor”. No se mencionó en ningún momento que se mediría el tiempo de respuesta. Se les avisó de que tras acabar la tarea debían completar un último cuestionario (el SANEB – Decisional) que el experimentador les proporcionaría. Tras esta explicación

completaron las tareas individualmente. Cuando acababan avisaban de forma silenciosa al experimentador, quien les proporcionaba el cuestionario mencionado con el objetivo de que lo completaran lo más recientemente posible tras haber realizado la tarea.

Tras la participación en ambas tareas y como se ha mencionado en el estudio 1, los participantes acudían a un seminario sobre TOC y toma de decisiones en el que se les explicaba el objetivo de la tarea. La participación en este seminario era necesaria para obtener la compensación académica.

2. Descripción de las tareas de toma de decisiones

2.1. Diseño y estructura general de las tareas

Las tareas se diseñaron utilizando el programa E-Prime, versión 2.0 (Psychology Software Tools, Pittsburgh, PA). El núcleo de ambas tareas es la presentación de varios escenarios en los que se describen alternativas entre las que los participantes deben elegir. La tarea se compone de diversas pantallas cuyo propósito es dar instrucciones, proporcionar información para la toma de decisiones o recoger información sobre las decisiones. La información se presenta casi en su totalidad mediante texto negro sobre un fondo blanco. El paso entre unas pantallas y otras está determinado por el participante, que utiliza el teclado con el objetivo de pasar a la siguiente o introducir las respuestas que se les pide.

A continuación se describen las dos tareas, incluyendo el contenido de las instrucciones y el de los escenarios, así como la información que el software recoge de las respuestas de los participantes.

2.2. Tarea 1

Contenido de los escenarios

Esta tarea estaba compuesta por 16 escenarios de toma de decisiones, en los que se pedía a los participantes tomar una decisión de compra sobre la base de una descripción de productos de consumo ficticios. Se asume que las decisiones se basaban por completo en dicha descripción, en la que no se incluían nombres de marcas ni imágenes. La descripción de las características se redactó a partir de artículos en revistas de consumidores en los que se realizaban comparativas de productos, pero las descripciones de la tarea no reflejaban ningún producto realmente existente. Las descripciones fueron diseñadas con el propósito de que no contuvieran elementos amenazantes o relevantes para las preocupaciones

típicas del TOC. Además, se intentó lograr el equilibrio entre la deseabilidad de los diferentes productos, balanceando las características positivas entre ellos, con el objetivo de que la elección no fuera obvia. Un grupo de psicólogos expertos en TOC evaluó estas descripciones en comprensibilidad y equilibrio, feedback que se usó para modificar las propuestas iniciales hasta alcanzar estas características.

Las pantallas en las que se realizaban las descripciones constaban de: a) un encabezamiento en el que se nombraba el tipo de producto a comprar (p. ej. “Bolígrafos de tinta azul”); b) una columna por cada producto descrito, encabezada cada una por la identificación numérica del producto (p. ej., “Producto 1), y seguida por la descripción de las características; y c) La frase “Aprieta la barra espaciadora cuando hayas decidido” en el extremo inferior de la pantalla. Las descripciones variaban en el número de productos y de características por producto de que constaban, como se describe más adelante. El contenido de las descripciones se incluye en el Anexo.

En total se incluyeron 16 escenarios de compra, divididos en dos bloques cada uno. Cada escenario (descripción de las características) venía precedido por una pantalla con instrucciones. A su vez, los escenarios se dividieron en dos bloques de 8 cada uno. Cada bloque iba precedido por una pantalla con instrucciones generales, como se describe a continuación.

Variables independientes

A) Presión temporal

El primer bloque incluía 8 escenarios que componían la condición “sin presión temporal”. Estos escenarios iban precedidos por una pantalla (la primera de la tarea) con las siguientes instrucciones:

“A continuación te presentamos una serie de productos de consumo cotidianos, con sus respectivas características. La tarea consiste en que escojas uno de ellos. Tómate el tiempo que necesites para decidirte. Cuando te hayas decidido, aprieta la barra espaciadora. Aprieta la barra espaciadora para empezar la tarea”.

En este bloque, cada pantalla con la descripción de los productos venía precedida por una pantalla en la que se mencionaba el tipo de producto y se recordaban las instrucciones con el siguiente texto:

“Te vamos a mostrar las características de [número de productos descritos, p. ej. “tres”] modelos diferentes de [tipo de producto, p. ej., “zapatillas de

paseo”]. Lee la descripción de los productos y piensa cuál comprarías basándote en estos datos. Cuando hayas decidido qué producto comprar aprieta la barra espaciadora. Aprieta la barra espaciadora para continuar”.

El segundo bloque se introducía mediante las siguientes instrucciones:

“A continuación te presentamos una serie de productos de consumo cotidianos, con sus respectivas características. La tarea consiste en que escojas uno de ellos. AHORA HAY UN TIEMPO LIMITADO PARA DECIDIR. En caso de que se pase el tiempo la pantalla saltará automáticamente. Cuando te hayas decidido, aprieta la barra espaciadora. Aprieta la barra espaciadora para empezar la tarea.”

En este bloque, cada pantalla con la descripción de los productos venía precedida por el siguiente texto:

“Te vamos a mostrar las características de [número de de productos descritos] marcas diferentes de [tipo de producto]. Lee la descripción de los productos y piensa cuál comprarías basándote en estos datos. Cuando hayas decidido qué producto comprar aprieta la barra espaciadora. RECUERDA QUE TIENES UN TIEMPO LIMITADO PARA DECIDIR. Aprieta la barra espaciadora para continuar.”

La supuesta limitación temporal era, además, recordada en la pantalla de descripción mediante el dibujo de un reloj de arena situado en la esquina inferior derecha de la pantalla. Esta limitación no era, sin embargo, real, y la pantalla no saltaba sola en ningún caso.

B) Complejidad

La información sobre las alternativas de compra ofrecida para cada producto variaba en función de: a) el número de alternativas (3 o 6) y b) el número de características descritas para cada alternativa (3 o 6). En cada bloque experimental se presentaban dos escenarios para cada posible combinación, en el siguiente orden (3x3; 3x6; 6x3; 6x6). Se clasificaron los escenarios en tres tipos: de complejidad baja (3x3, dos estímulos por bloque); complejidad media (3x6 y 6x3, cuatro estímulos por bloque) y complejidad alta (6x6, dos estímulos por bloque). Los escenarios con 3 productos eran descritos en 3 columnas; los que incluían 6 productos se describían en 2 filas con 3 columnas cada una.

Variables dependientes

A) Latencia de decisión

La latencia de decisión fue definida como el tiempo transcurrido entre la presentación de la información sobre las alternativas en cada escenario y el momento en el que los participantes apretaban la barra espaciadora, indicando que ya habían tomado una decisión. El *software* registraba automáticamente este tiempo, con una precisión de milisegundos. Este tiempo registrado es la variable “Latencia de decisión”, en adelante simplemente “Latencia”.

Tras haber presionado la barra espaciadora, aparecía una pantalla con las siguientes instrucciones:

“Escribe el número del producto que has elegido. A continuación aprieta la tecla ENTER.”

Esta elección era registrada automáticamente pero no se considera una variable dependiente relevante por lo que no se ha analizado como tal.

B) Confianza autoinformada

Tras introducir el producto elegido, una nueva pantalla pedía a los participantes que informaran de su grado de confianza mediante las siguientes instrucciones:

“¿Hasta qué punto estás seguro de que has elegido bien? Escribe un número entre: 0 (Nada seguro) y 100 (Totalmente seguro). A continuación aprieta la tecla ENTER.”

Este número se registraba automáticamente y constituía la variable dependiente “Confianza autoinformada”, en adelante simplemente “Confianza”.

C) NJREs decisionales

La última pantalla informaba a los participantes de que la tarea había terminado. Después de acabar, se pidió a los participantes que completaran el cuestionario SANEB– Decisional, descrito en el apartado Instrumentos.

2.3. Tarea 2

Contenido de los escenarios

Esta tarea estaba compuesta por 12 escenarios de toma de decisiones, en los que se describe una situación hipotética en la que se debe elegir entre dos alternativas. Varios de los escenarios y su clasificación entre grupos según el tipo de amenaza que comportan (ver más abajo) se basaron en el estudio de Foa *et al.* (2003), si bien se introdujeron cambios sustanciales en las descripciones concretas. Sobre cada alternativa se presentaban cinco frases con información acerca de las posibles consecuencias negativas de su elección, así como otros aspectos que pudieran influir en su desabilidad. Se construyeron los escenarios de forma que las alternativas estuvieran equilibradas tanto en el nivel de riesgo que implicaban como en su desabilidad global. Estos aspectos, así como su comprensibilidad, fueron valorados por un grupo de expertos en TOC.

La tarea se iniciaba con las siguientes instrucciones:

“A continuación vamos a plantear una serie de situaciones hipotéticas en las que se requiere una elección entre dos alternativas. La tarea consiste en que escojas una de las alternativas. Tómate el tiempo que necesites para decidirte. Cuando te hayas decidido, aprieta la barra espaciadora. Aprieta la barra espaciadora para empezar la tarea.”

Tras estas instrucciones, se iniciaba la presentación de los escenarios en un orden aleatorio diferente para cada participante y determinado automáticamente por el *software*.

En esta tarea no se incluía una pantalla con instrucciones previa a cada uno de los escenarios. En la misma pantalla se describía el escenario y las alternativas, cuyas características se disponían en dos columnas. Debajo se recordaba la instrucción “Aprieta la barra espaciadora cuando hayas decidido”. En el Anexo se incluyen todos los escenarios.

Variable independiente: tipo de escenario

Los escenarios diferían en el tipo de consecuencias que podían acarrear. En función de estas, se dividían en escenarios de bajo riesgo (neutros), que no entrañaban riesgos relevantes (por ejemplo, seleccionar una función de teatro); escenarios de alto riesgo (amenazantes), que podían acarrear consecuencias que cualquier persona valoraría como importantes (por ejemplo, seleccionar un alojamiento en una ciudad poco segura); y escenarios TOC-relevantes, que

podían acarrear consecuencias que se parecen a miedos presentes típicamente en pacientes con TOC (por ejemplo, comprar una alarma anti-incendios). La tarea incluía 2 escenarios neutros, 5 escenarios amenazantes y 5 escenarios toc-relevantes.

Variables dependientes

Las variables *latencia* y *confianza* fueron determinadas del mismo modo que en la tarea 1.

Se añadió además la variable dependiente “ansiedad”. Su medida se realizó mediante una pantalla semejante a la utilizada para la variable confianza, que se presentaba después de esta, con las siguientes instrucciones:

“Si esta situación realmente se produjese en tu vida, ¿qué grado de ansiedad te produciría tener que tomar una decisión? Escribe un número entre: 0 (Nada de ansiedad) y 100 (Muchísima ansiedad). A continuación aprieta la tecla ENTER.”

Tras acabar la tarea, los participantes rellenaron el instrumento SANEB – Decisional.

Todos los participantes en el estudio 2 habían completado el protocolo de evaluación descrito en el estudio 1, al ser una submuestra de los participantes de este. Se enumeran a continuación aquellos cuestionarios que se han empleado en este estudio. Se describen además dos instrumentos no incluidos en el estudio 1, cuyo uso se describe en la sección Procedimiento.

INSTRUMENTOS

1. Constructos relacionados con la duda obsesiva.

Cuestionario Revisado de Experiencias Not Just Right (NJREQ)

Cuestionario de Dimensiones Nucleares Obsesivo-Compulsivas – Rasgo (OC-TCDQ)

Escala de Indecisión (IS)

Entrevista de SANEB (sensaciones de que algo no está bien) Decisional (SANEB-D)

El SANEB-D es una modificación del NJREQ-R creada ad hoc para el presente estudio, con el objetivo de evaluar las experiencias *not just right* que la participación en la tarea de la toma de decisiones ha podido provocar. Empieza ofreciendo una definición amplia y diversos ejemplos de lo que es una experiencia *not just right* (que en este cuestionario se traduce como “sensación de que algo no está bien”). Tras esta definición, se pide valorar con qué frecuencia se ha tenido esa sensación antes y después de tomar una decisión durante la tarea. A continuación, los participantes deben centrarse en la ocasión en la que esa experiencia haya sido más intensa, pidiéndose que la valoren en seis dimensiones: intensidad, malestar en el momento, malestar posteriormente durante la tarea, incapacidad de controlarla, impulso a hacer algo y responsabilidad. Los ítems se puntuaron en una escala de tipo Likert de 1 a 7, y la puntuación utilizada fue la suma de todos ellos. El cuestionario se incluye en el Anexo.

2. Creencias obsesivas

Inventario de Creencias Obsesivas (ICO)

Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS)

3. Psicopatología

Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado (OCI-R)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

En este estudio se empleó tanto la versión de rasgo (como parte del protocolo de evaluación general), como la versión de estado (STAI-E). El STAI-E está compuesto de 20 ítems y mide la intensidad de diversas manifestaciones de ansiedad tal y como se están experimentando en el momento de contestar la escala.

Cuestionario de Preocupación de la Universidad Estatal de Pensilvania (PSWQ)

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

En este apartado se describirán las variables empleadas en este estudio y los análisis realizados sobre las mismas, utilizando el programa SPSS.

1. Variables usadas en los análisis

A) Variables procedentes de la tarea

1. Latencia de respuesta. Esta variable se refiere al tiempo transcurrido entre la presentación de los escenarios y la toma de decisiones por parte del participante, según se ha descrito en el apartado Procedimiento. El *software* calcula automáticamente esta variable con una precisión de milisegundos. Al exponer los datos en la sección de Resultados lo haremos en segundos y nos referiremos a esta variable como “Latencia”.
2. Confianza autoinformada. Se trata de la respuesta introducida por el propio participante a la pregunta de cuánta confianza tienen de haber tomado la decisión correcta, una vez se ha seleccionado la alternativa elegida, en una escala de 0 a 100, tal y como se ha descrito en la sección Procedimiento. Nos referiremos a esta variable como “Confianza”.
3. Ansiedad. Se trata también de una variable autoinformada introducida en la segunda tarea, tal y como se explica en la sección Procedimiento.
4. SANE-B-D. Se refiere a la suma de las valoraciones de la experiencia *not just right* sufrida por el participante durante la tarea, medidas a través de este instrumento, descrito en el apartado correspondiente. Se trata de una única puntuación para cada participante en cada tarea, por lo que no varía en función de las

condiciones experimentales. Por este motivo, su análisis se limitará a las correlaciones con las demás variables.

B) Variables procedentes de cuestionarios

Las puntuaciones en los instrumentos descritos en el apartado Instrumentos se han analizado en asociación a las procedentes de la tarea.

2. Análisis

2.1. Análisis de correlación

Las asociaciones entre las variables procedentes de la tarea entre sí y con las puntuaciones en los cuestionarios se calcularon mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Para la tarea 2 se han calculado correlaciones independientes en función de la condición experimental (tipo de escenario), ya que se espera que la influencia del tipo de amenaza se asocie a las variables psicopatológicas y cognitivas medidas por los cuestionarios. La estimación del tamaño de r se ha descrito mediante el criterio de Cohen ya mencionado. De forma puntual, se calcularon correlaciones parciales controlando el efecto de variables que se presumen mediadoras en la asociación entre otras dos.

2.2. Análisis de la varianza (ANOVA) de medidas repetidas

Con el objetivo de analizar la influencia de las variables independientes (presión temporal y complejidad) sobre las variables dependientes de la tarea 1 (latencia y confianza), se calculó un ANOVA de medidas repetidas para cada VD. El supuesto de normalidad se puso a prueba mediante el test de Shapiro-Wilk. En caso de no cumplirse, los tests se sometieron a las transformaciones oportunas con el objetivo de comprobar que tal incumplimiento no sesgaba los resultados. El supuesto de homogeneidad de las varianzas se puso a prueba mediante el test de Levene. El supuesto de esfericidad se comprobó mediante el test de Mauchly. Cuando este resultó significativo corrigieron los grados de libertad utilizando el método de Huynh-Feldt. Cuando el efecto de la variable complejidad, de tres niveles, resultó significativo, se realizaron de forma planificada contrastes por parejas (*pairwise*), utilizando el método de las diferencias y la corrección de Bonferroni. Cuando la interacción resultó significativa, las diferencias en las VDs para la variable complejidad en función de la condición presión temporal se analizaron mediante las pruebas de contrastes intra-sujetos calculadas por el SPSS.

2.3. *Análisis de la varianza (ANOVA) mixto.*

Para analizar la influencia del tipo de escenario y del nivel de obsesividad en la tarea 2 se llevaron a cabo ANOVA mixtos, con el tipo de escenario (neutro, amenazante y toc-relevante) como variable intrasujetos, y el nivel de obsesividad (bajo o alto) como variable entresujetos. Esta variable se determinó dividiendo en dos grupos a los participantes según hubieran obtenido una puntuación total de hasta 11 puntos en el OCI-R (obsesividad baja, 38 participantes), o más de 12 puntos (obsesividad alta, 28 participantes). Se escogió 11 como punto de corte al ser la mediana de esta puntuación en el grupo. Los supuestos de normalidad y esfericidad se comprobaron y, en su caso, corrigieron, de igual modo que en el ANOVA de medidas repetidas. Se comprobó además la homogeneidad de varianzas mediante el test de Levene y la igualdad de las matrices de covarianza (test de Box). En los casos en los que la variable intrasujetos (tipo de escenario) tuvo un efecto significativo sobre las variables dependientes, se analizó este efecto mediante contrastes por parejas planificados, usando el método de las diferencias. El potencial efecto de una interacción entre obsesividad y tipo de escenario se analizó también mediante comparaciones de medias planificadas.

RESULTADOS

1. TAREA 1

1.1. Asociación entre las VDs de la tarea

Se analizaron las correlaciones de las variables dependientes de la tarea (latencia y confianza) entre sí y también con la puntuación en la entrevista de SANEB - Decisional (SANEB-D). La correlación de la latencia con la confianza fue de 0,09 y de 0,05 con el SANEB-D. La confianza correlacionó 0,06 con el SANEB-D. Ninguna de las correlaciones resultó estadísticamente significativa.

1.2. Relación de las VDs con el género y la edad

Los resultados obtenidos por los varones y las mujeres que participaron en la tarea se compararon mediante pruebas t para muestras independientes. La latencia media de los varones fue de 30,60 segundos ($ET = 2,49$) y la de las mujeres de 34,90 segundos ($ET = 1,04$). Esta diferencia no resultó estadísticamente significativa, $t(64) = -1,73; p > ,05$. Los varones mostraron una mayor confianza media ($M = 75,22; ET = 2,13$) que las mujeres ($M = 73,44; ET = 1,35$), diferencia que tampoco alcanzó la significatividad, $t(64) = 0,583; p > ,05$. También fue mayor la puntuación en el SANEB-D de los varones ($M = 18,33; ET = 2,12$) que la de las mujeres ($M = 16,70; ET = 0,95$), diferencia que tampoco fue significativa, $t(64) = 0,726; p > ,05$.

También se calculó la correlación de las tres variables con la edad de los participantes. La magnitud de esta correlación fue de $r = ,10$ para la latencia, de $r = ,05$ para la confianza y de $-0,09$ para la puntuación en el SANEB-D. Ninguna de las correlaciones resultó estadísticamente significativa.

1.3. Asociación entre las VDs y los constructos relacionados con la duda obsesiva

Se calcularon las correlaciones entre las VDs de la tarea, incluyendo las puntuaciones en el SANEB-D, con las obtenidas en el NJREQ-R, el OC-TCDQ y la IS. Los resultados se presentan en la Tabla 29.

Tabla 29. Correlaciones de las VDs de la tarea 1 con instrumentos de duda e indecisión.

	NJR-Cant. ^a	NJR-Val. ^b	Inac. ^c	Ev. Dño. ^c	IS-Tot. ^a	IS-Tem. ^a	IS-Act. Pos. ^a
Latencia	-,07	,03	,02	,09	,16	,18	-,09
Confianza	,00	,02	,01	,01	-,05	-,05	,12
SANEB-D	,29*	,34*	,35*	,20	,26*	,25*	-,24*

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^an = 66; ^bn = 57; ^cn = 64

*p < ,05; **p < ,01; ***p < ,001

Ni la latencia ni la confianza correlacionaron de forma significativa con ninguna de las medidas de duda obsesiva. Las correlaciones con el SANEB-D sí resultaron significativas, con una magnitud en torno a ,30.

1.4. Asociación entre las VDs, el perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre

Se calcularon las correlaciones entre las variables dependientes de la tarea y las puntuaciones en la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS), incluyendo sus subescalas, y la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS). Los resultados se muestran en la Tabla 30.

Tabla 30. Correlaciones de las VDs de la tarea 1 con perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre.

	Escala Multidimensional de Perfeccionismo ^a						IUS ^b	
	Total	Ex. Pers.	Pr. Err.	Dud. Acc.	Exp. Par.	Crít. Par.	Org.	Total
Latencia	,09	-,03	,10	,08	,18	,00	,11	,00
Confianza	,13	,24	-,03	-,03	,19	,07	,15	,00
SANEB-D	,17	,20	,19	,32*	,07	,11	,00	,18

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^an = 65; ^bn = 66

*p < ,05; **p < ,01; ***p < ,001

Sólo la correlación entre el SANEB-D y la escala Dudas sobre Acciones resultó estadísticamente significativa.

1.5. Asociación entre las VDs y otras creencias obsesivas

Se calcularon las correlaciones entre las variables dependientes la tarea y las creencias obsesivas medidas a través del ICO-R. Los resultados se muestran en la Tabla 31.

Tabla 31. Correlaciones de las VDs de la tarea 1 con creencias obsesivas ($n = 66$).

	Inventario de Creencias Obsesivas - Revisado							
	Resp.	Sobr. Imp.	FPA-P	FPA-M	Imp. Cont.	Sobr. Am.	Int. Inc.	Perf.
Latencia	,06	,13	,05	,10	-,08	-,02	,10	,07
Confianza	,18	,07	,09	,15	-,03	,04	,09	,05
SANEB-D	,23	,17	,21	,07	,27*	,14	,21	,08

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Únicamente la correlación entre el SANEB-D y la escala que evalúa la importancia de controlar los pensamientos resultó estadísticamente significativa, aunque el tamaño de la correlación fue pequeño.

1.6. Asociación entre las VDs y la psicopatología ansiosa y depresiva

Las correlaciones entre las variables dependientes de la tarea y las medidas de sintomatología ansiosa y depresiva (STAI, PSWQ y BDI-II) se muestran en la Tabla 32.

Tabla 32. Correlaciones de las VDs de la tarea 1 con psicopatología ansiosa y depresiva ($n = 66$).

	STAI-E	STAI-R	PSWQ	BDI-II
Latencia	,01	-,01	-,02	,13
Confianza	-,07	-,04	-,07	,08
SANEB-D	,04	,19	,08	,03

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Ninguna de las correlaciones resultó estadísticamente significativa.

1.7. Asociación entre las VDs y la psicopatología obsesiva

Se calcularon las correlaciones entre las VDs de la tarea y la sintomatología obsesiva medida a través del OCI-R y el CBOCI. Los resultados se muestran en la Tabla 33.

Tabla 33. Correlaciones de las VDs de la tarea 1 con psicopatología obsesiva ($n = 66$).

	OCI-R						CBOCI			
	Tot.	Lav.	Comp.	Ord.	Obs.	Acu.	Neu.	Tot.	Obs.	Com.
Latencia	,01	-,08	,00	,02	-,13	,19	-,15	-,04	-,10	,02
Confianza	,03	,15	-,10	-,07	-,08	,22	-,08	-,08	-,02	-,12
SANE-B-D	,22	,44***	,24	,03	,15	,08	-,10	,36**	,32**	,33**

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Ni la latencia ni la confianza correlacionaron significativamente con las medidas de síntomas obsesivos. El SANE-B-D correlacionaba de forma significativa y moderada con el CBOCI y con la escala de Lavado del OCI-R.

1.8. Efecto de la presión temporal y la complejidad sobre la latencia

Se llevó a cabo un ANOVA de medidas repetidas de 2 (sin presión vs. con presión temporal) por 3 (complejidad baja vs. media vs. alta) para analizar el efecto de estas variables independientes y explorar la existencia de una posible interacción entre ambas.

En la Tabla 34 se han incluido las latencias medias globales y para las diferentes condiciones experimentales.

Tabla 34. Medias de la latencia por condición experimental (en segundos; $n = 66$).

		Complejidad			
		Baja	Media	Alta	Promedio
Presión temporal	No	34,07	42,26	55,62	43,98
	Sí	13,60	26,08	33,06	24,25
	Promedio	23,83	34,17	44,34	34,12

Supuestos

Los datos para varias de las celdas analizadas se alejaban significativamente de la distribución normal al tener asimetrías positivas. Por este motivo, se llevaron a cabo dos análisis: uno con los datos originales, y otro tras una transformación mediante raíz cuadrada que lograba normalizarlos. El resultado de ambos análisis fue idéntico en lo referido a los efectos principales por lo que sólo se informará del análisis con los datos originales, lo que permite una mejor comprensión de los resultados. El test de Levene indicó que las varianzas eran homogéneas a través de las celdas. El test de Mauchy mostró que el supuesto de la esfericidad no se cumplía ni para el efecto principal de la complejidad, $\chi^2(2) = 36,24$; $p < ,001$ ni para la interacción de presión y complejidad, $\chi^2(2) =$

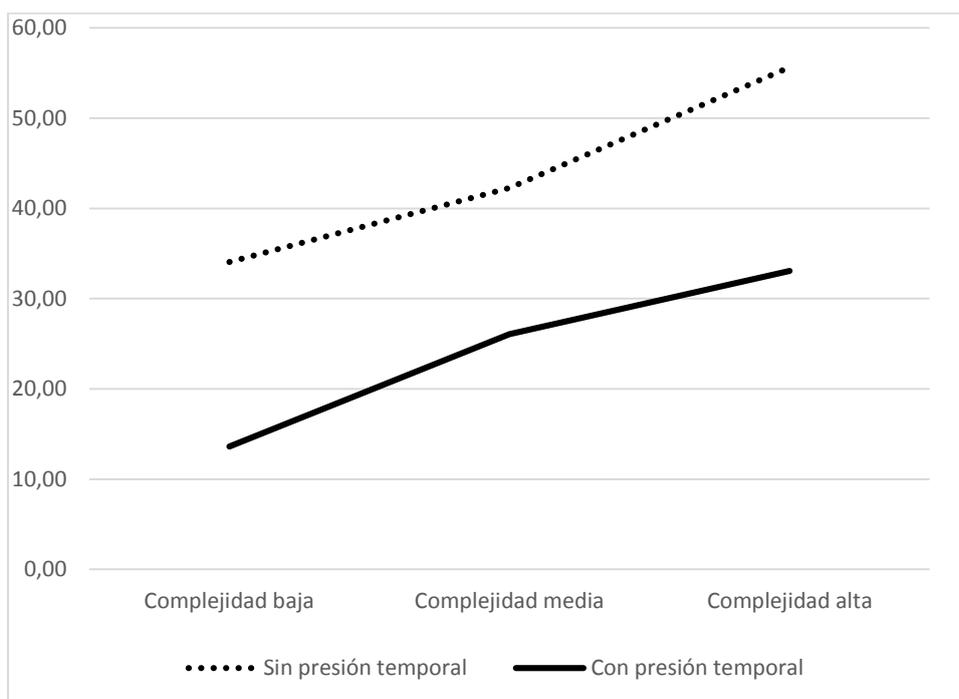
16,71; $p < ,001$. Por este motivo, los grados de libertad se corrigieron utilizando la estimación de esfericidad de Huyhn-Feldt ($\epsilon = ,71$ para el efecto principal de la complejidad y $\epsilon = ,83$ para la interacción).

Resultados

Los efectos principales de la presión temporal, $F(1) = 317,58$ y la complejidad, $F(1,42) = 194,28$ resultaron significativos al ,001. Como era previsible, la introducción de la presión temporal disminuyó las latencias de decisión, mientras que los grados crecientes de complejidad del estímulo la aumentaron. Los resultados de las comparaciones mostraron que todas las diferencias de las latencias medias entre los diferentes niveles de complejidad resultaron estadísticamente significativas al ,001.

La interacción entre ambas variables, $F(1,66) = 5,57$ resultó significativa ($p = ,008$). Los contrastes revelaron que el aumento de la latencia cuando la complejidad aumentaba de baja a media era significativamente mayor en la condición con presión temporal, $F(1) = 8,14$; $p = ,006$. En cambio, el aumento de la latencia cuando la complejidad aumentaba de media a alta era significativamente superior en la condición sin presión temporal, $F(1) = 4,48$; $p = ,038$. La Figura 4 muestra las latencias en las diferentes condiciones mediante un gráfico de líneas

Figura 4. Latencia media según condición experimental.



1.9. Efecto de la presión temporal y la complejidad sobre la confianza

Se llevó a cabo un ANOVA de medidas repetidas de 2 (sin presión vs. con presión temporal) por 3 (complejidad baja vs. media vs. alta) para analizar el efecto de estas variables independientes y explorar la existencia de una posible interacción entre ambas.

En la Tabla 35 se han incluido las confianzas medias globales y para las diferentes condiciones experimentales.

Tabla 35. Medias de la confianza por condición experimental ($n = 66$).

		Complejidad			
		Baja	Media	Alta	Promedio
Presión temporal	No	71,64	78,46	75,79	75,29
	Sí	79,96	71,81	62,22	71,33
	Promedio	75,80	75,13	69	73,31

Supuestos

Los datos para algunas de las celdas se alejaban de la normalidad al tener asimetrías positivas. Ninguna de las transformaciones habituales lograba normalizar los datos por los que los análisis se realizaron sobre los datos originales. Los supuestos de homogeneidad de las varianzas y de esfericidad se cumplían para estos datos.

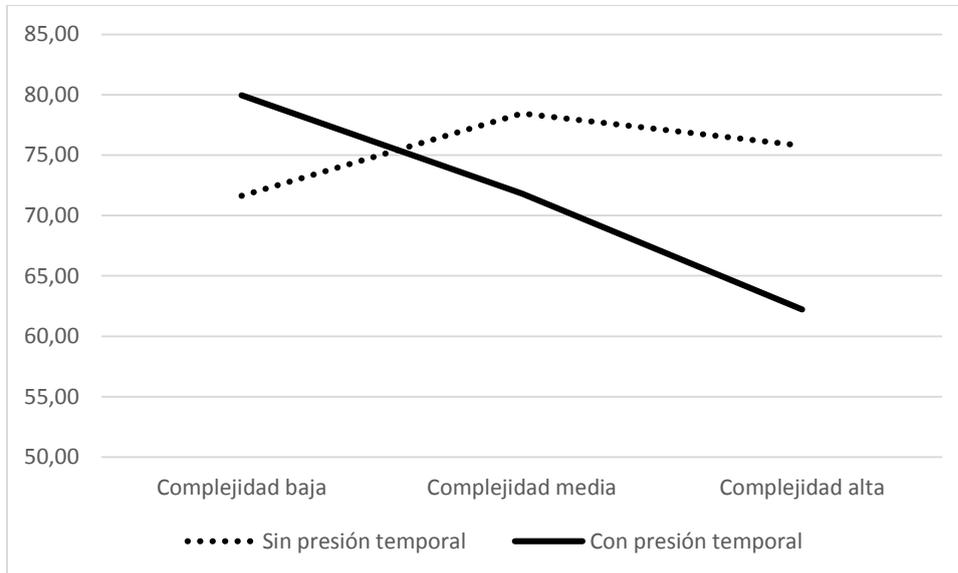
Resultados

Los efectos principales de la presión temporal, $F(1) = 13,72$, y de la complejidad, $F(2) = 23,71$ resultaron significativos al ,01. Los resultados de las comparaciones mostraron que la disminución de la confianza entre los niveles de complejidad media y alta resultó significativa al ,001, pero no la disminución entre la complejidad baja y media. La disminución de la confianza al introducir la condición de presión temporal también resultó significativa al ,001.

La interpretación de estos resultados debe tener en cuenta que la interacción entre presión y complejidad, $F(2) = 57,75$ también resultó significativa al ,001. El análisis de la interacción revela que, en la condición con presión temporal, el aumento de la complejidad disminuyó de forma consistente y uniforme la confianza. Sin embargo, en ausencia de presión temporal, la confianza aumentó cuando la complejidad pasó de baja a media, para volver a descender para la complejidad alta. Los contrastes realizados indicaron que estas diferencias

resultaban estadísticamente significativas. La Figura 5 muestra las puntuaciones en confianza de las diferentes condiciones mediante un gráfico de líneas.

Figura 5. Confianza media según condición experimental.



2. TAREA 2

2.1. Asociación entre VDs de la tarea

Se analizaron las correlaciones de las variables dependientes de la tarea (latencia, confianza y ansiedad) entre sí y también con la puntuación en la entrevista de SANEb decisional (SANEb-D). Las correlaciones se presentan en la Tabla 36.

Tabla 36. Correlaciones entre las VDs en la tarea 2 ($n = 66$)

	Confianza	Ansiedad	SANEb-D
Latencia	,09	-,07	,27*
Confianza	-	-,25*	-,06
Ansiedad		-	,22
SANEb-D			-

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Las únicas correlaciones significativas fueron las que mantenían la latencia y el SANEb-D entre sí, por un lado, y la confianza y la ansiedad, por otro; ambas correlaciones eran de magnitud baja.

2.2. Relación de las VDs con el sexo y la edad

Los resultados obtenidos por los hombres y las mujeres que participaron en la tarea se compararon mediante pruebas t. La latencia media de los hombres fue de 34,86 segundos ($ET = 1,52$) y la de las mujeres de 36,68 segundos ($ET = 0,89$). Esta diferencia no resultó estadísticamente significativa, $t(64) = -0,90$; $p > ,05$. La confianza media de los hombres fue de 70,45 ($ET = 4,01$) frente a los 70,35 de las mujeres ($ET = 1,67$), diferencia asimismo no significativa, $t(64) = 0,24$, $p > ,05$. La ansiedad media de los hombres ($M = 28,56$; $ET = 4,63$) fue inferior a la de las mujeres ($M = 38,72$; $ET = 2,32$), diferencia que, pese a su magnitud, tampoco resultó estadísticamente significativa, $t(64) = -1,89$; $p = ,064$. En esta tarea, la puntuación en el SANE-B-D de los hombres ($M = 15,08$; $ET = 2,09$) fue inferior al de las mujeres ($M = 17,63$; $ET = 1,05$), aunque la diferencia tampoco resultó significativa, $t(64) = -1,05$; $p > ,05$.

Se calcularon las correlaciones de las variables dependientes con la edad de los participantes. Las magnitudes de estas correlaciones fueron de $r = -,02$ para la latencia, $r = ,19$ para la confianza, $r = -,23$ para la ansiedad y $r = -,12$ para el SANE-B-D. Ninguna de estas correlaciones resultó estadísticamente significativa.

2.3. Asociación entre las VDs y los constructos relacionados con la duda obsesiva

Las VDs de la tarea 2 se correlacionaron con las puntuaciones en el NJREQ-R, el OC-TCDQ y la IS. Se calcularon también estas correlaciones utilizando la latencia, confianza y ansiedad media para cada una de las condiciones experimentales (tipo de escenario: neutro, amenazante o TOC-relevante). Los resultados se presentan en la Tabla 37.

Tabla 37. Correlaciones de las VDs de la tarea 2 con duda/indecisión.

		NJR- Cant. ^a	NJR- Val. ^b	Inac. ^c	Ev. Dño. ^c	IS- Tot. ^a	IS- Tem. ^a	IS-Act. Pos. ^a
Lat.	Media	,22	,10	,27*	,09	,24	,25*	-,19
	Neutros	,21	,01	,18	,04	,20	,19	-,15
	Amenaz.	,20	,08	,24	,15	,20	,21	-,14
	TOC-R	,19	,12	,25*	,03	,22	,25*	-,20
Conf.	Media	-,09	-,17	-,06	-,24	-,23	-,22	,23
	Neutros	-,07	-,08	-,06	-,26*	-,23	-,19	,25*
	Amenaz.	-,06	-,11	-,03	-,20	-,16	-,17	,14
	TOC-R	-,10	-,23	-,08	-,20	-,23	-,24	,24
Ans.	Media	,25*	-,01	,22	,23	,32**	,33**	-,28
	Neutros	,27*	-,07	,27*	,28*	,36**	,36**	-,33**
	Amenaz.	,22	-,01	,16	,14	,21	,22	-,18
	TOC-R	,20	,04	,17	,19	,29*	,30	-,24
SANEB-D		,39**	,51**	,50**	,46**	,50**	,54**	-,34**

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^an = 66; ^bn = 57; ^cn = 64

*p < ,05; **p < ,01; ***p < ,001

La latencia media para todos los escenarios correlacionó significativamente sólo con la escala de Inacabado y con Temores hacia la Toma de Decisiones. La confianza media correlacionaba significativamente con Evitación del Daño y Actitudes Positivas hacia la Toma de Decisiones, únicamente para los escenarios neutros. La ansiedad autoinformada media correlacionaba con la cantidad de experiencias *not just right*, el Inacabado, la Evitación del Daño y la IS, siendo estas correlaciones por lo general más altas para los escenarios neutros. El SANEB-D mantenía correlaciones de magnitud aproximadamente media con todos los cuestionarios.

2.4. Asociación entre las VDs, el perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre

Se calcularon las correlaciones entre las variables dependientes de la tarea y las puntuaciones en las Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS), incluyendo sus subescalas, y la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS). Los resultados se muestran en la Tabla 38.

Tabla 38. Correlaciones de las VDs de la tarea 2 con perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre.

		Escala Multidimensional de Perfeccionismo ^a							IUS ^b
		Total	Ex. Pers.	Pr. Err.	Dud Acc.	Exp. Par.	Crít. Par.	Org.	
Lat	Media	,27*	,13	,25*	,22	,22	,19	,15	,19
	Neutros	,12	,03	,18	,06	,07	,09	,18	,14
	Amenaz.	,21	,13	,14	,20	,23	,10	,17	,15
	TOC-R	,30*	,14	,30*	,24	,22	,25*	,08	,19
Conf.	Media	,08	,17	-,05	-,09	,21	,00	,20	-,10
	Neutros	-,03	-,05	-,11	-,14	,15	,04	-,10	-,14
	Amenaz.	,17	,24	,00	-,03	,26*	,08	,24	-,01
	TOC-R	,02	,13	-,06	-,11	,12	-,12	,24	-,14
Ans.	Media	,09	-,07	,20	,16	-,02	,10	,08	,25*
	Neutros	,10	-,06	,24	,27*	-,05	-,01	,15	,27*
	Amenaz.	,07	-,05	,14	,08	,01	,11	,04	,17
	TOC-R	,07	-,06	,14	,08	-,01	,15	,03	,23
SANEB-D		,36**	,14	,33**	,51***	,14	,36**	,01	,41**

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^an = 65; ^bn = 66

*p < ,05; **p < ,01; ***p < ,001

La puntuación total en la MPS correlacionó significativamente únicamente con la latencia (media y en los escenarios TOC-relevantes), y con el SANEB-D. La latencia correlacionó significativamente con la escala Preocupación por los Errores y el SANEB-D con Preocupación por los Errores, Críticas Parentales y Dudas sobre Acciones. La IUS mantuvo correlaciones significativas con la ansiedad autoinformada y con el SANEB-D.

2.5. Asociación entre las VDs y otras creencias obsesivas

Se calcularon las correlaciones entre las VDs de la tarea y las creencias obsesivas medidas a través del ICO-R. Los resultados se muestran en la Tabla 39.

Tabla 39. Correlaciones de las VDs de la tarea 2 con creencias obsesivas ($n = 66$).

		Inventario de Creencias Obsesivas Revisado							
		Resp.	Sobr. Imp.	FPA-P	FPA- M	Imp. Cont.	Sobr. Am.	Int. Inc.	Perf.
Lat.	Media	,12	,24	,16	,21	,21	,05	,17	,14
	Neutros	,05	,20	,06	,12	,19	-,03	,08	,15
	Amenaz.	,14	,26*	,22	,23	,19	,11	,21	,10
	TOC-R	,09	,18	,10	,17	,19	,02	,13	,13
Conf.	Media	,00	,00	-,02	,04	-,12	-,25*	,10	,04
	Neutros	,06	,04	-,09	,19	-,08	-,26*	,08	-,05
	Amenaz.	,02	-,02	,03	-,05	-,07	-,21	,13	,05
	TOC-R	-,04	-,01	-,04	,05	-,16	-,21	,06	,06
Ans.	Media	,05	,10	,11	,01	,18	,25*	,11	,08
	Neutros	-,05	,07	,05	-,04	,14	,23	,05	,13
	Amenaz.	,01	,05	,06	,04	,16	,23	,09	,02
	TOC-R	,16	,13	,19	,02	,18	,20	,14	,07
SANE-B-D		,36**	,34**	,21	,19	,34**	,42**	,32**	,07

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

La latencia media no correlacionó de forma significativa con ninguna de las escalas del ICO-R. La confianza y la ansiedad mantenían correlaciones bajas pero significativas con Sobreestimación de la Amenaza. Para el SANE-B-D se hallaron correlaciones medias con Responsabilidad, Importancia del Pensamiento, Sobreestimación de la Importancia de Controlar el Pensamiento, Sobreestimación de la Amenaza e Intolerancia a la Incertidumbre.

2.6. Asociación entre las VDs y la psicopatología ansiosa y depresiva

Las correlaciones entre las variables dependientes de la tarea y las medidas de sintomatología ansiosa (STAI, PSWQ y BDI-II) se muestran en la Tabla 40.

Tabla 40. Correlaciones de las VDs de la tarea 2 con psicopatología ansiosa y depresiva ($n = 66$).

		STAI-E	STAI-R	PSWQ	BDI-II
Lat.	Media	-,06	,14	,13	,11
	Neutros	,05	,07	,10	,14
	Amenaz.	,01	,13	,17	,08
	TOC-R	-,14	,13	,08	,11
Conf.	Media	-,20	-,27*	-,20	-,06
	Neutros	-,20	-,22	-,16	,00
	Amenaz.	-,16	-,19	-,16	-,04
	TOC-R	-,17	-,29*	-,20	-,09
Ans.	Media	,33**	,33**	,28*	,22
	Neutros	,30*	,27*	,22	,15
	Amenaz.	,26*	,26*	,29*	,16
	TOC-R	,31*	,34**	,25*	,26*
SANE-B-D		,24	,60***	,43***	,42***

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

No se hallaron correlaciones significativas entre latencia y ninguna de las medidas de psicopatología. La confianza correlacionaba significativamente con el STAI-R. La ansiedad autoinformada mantenía correlaciones medias significativas con las tres medidas de ansiedad. El SANE-B-D se asociaba con el STAI-R, el PSWQ y el BDI-II.

Dado que la confianza y la ansiedad autoinformada mantienen una correlación negativa significativa ($r = -,25$), se calculó la correlación parcial entre la confianza y la puntuación total en el STAI-R controlando el efecto de la ansiedad autoinformada. Esto dio como resultado una disminución de la correlación hasta $r = -,20$, con lo que dejaba de ser estadísticamente significativa ($p = ,11$).

2.7. Asociación entre las VDs y la psicopatología obsesiva

Se calcularon las correlaciones entre las VDs de la tarea y la sintomatología obsesiva medida a través del OCI-R y el CBOCI. Los resultados se muestran en la Tabla 41.

Tabla 41. Correlaciones de las VDs de la tarea 2 con psicopatología obsesiva ($n = 66$).

		OCI-R						CBOCI			
		Tot.	Lav.	Comp.	Ord.	Obs.	Acu.	Neu.	Tot.	Obs.	Com.
Lat	Media	,31*	,09	,09	,28**	,17	,25*	,04	,25*	,17	,27*
	Neutros	,14	-,10	,04	,33**	,09	,02	,07	,15	,10	,18
	Amenaz.	,25*	,08	,03	,28*	,17	,25*	,03	,23	,17	,24
	TOC-R	,33**	,14	,13	,38**	,15	,27*	,03	,23	,14	,25*
Conf	Media	-,12	-,06	-,17	-,01	-,23	,07	-,15	-,19	-,22	-,12
	Neutros	,05	,07	,05	,03	-,06	,06	,02	-,27*	-,28*	-,20
	Amenaz.	-,16	-,02	-,18	-,05	-,29	,03	-,18	-,09	-,13	-,04
	TOC-R	-,12	-,15	-,21	,02	-,17	,09	-,14	-,21	-,23	-,14
Ans.	Media	,11	,06	,24	,00	,02	,09	-,10	,25*	,28*	,16
	Neutros	,09	,01	,15	,05	,06	,04	-,04	,29*	,32**	,19
	Amenaz.	,11	,10	,26*	-,06	,00	,13	-,10	,20	,20	,16
	TOC-R	,09	,06	,22	,00	-,01	,08	-,12	,18	,22	,10
SANE-B-D		,41**	,43***	,33**	,14	,31*	,28*	,03	,32**	,31*	,26*

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

La latencia correlacionó significativamente con la puntuación total en el OCI-R y con sus escalas de Orden y Acumulación. También lo hizo con el CBOCI y su escala de compulsiones. No se encontraron correlaciones significativas entre la confianza y el OCI-R pero sí con el CBOCI y, en concreto, con la escala de obsesiones, exclusivamente para los escenarios neutros. La ansiedad autoinformada media y para los escenarios neutros correlaciona con la puntuación total del CBOCI y su escala de obsesiones pero no para el OCI-R.

Para el SANE-B-D encontramos correlaciones significativas con todas las escalas, de magnitud baja o media, excepto para las escalas de Orden y Neutralización.

2.8. Efecto del tipo de escenario y el nivel de obsesividad sobre la ansiedad autoinformada

Se llevó a cabo un ANOVA mixto con el tipo de escenario como variable intrasujetos y el nivel de obsesividad (bajo o alto) como variable intrasujetos para analizar el efecto de ambas variables sobre la ansiedad autoinformada ante la toma de decisiones, así como explorar la posible existencia de una interacción entre ambas variables. La puntuación media de ansiedad para las diferentes condiciones se incluye en la Tabla 42.

Tabla 42. Ansiedad autoinformada media según el tipo de escenario y el nivel de obsesividad.

		Tipo de escenario			
		Neutro	Amenazante	TOC-R	Promedio
Obsesividad	Baja	20,40	47,35	35,76	34,50
	Alta	24,86	53,74	41,70	40,10
	Promedio	22,63	50,55	38,73	37,30

Nota. Los participantes clasificados como altos en obsesividad fueron aquellos con puntuaciones en el OCI-R mayores de 11 (la puntuación mediana de la muestra). $n = 66$

Supuestos

El supuesto de normalidad no se cumplía debido a la distribución asimétrica de las puntuaciones en los escenarios neutros, sin que el problema pudiera corregirse mediante las transformaciones habituales. Los supuestos de igualdad de las varianzas y de las matrices de covarianzas se cumplían. Por el contrario, el supuesto de esfericidad se incumplía para el efecto principal del tipo de escenario, $\chi^2(2) = 10,38$; $p = ,006$. Por este motivo, los grados de libertad se corrigieron usando la estimación de esfericidad de Huyhn-Feldt ($\epsilon = ,90$).

Resultados

El efecto principal del tipo de escenario, $F(1,81) = 108,59$, resultó estadísticamente significativo ($p = ,002$). La información de la Tabla 42 indica que los escenarios amenazantes provocaban más ansiedad autoinformada que los toc-relevantes, y estos últimos más que los neutros. Los resultados de las comparaciones por parejas indicaron que todas las diferencias eran estadísticamente significativas a $p = 0,001$.

El efecto principal del nivel de obsesividad no resultó significativo, $F(1) = 306,27$, ni tampoco la interacción entre escenario y obsesividad, $F(2) = 0,14$.

2.9. Efecto del tipo de escenario y el nivel de obsesividad sobre la latencia

Se llevó a cabo un ANOVA mixto con el tipo de escenario como variable intrasujetos y el nivel de obsesividad (bajo o alto) como variable intrasujetos para analizar el efecto de ambas variables sobre la latencia decisional, así como explorar la posible existencia de una interacción entre ambas variables. La latencia media para las diferentes condiciones se incluye en la Tabla 43.

Tabla 43. Latencia media (medida en segundos) según el tipo de escenario y el nivel de obsesividad.

		Tipo de escenario			
		Neutro	Amenazante	TOC-R	Promedio
Obsesividad	Baja	28,60	35,21	36,51	33,44
	Alta	31,73	38,98	41,12	37,27
	Promedio	30,16	37,09	38,82	35,36

Nota. Los participantes clasificados como altos en obsesividad fueron aquellos con puntuaciones en el OCI-R mayores de 11.

Supuestos

Los supuestos de normalidad, igualdad de las varianzas, igualdad de las matrices de covarianzas y esfericidad se cumplían para estos datos.

Resultados: efectos principales

El efecto principal del tipo de escenario, $F(2,128) = 71,74$ resultó significativo ($p < ,001$). Los resultados de las comparaciones por parejas indicaron que las mayores latencias en los escenarios amenazantes y TOC-relevantes en comparación con los neutros resultaban estadísticamente significativas, a $p < ,001$. Sin embargo, las diferencias entre los escenarios amenazantes y TOC-relevantes no alcanzaron la significatividad cuando se aplicaba la corrección de Bonferroni ($p = ,089$).

El efecto principal del nivel de obsesividad (baja vs. alta) resultó significativo, $F(1, 64) = 6,71$; $p = ,012$, indicando que el nivel de sintomatología o-c influía sobre el tiempo de respuesta sin tener en cuenta el tipo de escenario, siendo mayor para los participantes con mayores puntuaciones en el OCI-R.

Resultados: interacción

Los resultados del ANOVA mixto para la interacción entre nivel de obsesividad y tipo de escenario no fueron estadísticamente significativos, $F(2) = 0,47$; $p = 0,63$.

Siguiendo una práctica aceptada (Keppel, 1982, en Foa *et al.*, 2003), a pesar de la no significatividad de la interacción, se llevaron a cabo más análisis para comprobar la hipótesis previa de que un mayor nivel de obsesividad produciría un aumento de la latencia de decisión que sería más acusado para los escenarios TOC-relevantes. Se calcularon las diferencias de medias entre altos y bajos en obsesividad para cada escenario mediante 3 pruebas *t* para muestras independientes. Los resultados de estos análisis indicaron que la latencia de decisión era mayor para los altos en obsesividad en los escenarios TOC-

relevantes, $t(64) = 2,54$; $p = ,14$, y en los amenazantes, $t(64) = 2,28$; $p = ,26$, pero no para los neutros, $t(64) = 1,84$; $p = 0,71$. Se asumieron varianzas iguales en todas las comparaciones dados los resultados negativos de las pruebas de Levene.

2.10. Efecto del tipo de escenario y el nivel de obsesividad sobre la confianza

Se llevó a cabo un ANOVA mixto con el tipo de escenario como variable intrasujetos y el nivel de obsesividad (bajo o alto) como variable intrasujetos para analizar el efecto de ambas variables sobre la confianza autoinformada, así como explorar la posible existencia de una interacción entre ambas variables. La confianza media para las diferentes condiciones se incluye en la Tabla 44.

Tabla 44. Confianza media según el tipo de escenario y el nivel de obsesividad.

		Tipo de escenario			Promedio
		Neutro	Amenazante	TOC-relevante	
Obsesividad	Baja	76,41	68,74	71,91	72,35
	Alta	76,93	66,11	68,85	70,63
	Promedio	76,67	67,43	70,38	71,49

Nota. Los participantes clasificados como altos en obsesividad fueron aquellos con puntuaciones en el OCI-R mayores de 11.

Supuestos

El supuesto de normalidad no se cumplía para los datos referentes a los escenarios neutros y amenazantes, que mostraban una asimetría y curtosis excesiva. El análisis visual mostró que estos resultados se debían a la presencia de dos *outliers* en cada grupo por lo que se procedió a realizar los análisis excluyendo estos cuatro casos. Se comprobó que los resultados de este análisis no diferían sustancialmente de los obtenidos con la muestra completa por lo que se presentarán a continuación los resultados referidos a esta.

Los supuestos de igualdad de las varianzas y de las matrices de covarianzas se cumplían para estos datos. Sin embargo, el supuesto de esfericidad se incumplía para el efecto principal del tipo de escenario, $\chi^2(2) = 26,18$; $p < ,001$. Por este motivo, los grados de libertad se corrigieron usando la estimación de esfericidad de Huyhn-Feldt ($\epsilon = ,77$).

Resultados

Se encontró un efecto principal significativo del tipo de escenario sobre la confianza, $F(1,54) = 16,50$, significativo a $p < ,001$. La confianza autoinformada, como puede observarse en la Tabla 44, fue mayor para los escenarios neutros que para los amenazantes ($p < ,001$) y que para los TOC-relevantes ($p = ,001$).

Estudio 2

La mayor confianza en los escenarios TOC-relevantes que en los amenazantes también resultó estadísticamente significativa ($p = 0,41$). Para estos resultados se aplicó la corrección de Bonferroni.

Para esta variable dependiente, no se encontraron diferencias significativas en función del grado de sintomatología o-c. La interacción entre nivel de obsesividad y escenario tampoco resultó significativa.

DISCUSIÓN

1. Toma de decisiones con contenidos neutros

Para realizar el presente estudio se diseñaron dos tareas de toma de decisiones, con el fin de valorar las dificultades para tomar decisiones y las dudas acerca de las mismas, sobre la base de una situación concreta, repetible y de la que se pudieran manipular parámetros relevantes. En la primera tarea se manipuló la complejidad del escenario de toma de decisiones y también se indujo, en una de las condiciones experimentales, la creencia de que existía una presión temporal para decidir, sin que tuviera consecuencias reales. Se esperaba que tanto la mayor complejidad, que supone una mayor cantidad de información disponible, como la existencia de presión temporal, afectarían a la estrategia empleada para tomar decisiones y a la dificultad de la misma, lo que supone un probable aumento de malestar ante la toma de decisiones (Rassin, Muris, Franken, Smit y Wong, 2007). Dicho malestar debería reflejarse en las variables dependientes medidas y ser mayor o menor en función de la disposición personal hacia los problemas ante la toma de decisiones.

En esta tarea, las correlaciones halladas entre las variables dependientes de la tarea (latencia, confianza y puntuación en el SANEB-D) fueron muy pequeñas y no significativas, por lo que se discutirán los resultados para cada variable por separado.

1.1. Latencia

La latencia se eligió como variable dependiente por ser una variable objetiva capaz de detectar una demora excesiva en la toma de decisiones, considerándose esta un indicador de mayor dificultad para decidir. Obviamente, se trata de un factor en el que influyen otras variables, algunas potencialmente asociadas a nuestro objeto de estudio (por ejemplo, lentitud cognitiva o gravedad de la psicopatología). Las manipulaciones de esta tarea tenían efectos significativos pero triviales sobre la latencia: el aumento de la complejidad la aumentaba mientras que la presión temporal la disminuía.

Para esta variable, no se halló ninguna correlación significativa con los cuestionarios empleados (de duda/indecisión, de creencias obsesivas o de psicopatología). Las de mayor magnitud fueron las obtenidas para la escala negativa de la IS (que sólo fue de $r = ,18$), y la obtenida con el BDI-II, que aunque era esperablemente mayor dada la asociación de la depresión con la

lentitud, fue solo de $r = ,13$. La gran mayoría de las correlaciones fueron incluso menores, incluyendo las obtenidas para la psicopatología ansiosa y obsesivo-compulsiva. Estos resultados van en la línea de los obtenidos por (Patalano y Wengrovitz, 2007) quienes, empleando también estudiantes universitarios, no hallaron diferencias en la demora global en la toma de decisiones en función de la puntuación en la IS. Por otro lado, Frost y Shows (1993), en su estudio de validación de la IS, sí hallaron que las participantes más indecisas (todas estudiantes universitarias) tardaron más en tomar decisiones en una tarea con estímulos neutros. También se demoraban más los participantes indecisos en la tarea de Sarig *et al.* (2012) en las condiciones experimentales en las que no se proporcionaba feedback acerca de la elección. Si bien nuestra tarea también se caracteriza por la ausencia de feedback, una diferencia crucial con la anterior es que en nuestro caso no existe una respuesta correcta. A pesar de esto, es más que probable que los participantes ejecutaran la tarea como si fuera una prueba de rendimiento, completándola todo lo deprisa que podían y, de este modo, minimizando las diferencias individuales en latencia.

1.2. *Confianza*

La evaluación de la confianza mediante una escala se eligió como variable con el objetivo de captar parte de la experiencia subjetiva de la indecisión, tratándola como un continuo y sin hacer referencia a experiencias patológicas. Como ya se ha comentado, las correlaciones de esta variable con la latencia y el SANE-B-D eran muy bajas y no significativas. Tampoco se obtuvieron correlaciones significativas con las medidas de duda/indecisión, las de psicopatología o las de creencias obsesivas. Entre estas últimas, cabe destacar que la correlación con la escala de Exigencias Personales de la MPS fue de $r = ,24$, y de $r = ,18$ con la escala de Responsabilidad del ICO-R.

Los resultados de las manipulaciones de la complejidad y la presión temporal sobre la confianza sólo son interpretables teniendo en cuenta la interacción entre ambas. Con presión temporal, la confianza disminuía uniformemente con el aumento de la complejidad, lo que probablemente se debe a que la sensación de que no se puede analizar adecuadamente toda la información disponible, por restricción de tiempo, disminuye la confianza. Sin presión temporal, aumenta la confianza cuando la complejidad pasa de baja a media, seguramente debido a que una mayor información disponible (a estos niveles) permite fundamentar más la decisión. Sin embargo, al pasar la complejidad de media a alta, la confianza disminuye ligeramente. Es posible que la condición de complejidad alta refleje de manera más realista el tipo de decisiones que se tienen que tomar

en la vida cotidiana, en la que como han señalado algunos autores (Schwartz, 2004), el aumento de las opciones disponibles disminuye a menudo la satisfacción con las elecciones. Otra posible interpretación es que con la cantidad de datos que implica la complejidad alta ya no es posible tomar una decisión auténticamente racional, en la que se analizan cuidadosamente los pros y las contras, forzando a los participantes a seleccionar la información recurriendo a heurísticos. Esto seguramente no determina de forma directa y lineal la disminución de la confianza y sería interesante conocer en qué medida se modula por variables individuales.

1.3. Experiencias not just right ligadas a la toma de decisiones

La puntuación en el SANE-B-D mantenía correlaciones significativas con otras medidas de duda e indecisión de magnitud de baja a media. La correlación no era significativa con la escala de Evitación del Daño, obteniéndose las más altas con Inacabado y la escala de Valoración del NJREQ-R. También resultó significativa la correlación con Dudas sobre Acciones (MPS) y con Importancia de Controlar el Pensamiento (ICO-R), posiblemente debido a la inclusión de una valoración sobre control en el SANE-B-D. Las correlaciones con las medidas de sintomatología ansiosa y depresiva no resultaron significativas. En cambio, sí lo fueron las obtenidas para la escala de Lavado del OCI-R y con el CBOCI, posiblemente por su mayor sensibilidad para detectar diferencias en el nivel de obsesividad, que era pequeño en esta muestra.

1.4. Conclusiones

Dado el uso de estímulos neutros con una población no clínica en esta tarea, no es sorprendente que las diferencias en algunas variables relacionadas con la indecisión sólo hayan surgido como consecuencia de las manipulaciones experimentales. Ya hemos comentado cómo la presión temporal y el aumento de la complejidad pretendían incrementar el malestar ante la tarea. Si tomamos la disminución de la confianza como medida de dicho malestar, vemos que la manipulación ha tenido éxito. Y si empleamos el SANE-B-D con ese objetivo, vemos cómo el malestar se relaciona con la indecisión y con algunos constructos relevantes para el TOC. Desafortunadamente, esta medida no nos permite saber hasta qué punto la manipulación ha sido responsable de la faceta de la indecisión que está evaluando.

Lo que sí resulta claro es que la latencia y la confianza no se relacionaban en esta tarea con la duda obsesiva o la psicopatología. Resta por ver, y ese es el objetivo de la segunda tarea y del estudio con población clínica, si esta ausencia

de relación se debe a las medidas seleccionadas, al tipo de estímulos o a la población empleada. Hay que tener en cuenta que las características de este estudio y, en concreto, esta tarea, dificultan que la tarea de toma de decisiones cause malestar, por los motivos ya mencionados y también por la ausencia de consecuencias reales de las decisiones.

2. Toma de decisiones con estímulos neutros, amenazantes y TOC-relevantes

Para la tarea 2 se cambió el contenido de los escenarios de toma de decisiones, manteniendo los escenarios neutros e introduciendo otros con contenidos amenazantes y TOC-relevantes. La manipulación de esta característica se introdujo, como en Foa *et al.* (2003), bajo los supuestos de que el malestar emocional producido por la toma de decisiones contribuirá de forma importante a las dificultades en este proceso, y de que el camino más directo para manipular dicho malestar es mediante el contenido de la toma de decisiones. La hipótesis de partida es que los escenarios neutros no resultarán amenazantes para ningún participante, que los contenidos amenazantes lo serán para todos y que el grado de amenaza producido por los TOC-relevantes estará en función de características individuales del participante (su nivel de obsesividad pero, sobre todo, miedos idiosincrásicos relacionados con esta patología). Para comprobar el éxito de esta manipulación se introdujo la medida de la variable “ansiedad autoinformada”.

2.1. La asociación entre las variables dependientes entre sí y con los cuestionarios

La latencia y la confianza tampoco correlacionaron significativamente entre sí en esta tarea. Sin embargo, la latencia alcanzó una correlación significativa con el SANE-B-D ($r = ,27$), y la confianza, una negativa con la ansiedad ($r = -,25$). La correlación de la ansiedad con el SANE-B-D no alcanzó la significación estadística ($r = ,22$).

Con la excepción del SANE-B-D (la única medida obtenida mediante cuestionario), las correlaciones que se obtuvieron entre las variables dependientes de la tarea fueron bajas; cuando se hable de correlaciones significativas deberá tenerse en cuenta que estamos hablando de magnitudes en un rango aproximado de entre $r = ,25$ y $r = ,35$. La latencia correlacionó significativamente con la escala de Inacabado del OC-TCDQ y con la negativa de la IS; también con el total de la MPS y con su escala de Preocupación por los Errores. La latencia no se relacionaba con las medidas de psicopatología

ansiosa y depresiva, pero sí con el total del OCI-R y con su escala de Orden, así como con el total del CBOCI y su escala de Compulsiones. En definitiva, la latencia se asoció en mayor grado con las medidas más específicamente relacionadas con la psicopatología obsesiva. Esta asociación no parecía deberse de forma consistente a los escenarios TOC-relevantes, para los que no siempre aparecían correlaciones más altas, con las excepciones notables del OCI-R y MPS.

Para la confianza, las correlaciones con la escala Evitación del Daño y con la IS estaban al borde de la significación estadística y sólo llegaban a alcanzarla para los escenarios neutros y, en el caso de la IS, para su escala positiva. No se hallaron correlaciones significativas con MPS o IUS, y en el ICO, sólo con Sobreestimación de la Amenaza. De las medidas de psicopatología (incluyendo la obsesiva), sólo la correlación con el STAI-R era significativa. En resumen, todas las correlaciones significativas eran pequeñas (en torno a $r = -,25$) y se producían para constructos asociados a la ansiedad.

La ansiedad autoinformada correlacionaba significativamente con la escala de Cantidad del NJREQ-R y con la IS, en mayor medida para los escenarios neutros. También se hallaron asociaciones significativas con la IUS, la Sobreestimación de la Amenaza del ICO-R, el STAI-E, STAI-R y el PSWQ así como el CBOCI (pero no el OCI-R). El hecho de esta disparidad en las correlaciones encontradas con las dos medidas de TOC puede deberse a que el CBOCI evalúa presencia de sintomatología clínicamente significativa de TOC, mientras que el OCI-R únicamente evalúa, en realidad, malestar asociado a síntomas obsesivo-compulsivos.

Para el SANE-B se encontraban las correlaciones más altas, como ya hemos mencionado. Todas las halladas con las escalas de duda/indecisión eran significativas, con magnitudes de entre $r = -,34$ para la escala positiva de la IS y de $r = ,54$ con la negativa. Con la escala de Valoración del NJREQ-R, el Inacabado y la IS total, las magnitudes estaban en torno a $,50$, siendo muy parecida la hallada para Evitación del Daño ($,46$). Para la MPS, la mayor correlación se hallaba con Dudas sobre Acciones; la mayoría de las creencias, medidas a través del ICO-R y la IUS, alcanzaban correlaciones significativas. Todas las asociaciones con las medidas de psicopatología ansiosa y depresiva resultaron significativas, siendo especialmente elevada para el STAI-R. Para el OCI-R resultaron significativas todas las correlaciones con excepción de las escalas de Orden y de Neutralización; también lo eran para el CBOCI aunque la magnitud era algo menor. Para esta variable se encontró una diferencia

respecto a los resultados hallados en la tarea 1, ya que la puntuación en el SANE-B-D parecía ahora más relacionada con la ansiedad que específicamente con aspectos asociados a la psicopatología obsesiva.

En conjunto, parece que la disminución de la confianza se asocia a la sintomatología ansiosa, así como a la evitación del daño y a la indecisión. Por el contrario, el inacabado y las experiencias *not just right*, así como el perfeccionismo, se asocian a la latencia y, al mismo tiempo, son menos sensibles al tipo de escenario.

2.2. Los resultados de la manipulación del contenido

Tomando la ansiedad autoinformada como medida del éxito de la manipulación del contenido, los escenarios que produjeron un mayor nivel de amenaza fueron los amenazantes y no los TOC-relevantes. La diferencia en ansiedad autoinformada entre participantes altos y bajos en obsesividad no fue suficiente como para resultar significativa. Ni siquiera los escenarios TOC-relevantes resultaron significativamente más amenazantes para los más obsesivos. Por tanto, si bien la manipulación logró transmitir un mayor grado de amenaza de la forma hipotetizada, la división de los participantes en función del nivel de sintomatología obsesiva no lo fue para el objetivo de lograr identificar una porción suficientemente numerosa de ellos que percibieran como amenazantes los contenidos TOC-relevantes.

La latencia media, sin embargo, sí resultó afectada por el nivel de obsesividad. Para los participantes más obsesivos, el tiempo de respuesta era mayor y era, precisamente, en los escenarios TOC-relevantes en los que esta diferencia se acentuaba. La mayor latencia se encontraba para los escenarios amenazantes y TOC-relevantes frente a los neutros. No obstante, la interpretación de esta diferencia se ve dificultada porque el equilibrio en la longitud del texto entre los diferentes escenarios no está garantizada.

La influencia del contenido sí se observó claramente para el nivel de confianza en la toma de decisiones. La menor confianza se halló para los amenazantes, siendo algo mayor para los TOC-relevantes. Para esta variable tampoco se encontró una interacción significativa entre el nivel de amenaza y de obsesividad.

3. Conclusiones: diferencias entre las dos tareas

La comparación entre los resultados de las dos tareas nos permite llegar a algunas conclusiones acerca de la relevancia del contenido de los escenarios de toma de decisiones. La introducción de escenarios amenazantes y TOC-relevantes produce cambios en las demandas que la tarea impone a los participantes. El paso de la primera tarea a la segunda homogeneiza el tipo de estímulos que se tienen que analizar, al eliminar las diferencias en complejidad y en presión temporal. En cambio, introduce la consideración del riesgo lo que probablemente produce que su minimización sea el principal criterio para muchos de los participantes. De este modo, los escenarios en los que existe amenaza (frente a los neutros) pasan a ser los más demandantes.

Con esta modificación, la latencia pasa a ser una variable relevante, encontrándose que los participantes más obsesivos necesitan más tiempo para tomar una decisión. Sin embargo, este efecto no parece asociado a la introducción de contenido específicamente obsesivo. Podría deberse, por tanto, más a la necesidad de tener en cuenta el riesgo que al efecto producido por encontrar una amenaza personalmente relevante. Por otro lado, en los análisis correlacionales, la latencia se asoció más a medidas específicamente asociadas al TOC, como el inacabado, los problemas para la toma de decisiones, la preocupación por los errores y la puntuación en el OCI-R. De este modo, parece que el aumento de la latencia no se debe a una mayor sensibilidad a la amenaza en sí misma, sino a un modo particular de manejarla a la hora de tomar decisiones. A su vez, esta estrategia se asocia con la tendencia a experimentar sensaciones de inacabado, en la medida en que esas sensaciones se conceptúan como dimensión motivacional.

Por su parte, la disminución de la confianza sí parece estar relacionada específicamente con la ansiedad y la percepción de amenaza. No se asocia con latencia ni siquiera en la segunda tarea, por lo que no parece estar directamente relacionada con los cambios de estrategia que implica la introducción de contenidos amenazantes. Simplemente, la mayor posibilidad de consecuencias negativas de la elección disminuye la confianza, especialmente en la medida en la que uno es sensible a ese riesgo.

Al introducir contenido amenazante en la segunda tarea, la puntuación en el SANEB-D muestra correlaciones de mayor magnitud con las demás medidas de duda y de psicopatología, probablemente debido a que los participantes experimentaron la sensación evaluada con mayor intensidad. De este modo, se

hizo más evidente su asociación con la ansiedad y la sobreestimación de la amenaza, siendo mayor esta que la hallada para los síntomas obsesivo-compulsivos. Esto nos indica que la sensación evaluada está muy relacionada con la amenaza percibida, si bien no de un modo idéntico al que esta se asocia a la confianza, ya que el SANEB-D sí tenía relaciones con la latencia. Es decir, que no se debe únicamente a la sensibilidad al riesgo que implica el contenido de las decisiones, sin que sea posible saber en este punto de la investigación a qué otro aspecto de la amenaza se asocia.

Una larga tradición de investigación en psicopatología nos muestra que es posible acceder a fenómenos relevantes mediante el uso de población no clínica (Jonathan S Abramowitz *et al.*, 2014). Sin embargo, en este estudio, es posible que el uso de una muestra de estudiantes, unido al efecto limitado de las manipulaciones empleadas, haya impedido que algunos mecanismos se manifestaran de una forma suficientemente importante como para ser medidos. Especialmente en lo relacionado con la sensación de amenaza percibida por los participantes, así como en el nivel de sintomatología obsesiva, que era bajo incluso para la mayoría de los clasificados como altos en obsesividad. Teniendo en cuenta estas limitaciones, habrá que esperar al uso de participantes clínicos en el siguiente estudio antes de sacar conclusiones más amplias.

ESTUDIO 3

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1. Objetivos

Objetivo 1: Emplear en población clínica una tarea informatizada de toma de decisiones para explorar el efecto del contenido y de diversas variables individuales sobre los problemas en la toma de decisiones.

Subobjetivos específicos:

1.1. Comparar la ejecución de los pacientes diagnosticados de TOC y de los diagnosticados de Trastorno de pánico/Agorafobia en la tarea de toma de decisiones.

1.2. Estudiar el efecto del contenido (neutro, ansiógeno o amenazante) de los escenarios de toma de decisiones sobre dos variables relacionadas con la indecisión (la latencia en la toma de decisiones y la confianza autoinformada) en población clínica.

1.3. Explorar la relación de las variables dependientes de la tarea (latencia y confianza) con las medidas psicométricas de duda/indecisión, creencias y psicopatología, de forma aislada y en interacción con el tipo de contenido.

Objetivo 2: Examinar el patrón de correlaciones de las medidas de duda/indecisión entre sí y con las medidas de creencias y psicopatología en población clínica.

Subobjetivos específicos:

2.1. Comparar las puntuaciones de los pacientes diagnosticados de TOC y de los diagnosticados Trastorno de pánico/Agorafobia en las medidas de duda/indecisión.

2.2. Comprobar la validez convergente y divergente de las medidas de duda/indecisión en población clínica.

2. Hipótesis

A) Los escenarios amenazantes (ansiógenos y TOC-relevantes) aumentarán la latencia y disminuirán la confianza.

- B) El tipo de escenario interaccionará con el diagnóstico de los participantes, de forma que el efecto de la hipótesis A) será más pronunciado en los escenarios TOC-relevantes para los participantes obsesivos, y más pronunciado para los ansiógenos para los participantes con pánico/agorafobia.
- C) Los participantes del grupo TOC mostrarán mayor latencia y menor confianza para cualquier tipo de escenario.
- D) Las medidas de indecisión de la tarea (incluyendo el SANEB-D) mostrarán una relación relativamente específica con la IS y las medidas de duda obsesiva (NJREQ-R y OC-TCDQ).
- E) Los participantes obsesivos obtendrán puntuaciones más altas en las medidas psicométricas de indecisión y duda obsesiva.
- F) En estas muestras clínicas, las medidas de duda e indecisión mantendrán entre sí y con la sintomatología obsesivo-compulsiva relaciones específicas.
- G) La relación entre las puntuaciones en la IS y en el OCI-R en la muestra TOC no estará completamente mediada por la ansiedad y la depresión.
- H) La relación entre las puntuaciones en la IS y en el OCI-R en la muestra TOC estará mediada parcialmente por las puntuaciones en el NJREQ-R y el OC-TCDQ.

PARTICIPANTES

1. Procedencia y evaluación de las muestras clínicas

Dos muestras clínicas independientes conforman el total de participantes en el presente estudio. La muestra 1 (muestra TOC) se compone de pacientes con un diagnóstico principal de TOC y la muestra 2 (muestra pánico/agorafobia) de pacientes con un diagnóstico principal de Trastorno de Pánico con Agorafobia, Trastorno de Pánico sin Agorafobia o Agorafobia sin Historia de Trastorno de Pánico.

La muestra TOC incluye 27 participantes, de los que una parte (19 participantes) procedían de la Unidad de TOC, perteneciente a la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario de Bellvitge. El resto proceden de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia, de la Unidad de Salud Mental de Burjassot y de la Unidad de Salud Mental de Catarroja. A excepción de los pacientes provenientes de la USM de Catarroja, todos los pacientes de la muestra TOC habían sido diagnosticados y evaluados mediante entrevista

estructurada y cuestionarios, incluyendo en todos los casos el ADIS-IV (Brown, DiNardo y Barlow, 1994) y el Y-BOCS, por clínicos especialistas en TOC como parte de los protocolos de investigación de los respectivos equipos (Hospital de Bellvitge y Universidad de Valencia). En el caso de los pacientes de la USM de Catarroja, el diagnóstico fue confirmado por parte del autor del trabajo mediante una adaptación la entrevista ADIS-IV, quien además administró el Y-BOCS. La evaluación de los pacientes se completó mediante los instrumentos adicionales oportunos hasta completar el protocolo de evaluación de este estudio. En el caso de los pacientes atendidos en la Universidad de Valencia y en la USM de Burjassot, no completaron dos de los instrumentos (STAI-R y OBQ-44) ya que el protocolo de evaluación de este grupo de investigación incluía instrumentos alternativos de evaluación de los mismos constructos que no se usaron en el presente estudio.

La muestra de pánico/agorafobia estaba compuesta por 14 participantes. Estos participantes provenían de Unidades de Salud Mental de la provincia de Valencia (Catarroja, Foios, La Coma y Lliria) y uno de ellos del Servicio de Psiquiatría del Hospital Casa de Salud (Valencia) y habían sido derivados al presente estudio por su clínico responsable (psicólogo clínico o psiquiatra). Todos los participantes de esta muestra fueron evaluados por el autor de este trabajo usando la adaptación del ADIS-IV ya mencionada con el objetivo de confirmar el diagnóstico y de evaluar las comorbilidades más comunes. Además, durante esta evaluación se utilizó el PDSS para evaluar la gravedad del Trastorno de Pánico y/o la Agorafobia. El resto del protocolo de evaluación fue cumplimentado por los pacientes y devuelto a su clínico responsable en la siguiente visita o por correo.

2. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios generales de exclusión en este estudio fueron tener una capacidad intelectual límite o inferior y/o analfabetismo (para el castellano) que dificultara o imposibilitara la cumplimentación adecuada de los protocolos de evaluación requeridos. Además, se consideraron criterios de exclusión: la historia de trastornos psicóticos; de trastornos de personalidad del Cluster A (paranoide, esquizoide, esquizotípico); el Trastorno Límite de la Personalidad y los trastornos por uso de sustancias (a excepción del tabaco). Los pacientes debían tener entre 18 y 65 años de edad.

En el caso de la muestra TOC, los participantes debían tener un diagnóstico activo de Trastorno Obsesivo Compulsivo y este debía ser su diagnóstico

principal, sin que se considerara motivo de exclusión la presencia comórbida de otros síntomas afectivos o ansiosos.

En el caso de la muestra de pánico/agorafobia, los participantes debían cumplir en la actualidad criterios DSM-IV de Trastorno de Pánico con Agorafobia, Trastorno de Pánico sin Agorafobia o Agorafobia sin Historia de Trastorno de Pánico, y uno de estos trastornos debía ser el diagnóstico principal del paciente. La presencia, actual o previa, de un Trastorno Obsesivo Compulsivo comórbido, se consideraba criterio de exclusión, pero no así la de otros trastornos de ansiedad o afectivos.

3. Descripción de los participantes

3.1. Muestra TOC

Datos sociodemográficos.

Esta muestra estaba compuesta por un total de 27 participantes, todos de nacionalidad española, 20 mujeres (el 74,1%) y 7 hombres (el 25,9%). Sus edades estaban comprendidas entre los 19 y los 50 años, con una media de 35,89 años ($DT = 8,72$). El 48,1% estaban casados; el 76,5% de los que respondieron a la pregunta sobre el nivel socioeconómico lo definían de “medio”, haciéndolo el resto de medio-bajo o medio-alto. Más de la mitad (14) tenían estudios superiores y 11 estudios medios.

Sintomatología obsesivo-compulsiva.

De los 27 participantes, 17 (el 63%) tenían síntomas del subtipo Dudas/Errores/Comprobación; 13 (48,1%) de Orden/Simetría; 12 (44,44%) de Contaminación/Limpieza; seis (22,22%) de Agresión/Daño; seis (22,22%) de Superstición/Pensamiento Mágico/Repetición; dos (7,4%) tenían síntomas del subtipo Moral/Sexo/Religión; dos (7,4%) de Acumulación y uno (3,7%) tenía un síntoma que no correspondía a ningún subtipo de la anterior clasificación. Ocho participantes (el 29,6%) tenían un síntomas de un solo tipo; diez (37%) de dos, cinco (18,5%) de tres tipos, y cuatro (14,8%) de cuatro. En cinco de los participantes (el 18,5%), el síntoma principal era del tipo Contaminación/Limpieza y para un idéntico número era de Dudas/Errores/Comprobación; en dos (7,4%) era de Superstición/Pensamiento Mágico/Repetir y en uno (3,7%) era de Orden/Simetría. 14 de los participantes (el 51,9%) se clasificaron como “mixtos” por no predominar los síntomas de un subtipo. El tiempo de

evolución del TOC en esta muestra estaba entre varios meses y 45 años, con una media de 13,71 años ($DT = 10,22$).

Otros datos clínicos.

Ocho de los participantes (el 29,6%) no tomaban ningún tipo de medicación psiquiátrica; 12 (44,4%) tomaban únicamente medicación antidepresiva; cinco (18,5%) tomaban antidepresivos y ansiolíticos y dos (el 7,4%) tomaban antidepresivos y antipsicóticos. De los 27 pacientes, se conocía con seguridad la existencia de trastornos psiquiátricos comórbidos en siete de ellos, y la ausencia de comorbilidad en 11. El diagnóstico comórbido más frecuente era el de Trastorno de Ansiedad Generalizada (tres participantes), dos padecían un Trastorno Depresivo Mayor, dos estaban diagnosticados de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, uno padecía una Fobia Social y había un participante con un Trastorno de Pánico con Agorafobia comórbido.

Datos psicométricos.

La puntuación media en el Y-BOCS de esta muestra era de 22,89 ($DT = 6,57$), con un rango de 8 a 35. En el OCI-R, la puntuación media era de 31,04 ($DT = 15,88$), y el rango de 7 a 64. En el BDI-II, la puntuación media era de 21,44 ($DT = 11,80$); en el STAI-R de 36,64 ($DT = 12$); y en el PSWQ, de 59,31 ($DT = 9,71$).

3.2. Muestra pánico/agorafobia

Datos sociodemográficos.

Esta muestra se componía de 14 participantes, todos de nacionalidad española, nueve de ellos mujeres (el 64,3%) y cinco varones (35,7%). Sus edades estaban comprendidas entre los 21 y los 54 años, con una media de 34 años ($DT = 9,96$). Trece de los participantes dieron información sobre su estado civil, de estos, siete estaban solteros, cuatro casados y dos separados. De los 10 participantes que definieron su nivel socioeconómico, siete lo definían de medio, uno de medio-alto, uno de medio-bajo y uno de alto. Cuatro participantes tenían estudios superiores, cinco estudios medios y dos primarios; tres no dieron esta información.

Sintomatología de pánico/agorafobia.

El diagnóstico principal de once de los participantes era de Trastorno de Pánico con Agorafobia; dos estaban diagnosticados de Trastorno de Pánico sin Agorafobia y uno de Agorafobia sin Historia de Trastorno de Pánico. La

puntuación de los participantes en el PDSS estuvo en un rango de entre 2 y 23, con una puntuación media de 11,42 ($DT = 5,89$).

Otros datos clínicos.

Seis participantes estaban siendo tratados con ansiolíticos y antidepresivos; cuatro únicamente con ansiolíticos; uno únicamente con antidepresivos y tres no tomaban ninguna medicación psiquiátrica. Ocho participantes no padecían ningún trastorno mental comórbido; cuatro estaban diagnosticados de Trastorno de Ansiedad Generalizada; dos de Fobia Simple y uno de Trastorno Depresivo Mayor (tratándose del participante que además se diagnosticó de TAG, que era el único con dos trastornos comórbidos).

Datos psicométricos.

La puntuación media de esta muestra en el OCI-R fue de 15,78 ($DT = 10,35$), con un rango de entre 5 y 40. En el BDI-II, la puntuación media era de 17,11 ($DT = 12,19$); en el STAI-R de 31,56 ($DT = 12,68$); y en el PSWQ de 52,22 ($DT = 11,54$).

3.3. Comparación entre las muestras

La diferencia de edad entre las dos muestras (35,89 años para la muestra TOC y 34 para la de pánico/agorafobia) no resultó estadísticamente significativa. Entre las medidas psicométricas de psicopatología, se hallaron diferencias significativas en la puntuación total del OCI-R: $t(22,02) = 3,25$; $p = ,004$, siendo esta puntuación mayor para el grupo TOC. Las diferencias en el STAI-E, también a favor de la muestra TOC, resultó marginalmente significativa: $t(39) = 1,93$; $p = ,06$. No se hallaron diferencias significativas en las puntuaciones en STAI-R o BDI-II.

PROCEDIMIENTO

1. Procedimiento general

La evaluación de los participantes en este estudio se llevó a cabo de forma individualizada y en una sola sesión. Los participantes provenientes del Hospital de Bellvitge fueron evaluados por una psicóloga miembro de la Unidad de TOC de este hospital y el resto por el autor del presente trabajo.

En primer lugar, se informó a los participantes acerca de la naturaleza de la investigación. Se explicó el uso que se iba a dar a sus datos, haciendo énfasis en la confidencialidad y se les invitó a hacer las preguntas que consideraran oportunas. Tras responder a estas, se les dio a firmar la hoja de consentimiento informado.

Tras obtener el consentimiento informado y en función de los datos disponibles sobre los participantes, se obtuvo la información clínica necesaria, lo que podía incluir la realización de una entrevista semiestructurada con propósitos diagnósticos, la utilización de instrumentos psicométricos (Y-BOCS o PDSS) o preguntar sobre las pautas de tratamiento farmacológico actuales. La información acerca del proceso diagnóstico se incluye en el apartado Participantes.

A continuación se informaba a los participantes sobre las características de la tarea de toma de decisiones que iban a realizar y se les daba instrucciones al respecto. Se intentaban prever posibles problemas como falta de familiaridad con un ordenador o problemas de visión, preguntando por ellos. La información y las instrucciones se proporcionaban oralmente siguiendo un guión escrito elaborado con el propósito de estandarizar este procedimiento, cuyo texto era el siguiente:

“Con este estudio, estamos investigando cómo las personas con [aquí se mencionaba el Trastorno Obsesivo Compulsivo si era el diagnóstico del participante o se hablaba de “trastornos de ansiedad” para el grupo clínico de control] toman decisiones.”

“Le vamos a pedir que se imagine que se encuentra en una situación que requiere elegir entre dos alternativas. En la pantalla del ordenador podrá leer una descripción de esa situación y también información sobre las dos alternativas entre las que debe elegir” [En este momento se mostraba, impreso, un ejemplo de escenario similar a los de la tarea pero no

incluido, con el mismo formato, que se incluye en el Anexo.] “Cuando haya leído las alternativas y haya tomado una decisión, apriete la barra espaciadora” [Se señalaba aquí a esta tecla con aquellos participantes de los que se sospechara poca familiaridad con un teclado].

“Entonces aparecerán varias pantallas en las que tendrá que escribir sobre su decisión: qué alternativa ha elegido, cómo de seguro está de haber tomado la decisión correcta y cuánta ansiedad le habría producido tomar esta decisión si hubiera tenido tomarla en la vida real” [Se mostraba entonces un ejemplo de pantalla de introducción de datos de forma impresa, también incluido en el Anexo]. “Entonces introducirá la información sobre sus decisiones utilizando los números del teclado y, después, la tecla Enter [se muestra en el teclado]. Cuando haya acabado la tarea aparecerá una pantalla que lo indicará, avíseme en ese momento. ¿Quiere hacer alguna pregunta?”.

Después de aclarar las dudas, se pedía a los participantes que rellenaran la versión estado del STAI.

Finalmente, antes de iniciar la tarea, se les daban las últimas indicaciones a los participantes, en las que: 1) se les recordaba que no se trata de una prueba de inteligencia y que no hay decisiones correctas o incorrectas; 2) se recalca que tomar las decisiones más rápido no es “ni mejor ni peor” y que de lo que se trata es de “pensar sobre las alternativas hasta tomar una decisión con la que uno esté satisfecho”; 3) se recordaba que sólo cuando la decisión ya se haya tomado se apretará la barra espaciadora; 4) se les pedía que en el caso de que tuvieran que interrumpir la tarea, o hacer alguna pregunta o comentario, lo hicieran durante una pantalla de introducción de información y no en la de presentación de los escenarios (para que esta interrupción no afectara al cálculo de las latencias de decisión).

Tras estas últimas instrucciones los participantes realizaban la tarea en un ordenador personal portátil. Al acabar la tarea rellenaban el SANE-B-D, guiados por el evaluador. Finalmente, se les entregaban los cuestionarios que no hubieran rellenado como parte de su evaluación clínica para que los completaran.

2. Descripción de la tarea de toma de decisiones

2.1. *Diseño y estructura general de la tarea*

La tarea empleada en este estudio es una modificación de la tarea 2 empleada en el estudio 2, descrita ampliamente en el apartado Procedimiento de dicho estudio. Dicha modificación afecta únicamente al contenido de los escenarios y no a la estructura de la tarea o a los datos que se recogen, por lo que describiremos sólo con mucha brevedad los aspectos ya descritos con anterioridad.

2.2. *Contenido de los escenarios*

La tarea se componía de 12 descenarios de toma de decisiones, en los que se describe una situación hipotética en la que se debe elegir entre dos alternativas. Se presentaban cinco frases con información acerca de cada alternativa. Los escenarios se construyeron de forma que las alternativas estuvieran equilibradas en el nivel de riesgo que implicaban, en su deseabilidad global y en la extensión de su descripción. Estos aspectos fueron valorados por un grupo de expertos en TOC.

La tarea se iniciaba con las siguientes instrucciones: “A continuación vamos a plantear una serie de situaciones hipotéticas en las que se requiere una elección entre dos alternativas. La tarea consiste en que escojas una de las alternativas. Tómate el tiempo que necesites para decidirte. Cuando te hayas decidido, aprieta la barra espaciadora. Aprieta la barra espaciadora para empezar la tarea.”

Tras estas instrucciones, se iniciaba la presentación de los escenarios en un orden aleatorio diferente para cada participante y determinado automáticamente por el *software*.

En el Anexo se incluyen todos los escenarios de esta tarea.

2.3. *Variable independiente: tipo de escenario*

Los escenarios diferían en el tipo de consecuencias que podían acarrear. Se dividieron en: 1) escenarios de bajo riesgo, o neutros, que no entrañaban riesgos relevantes; 2) escenarios TOC-relevantes, que podían acarrear consecuencias similares a miedos presentes típicamente en pacientes con TOC; y 3) escenarios ansiógenos. A diferencia de los denominados “escenarios amenazantes” de la tarea empleada en el estudio 2, los escenarios ansiógenos fueron diseñados para incluir consecuencias amenazantes que pudieran resultar relevantes para personas con diferentes tipos de trastornos de ansiedad. Dos de ellos (“Plan de

pensiones” e “Intervención quirúrgica”) se mantienen con alguna modificación de la tarea del estudio 2 por considerar que sus contenidos reflejan temas de preocupación habituales en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (problemas económicos y salud de familiares, respectivamente). El escenario “Viaje” pretende ser relevante para personas con agorafobia. El escenario “Entrevista de trabajo” incluye amenazas relevantes para la ansiedad social. Y, por último, el escenario “Vacuna malaria” podría ser especialmente amenazante para personas con elevada ansiedad por la salud.

2.4. Variables dependientes

Las variables dependientes fueron la *latencia*, la *confianza* y la *ansiedad*, medidas de igual modo que en las tareas del estudio 2. Tras acabar la tarea, los participantes rellenaron el instrumento SANEB-Decisional.

INSTRUMENTOS

Se enumeran a continuación los instrumentos usados en el presente estudio, incluyendo la descripción de aquellos que no han sido ya descritos en los estudios precedentes.

1. Constructos relacionados con la duda obsesiva

Cuestionario Revisado de Experiencias Not Just Right (NJREQ-R)

Cuestionario de Dimensiones Nucleares Obsesivo-Compulsivas – Rasgo (OC-TCDQ)

Escala de Indecisión (IS)

Entrevista de SANEB (sensaciones de que algo no está bien) Decisional (SANEB-D)

2. Creencias obsesivas

Cuestionario de Creencias Obsesivas (OBQ-44)

El OBQ-44 (*Obsessive-Beliefs Questionnaire*; OCCWG, 2005) es la versión reducida del OBQ original (OCCWG, 2001). Se trata de un instrumento de autoinforme diseñado para medir las principales creencias disfuncionales asociadas al mantenimiento del TOC. Se compone de 44 ítems divididos en tres escalas derivadas empíricamente. La primera escala, llamada Responsabilidad/Estimación de Amenaza (16 ítems) hace referencia a la prevención del daño a uno mismo o a otros, las consecuencias de la inacción y la responsabilidad por la ocurrencia de sucesos negativos. La segunda escala (Perfeccionismo/Certidumbre (16 ítems) refleja la existencia exigencias elevadas y absolutas, rigidez, preocupación por los errores y sentimientos de incertidumbre. La tercera escala se denomina Importancia/Control de los pensamientos (12 ítems) y hace referencia a las consecuencias de tener pensamientos o imágenes intrusos o molestos, la fusión pensamiento/acción y la necesidad de liberarse de los propios pensamientos intrusos. La versión original de la escala mostró una consistencia interna adecuada y validez de criterio en muestras clínicas y no clínicas. Se empleó la traducción al español de Rodríguez Biglieri (ver Rodríguez Biglieri y Vetere, 2008).

Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS)

3. Psicopatología

Inventario Obsesivo-Compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS)

El Y-BOCS (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*; Goodman *et al.*, 1989; versión en castellano: Cruzado, 1993), se empleó para medir la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos en los pacientes con diagnóstico de TOC. Consta de 10 ítems 5 para obsesiones y 5 para compulsiones, relativos en ambos casos a las siguientes dimensiones: tiempo empleado, interferencia, malestar, resistencia y grado de control. Cada uno de los ítems es valorado por el evaluador en una escala desde 0 (“Ninguno o ausente”) hasta 4 (“Extremo”). Se obtienen tres puntuaciones: subtotal de obsesiones (rango 0-20), subtotal de compulsiones (rango 0-20) y puntuación total (suma de las dos puntuaciones anteriores, rango 0-40). El nivel de gravedad se considera leve en las puntuaciones entre 8 y 15, moderado entre 16 y 23, grave entre 24 y 31 y muy grave de 31 a 40.

Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado (OCI-R)

Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico (PDSS)

El PDSS (*Panic Disorder Severity Scale*; Shear *et al.*, 1992). Se trata de una escala clínica compuesta por diversos indicadores, incluyendo valoraciones sobre la frecuencia y malestar de los ataques de pánico, la gravedad de la ansiedad anticipatoria, de la evitación situacional e interoceptiva y de la interferencia social y laboral. Se utilizó la versión española incluida en Botella, Villa, Garcia-Palacios, Baños y Perpiñá (2005), autores que informan de una puntuación media por ítem de 1,88 en una muestra española de pacientes con Trastorno de Pánico con o sin Agorafobia.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

Cuestionario de Preocupación de la Universidad Estatal de Pensilvania (PSWQ)

4. Consentimiento informado y datos personales

Tal y como se ha descrito para el estudio 1.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

En este apartado se describirán las variables empleadas en este estudio y los análisis realizados sobre las mismas, utilizando el programa SPSS. Las variables dependientes de la tarea de toma de decisiones empleadas en los análisis fueron las mismas que en el estudio 2 por lo que no se repetirá aquí su descripción.

1. Estadísticos descriptivos

Las puntuaciones que los participantes de las dos muestras obtuvieron en diversos cuestionarios se resumen mediante la puntuación media. En el caso del SANE-B-D se ofrece, además, porcentajes de elección de escenarios y puntuaciones medias en sus diferentes ítems.

2. Diferencias de medias

Las diferencias en las puntuaciones medias de los dos grupos de participantes en los cuestionarios (incluyendo el SANE-B-D) se calcularon mediante pruebas *t*. Cuando se realizaron estas comparaciones, no se incluyó al participante del grupo TOC que tenía un diagnóstico de Trastorno de Pánico.

3. Análisis de correlación

La asociación lineal entre las puntuaciones en los cuestionarios y las variables dependientes de la tarea (entre sí y las unas con las otras) se calculó mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Se tomó el criterio de Cohen (1988), ya mencionado, para estimar el tamaño de las correlaciones.

Se calcularon de forma puntual dos tipos diferentes de diferencias entre correlaciones. En algunos casos se comparó el coeficiente de correlación obtenido para las dos muestras entre las mismas variables. Con este propósito, se calculó un valor de z utilizando la transformación de la r de Fisher a z , valor para el que después se obtuvo su correspondiente p . En otros casos, se calculó la diferencia entre dos correlaciones, obtenidas por la misma muestra, que tenían una variable común (sobre todo para ver las diferentes asociaciones obtenidas por las escalas de Inacabado y Evitación del daño). Se utilizó con este propósito el método de Lee y Preacher (2013).

Además, se calcularon correlaciones parciales entre la IS y el OCI-R con el objetivo de ver el efecto sobre la asociación entre ambas medidas de controlar

el efecto de diversas variables posiblemente implicadas en la relación entre indecisión y TOC.

4. Análisis de la varianza (ANOVA) mixto.

Para analizar la influencia del tipo de escenario y el diagnóstico psicopatológico en la ejecución en la tarea de toma de decisiones, se llevaron a cabo tres ANOVAs mixtos, con el grupo (TOC vs. TP/A) como variable entresujetos y el tipo de escenario (neutro, ansiógeno y TOC-relevante) como variable intrasujetos. En todos los casos, se excluyó al participante del grupo TOC que además tenía un diagnóstico de Trastorno de Pánico. Cuando el efecto principal del tipo de escenario era significativo, se llevaron a cabo comparaciones por parejas utilizando la corrección de Bonferroni. En algún caso, pese a no resultar significativo el efecto de la interacción, se llevaron a cabo pruebas *t* para poner a prueba la hipótesis de que los pacientes obsesivos tendrían mayor dificultad que los del grupo de pánico/agorafobia con los escenarios de contenido TOC-relevante.

RESULTADOS

1. Análisis preliminares: comparación entre grupos

Se compararon las puntuaciones de los dos grupos de participantes (pacientes diagnosticados de Trastorno Obsesivo Compulsivo, en adelante “grupo TOC” vs. pacientes diagnosticados de Trastorno de Pánico y/o Agorafobia, en adelante “grupo TP/A”) en los diferentes cuestionarios empleados.

Las puntuaciones del grupo TOC fueron en todos los casos más altas que las obtenidas por el grupo TP/A. Las medias obtenidas fueron de 22,37 ($ET = 2,15$) vs. 15,86 ($ET = 2,15$) para el STAI-E; de 36,64 ($ET = 2,56$) vs. 31,56 ($ET = 4,23$) para el STAI-R; de 21,44 ($ET = 2,36$) vs. 17,11 ($ET = 4,06$) para el BDI-II; y de 31,04 ($ET = 3,18$) vs. 15,78 ($ET = 3,45$) para el OCI-R. Sólo en este último caso la diferencia fue estadísticamente significativa, $t(22,02) = 3,25$; $p = ,004$. Además, solo en el grupo TOC la puntuación obtenida en este cuestionario se ajusta al punto de corte clínico, según la validación española del cuestionario, mientras que el grupo pánico/agorafobia no alcanza una puntuación clínicamente significativa.

En el NJREQ-R, el grupo TOC informó haber tenido más experiencias *not just right* ($M = 4,85$; $ET = 0,35$) que el grupo de pánico/agorafobia ($M = 2,00$; $ET = 0,78$), siendo la diferencia entre ambos grupos estadísticamente significativa, $t(34) = 3,77$; $p = ,001$. La valoración disfuncional que de esas experiencias hacían las personas del grupo TOC era también mayor ($M = 4,73$; $ET = 0,26$) que la del grupo TP/A ($M = 3,4$; $ET = 0,63$). La diferencia entre los dos grupos resultó significativa, $t(29) = 2,05$; $p = ,05$. En el OC-TCDQ, se hallaron diferencias en el mismo sentido que fueron significativas para la escala de Inacabado: 35,13 ($ET = 1,51$) vs. 22,33 ($ET = 2,35$); $t(32) = 4,42$; $p = ,000$), pero no para la escala de Evitación del Daño: 31,52 ($ET = 2,45$) vs. 27,33 ($ET = 3,95$). También en la IS, los participantes TOC puntuaron más ($M = 50,96$; $ET = 2,11$) que los TP/A ($M = 42,11$; $ET = 3,05$), diferencia que resultó ser significativa, $t(33) = 2,20$; $p = ,035$.

Las puntuaciones en la MPS también resultaron más altas en el grupo TOC, tanto para la puntuación total ($M = 91,45$; $ET = 4,86$ vs. $M = 80,33$; $ET = 6,22$), como para todas las subescalas. Sin embargo, la diferencia sólo fue estadísticamente significativa para la subescala Dudas sobre Acciones ($M = 13,46$; $ET = 0,90$ vs. $M = 8,44$; $ET = 1,52$), $t(33) = 2,84$; $p = ,008$. Lo mismo ocurría con las escalas del OBQ-44, para las que los TOCs obtuvieron una

puntuación significativamente más alta en la escala Importancia/Control del Pensamiento ($M = 74,20$; $ET = 5,23$ vs. $M = 56,78$; $ET = 4,63$); $t(27) = 2,06$; $p = ,049$.

2. Asociación entre VDs de la tarea

Se analizaron las correlaciones de las variables dependientes de la tarea (latencia, confianza y ansiedad) entre sí y también con la puntuación en la entrevista de SANEB-Decisional (SANEB-D). Las correlaciones se presentan en la Tabla 45.

Los resultados muestran que la latencia no se asocia de forma significativa con ninguna de las otras VDs. La confianza lo hace, de forma negativa, con la ansiedad autoinformada y con la puntuación en el SANEB-D. En este último caso, la correlación sólo es significativa para el grupo TP/A. La ansiedad autoinformada y el SANEB-D presentan una correlación positiva y de magnitud alta.

Tabla 45. Correlaciones entre las VDs de la tarea 3.

		Confianza	Ansiedad	SANEB-D
Latencia	<i>TOC</i>	,06	,03	-,22
	<i>TP/A</i>	,38	,04	-,30
	<i>Total</i>	,10	,11	-,14
Confianza	<i>TOC</i>	-	-,46*	-,17
	<i>TP/A</i>	-	-,39	-,55*
	<i>Total</i>	-	-,46**	-,35*
Ansiedad	<i>TOC</i>		-	,64***
	<i>TP/A</i>		-	,49
	<i>Total</i>		-	,61***

$n = 27$ (TOC); $n = 14$ (TP/A); $n = 41$ (muestra total).

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

3. Ansiedad

3.1. ANOVA mixto

Se llevó a cabo un ANOVA mixto con el tipo de escenario como variable intrasujetos y el diagnóstico principal (TOC o pánico/agorafobia) como variable intrasujetos para analizar el efecto de ambas variables sobre la ansiedad autoinformada ante la toma de decisiones, así como explorar la posible existencia de una interacción entre ambas variables. La puntuación media de ansiedad para las diferentes condiciones se incluye en la Tabla 46.

Tabla 46. Ansiedad autoinformada media según el tipo de escenario y el grupo clínico.

		Tipo de escenario			
		Neutro	Ansiógeno	TOC-R	Promedio
Grupo	TOC	32,65	60,25	54,58	49,16
	TP/A	26,11	51,57	39,14	38,94
	Promedio	29,38	55,91	46,86	44,05

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.
 $n = 26$ (TOC); $n = 14$ (TP/A); $n = 40$ (muestra total).

Supuestos

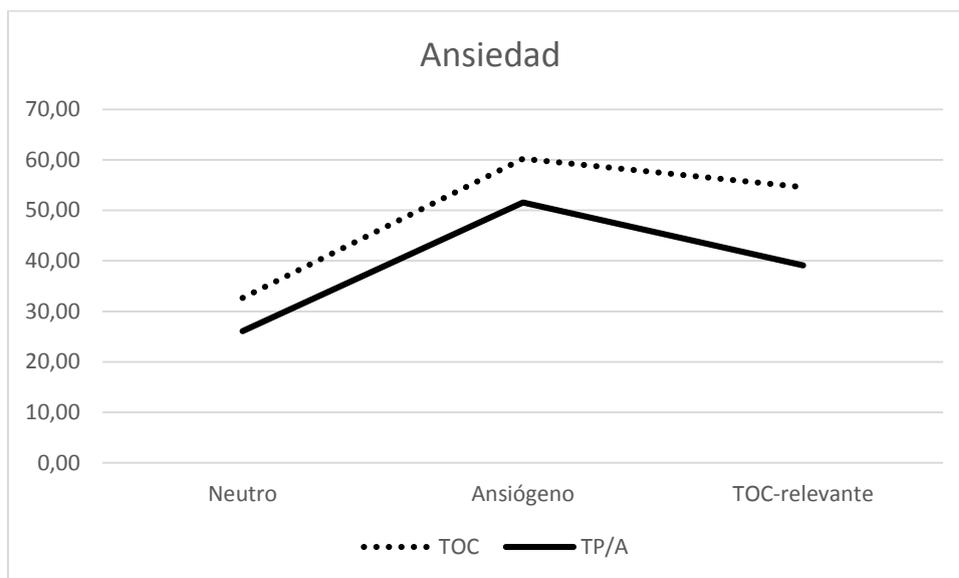
El supuesto de normalidad se cumplió para todas las celdas analizadas excepto para los resultados de los escenarios neutros en el grupo de pánico/agorafobia. La inspección de los datos reveló a que esto se debía a que un número elevado de participantes (7 de 14) tenía puntuaciones muy bajas (entre 0 y 10) en esta variable. No se consideró conveniente transformar esta variable. El test de Levene mostró que las varianzas eran homogéneas para los escenarios neutros y ansiógenos pero no para los TOC-relevantes. Sí se cumplía el supuesto de igualdad de las matrices de covarianzas. El supuesto de esfericidad no se cumplía para el efecto principal del tipo de escenario, $\chi^2(2) = 18,32$, $p < ,001$, por lo que se corrigieron los grados de libertad utilizando la estimación de esfericidad de Huyhn-Feldt ($\epsilon = ,76$).

Resultados

El efecto principal del tipo de escenario, $F(1,52) = 40,27$, resultó estadísticamente significativo ($p < ,001$). El efecto principal del grupo no resultó significativo, $F(1) = 2,16$; $p = ,15$, ni tampoco la interacción entre escenario y grupo, $F(2) = 1,19$; $p = ,31$.

Las comparaciones por parejas realizadas a posteriori, utilizando la corrección de Bonferroni, indicaron que todas las diferencias entre tipos de escenarios eran estadísticamente significativas. De este modo, los escenarios neutros producían la menor ansiedad y los ansiógenos la máxima, situándose los escenarios TOC-relevantes en un punto intermedio. Esta pauta de diferencias no era significativamente diferente en función del grupo, según los resultados negativos de la interacción. La Figura 6 muestra la ansiedad autoinformada en las diferentes condiciones mediante un gráfico de líneas

Figura 6. Ansiedad autoinformada media según tipo de escenario.



3.2. Correlaciones

Se calcularon las correlaciones entre la ansiedad autoinformada (tanto la media como para cada tipo de escenario) y con las puntuaciones en NJREQ-R, OC-TCDQ e IS. Los resultados se muestran en la Tabla 47, donde se puede observar que la ansiedad autoinformada media correlacionó de forma significativa con todas las puntuaciones extraídas de estas medidas. Por lo general, las correlaciones resultaron ser más elevadas para los escenarios ansiógenos y TOC-relevantes que para los neutros, especialmente para la escala de Valoración del NJREQ-R, la escala de Inacabado del OC-TCDQ y la IS. El grupo TP/A obtuvo correlaciones generalmente más elevadas aunque estas diferencias no son significativas, resultado esperable por el pequeño *n* de este grupo. Tampoco se produjeron diferencias en la magnitud de las correlaciones entre las escalas de Inacabado y de Evitación del Daño del OC-TCDQ.

Tabla 47. Correlaciones entre la ansiedad autoinformada y las medidas de duda e indecisión.

		NJR- Cant. ^a	NJR- Val. ^b	Inac. ^c	Ev Dño. ^c	IS ^d
Media	TOC	,18	,29	,30	,24	,58**
	TP/A	,62	,78	,63	,41	,79*
	Total	,42*	,37*	,44**	,35*	,66***
Neutros	TOC	,25	,04	,17	-,02	,25
	TP/A	,78*	,78	,63	,41	,79*
	Total	,38*	,10	,27	,10	,37*
Ansióg.	TOC	,15	,28	,37	,25	,57**
	TP/A	,59	,81	,52	,51	,83**
	Total	,35*	,33	,44**	,34*	,64***
TOC-R	TOC	,14	,36	,24	,31	,63***
	TP/A	,56	,72	,58	,57	,78*
	Total	,42*	,45*	,46**	,41*	,70***

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^a $n = 27$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 36$ (muestra total)

^b $n = 26$ (TOC); $n = 5$ (TP/A); $n = 31$ (muestra total)

^c $n = 25$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 34$ (muestra total)

^d $n = 26$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 35$ (muestra total)

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Las correlaciones entre la ansiedad autoinformada y las medidas de psicopatología ansiosa y depresiva se muestran en la Tabla 48. Se obtuvieron correlaciones significativas entre la ansiedad autoinformada media y el STAI-E y el BDI-II. Las correlaciones fueron también en este caso más elevadas para los escenarios ansiógenos y TOC-relevantes. El STAI-R correlaciona de forma significativa con la ansiedad autoinformada para los estímulos TOC-relevantes. La magnitud de la correlación es muy similar para el BDI-II y el STAI-E.

Tabla 48. Correlaciones entre la ansiedad autoinformada y la psicopatología ansiosa y depresiva.

		STAI- E ^a	STAI- R ^b	PSWQ ^c	BDI-II ^c
Media	TOC	,20	,20	,14	,32
	TP/A	,58*	,34	,02	,48
	Total	,37*	,29	,16	,39*
Neutros	TOC	,07	-,08	-,06	,20
	TP/A	,48	,28	-,10	,52
	Total	,21	,04	-,05	,29
Ansióg.	TOC	,22	,22	,15	,25
	TP/A	,47	,28	-,04	,38
	Total	,34*	,28	,14	,31
TOC-R	TOC	,21	,29	,20	,39
	TP/A	,63*	,39	,11	,51
	Total	,40**	,37*	,25	,45**

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^a $n = 27$ (TOC); $n = 14$ (TP/A); $n = 14$ (muestra total)

^b $n = 22$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 31$ (muestra total)

^c $n = 25$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 34$ (muestra total)

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Las correlaciones entre la ansiedad autoinformada y las diferentes escalas del OCI-R se muestran en la Tabla 49. Se hallaron correlaciones significativas para la puntuación total en el cuestionario y para la escala de Comprobación. Para la escala de Obsesiones, la correlación era significativa sólo para el grupo TOC. Se calculó la diferencia entre los coeficientes de correlación obtenidos para el total de la muestra entre las diferentes escalas del OCI-R y los escenarios ansiógenos, por un lado, y TOC-relevantes, por otro. Únicamente para la escala de Lavado esta diferencia fue significativa ($z = 2,71$; $p = ,007$). También se compararon los coeficientes de correlación obtenidos para el grupo TOC frente a los obtenidos para el grupo TP/A. La mayor correlación obtenida por el grupo TOC entre la ansiedad media y la puntuación total del OCI-R no resultó estadísticamente significativa. Para las escalas por separado, únicamente se hallaron diferencias significativas para la escala de Compulsiones ($z = -2,32$; $p = ,02$), siendo mayor en este caso la correlación obtenida en el grupo TP/A.

Las correlaciones obtenidas para el grupo TOC entre la ansiedad autoinformada y la puntuación en el Y-BOCS resultaron extremadamente bajas y no significativas, siendo de $r = ,03$ para la media entre los escenarios.

Tabla 49. Correlaciones entre la ansiedad autoinformada y las puntuaciones en el OCI-R.

		OCI-R						
		Tot.	Lav.	Comp.	Ord.	Obs.	Acu.	Neu.
Media	TOC	,51**	,12	,43*	,37	,45*	,35	,32
	TP/A	,25	,34	,91**	-,41	,05	,12	,01
	Total	,48**	,22	,56**	,17	,24	,33	,31
Neutros	TOC	,33	-,13	,15	,49*	,30	,29	,23
	TP/A	,35	,49	,85**	-,21	,01	,22	,31
	Total	,32	-,02	,29	,34*	,22	,28	,23
Ansiog.	TOC	,45*	,05	,47*	,30	,36	,33	,29
	TP/A	,14	,29	,88**	-,52	,00	,05	-,12
	Total	,41*	,15	,57***	,12	,26	,30	,27
TOC-R	TOC	,54**	,28	,44*	,29	,51**	,34	,32
	TP/A	,27	,30	,90**	-,38	,10	,13	,01
	Total	,52**	,36*	,59***	,13	,38*	,34	,33

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

$n = 25$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 34$ (muestra total).

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

4. SANEB-D

4.1. Diferencia de medias entre grupos

En el SANEB-D, el grupo TOC puntuó como media 23,19 ($ET = 2,30$) y el de pánico/agorafobia 17,43 ($ET = 2,85$). La diferencia no fue estadísticamente significativa, $t(38) = 1,53$; $p = ,13$.

4.2. Frecuencias en cada grupo

En la Tabla 50 y la Tabla 51 se muestra qué escenarios de toma de decisiones fueron los que provocaron en los participantes la experiencia *not just right* más intensa durante la tarea, según la información recogida en el pase del SANEB-D, siendo para ambos grupos el escenario de la intervención quirúrgica el escogido de forma mayoritaria.

Tabla 50. Número de participantes del grupo TOC y porcentaje de los mismos que seleccionaron cada escenario de toma de decisiones en el SANEB-D.

Escenario	Número	Porcentaje
Intervención quirúrgica	11	40,7%
Vacuna malaria	2	7,4%
Trabajo hospital	2	7,4%
Cuchillos	2	7,4%
Entrevista de trabajo	2	7,4%
Puerta blindada	1	3,7%
Ninguno	3	11,1%
No específica	4	14,8%

Tabla 51. Número de participantes del grupo TP/A y porcentaje de los mismos que seleccionaron cada escenario de toma de decisiones en el SANEB-D.

Escenario	Número	Porcentaje
Intervención quirúrgica	6	42,9%
Horno de gas	2	14,3%
Trabajo hospital	1	7,1%
Viaje	1	7,1%
Ninguno	3	21,4%
No específica	1	7,1%

Durante el pase del SANEB-D se recogieron los comentarios de aquellos participantes que explicaron de forma espontánea los motivos por los que escenarios concretos les habían provocado sensaciones *not just right*. Sólo uno de los participantes, del grupo TP/A mencionó la asociación entre el contenido de un escenario (viaje) con sus propios síntomas e incluso así seleccionó el escenario de la intervención quirúrgica como el que le había provocado una

sensación *not just right* más intensa. Ninguno de los participantes que mencionaron el escenario de los cuchillos en sus comentarios había informado de obsesiones agresivas durante la evaluación. Tres de los participantes que habían seleccionado la intervención quirúrgica dieron explicaciones divergentes: uno lo conectó con su experiencia personal (su padre iba a ser operado), otro mencionó las consecuencias potencialmente graves de la elección y otro la responsabilidad de tener que elegir. Estos dos últimos participantes eran del grupo TP/A. Por último, dos participantes mencionaron el propio contenido de los escenarios (el equilibrio entre las alternativas) como explicación, ambos haciendo referencia al horno de gas.

La Tabla 52 recoge las puntuaciones medias, globales y por grupo, en los ítems del SANEB-D. Las puntuaciones en frecuencia (después de la decisión), intensidad y molestia (en el momento de la decisión) pueden considerarse moderadas por estar entre 3 y 5. El resto de las puntuaciones fueron bajas (inferiores a 3). Sólo se encontraron diferencias significativas entre los grupos en responsabilidad, siendo mayor la puntuación para la muestra TOC, $t(37,47) = 3,08; p = ,004$.

Tabla 52. Puntuación media en los ítems del SANEB-D.

Pregunta SANEB-D	Puntuación media	
Frecuencia antes	<i>TOC</i>	2,70
	<i>TP/A</i>	2,50
	<i>Total</i>	2,63
Frecuencia después	<i>TOC</i>	3,30
	<i>TP/A</i>	2,71
	<i>Total</i>	3,10
Intensidad	<i>TOC</i>	4,37
	<i>TP/A</i>	3,71
	<i>Total</i>	4,15
Molestia (en el momento)	<i>TOC</i>	4,22
	<i>TP/A</i>	3,21
	<i>Total</i>	3,88
Molestia (después)	<i>TOC</i>	2,14
	<i>TP/A</i>	1,7
	<i>Total</i>	2,02
Dificultad control	<i>TOC</i>	1,85
	<i>TP/A</i>	1,21
	<i>Total</i>	1,63
Impulso	<i>TOC</i>	1,85
	<i>TP/A</i>	1,07
	<i>Total</i>	1,59
Responsabilidad	<i>TOC</i>	3,07
	<i>TP/A</i>	1,21
	<i>Total</i>	2,44

4.3. Correlaciones

En la Tabla 53 se recogen las correlaciones entre las puntuaciones en el SANEB-D y el NJREQ-R, OC-TCDQ e IS. Utilizando la muestra completa, todas las correlaciones resultaron significativas. La de magnitud más baja es la hallada para la escala de Evitación del Daño del OC-TCDQ y la más alta la de la IS. No se hallaron diferencias significativas entre las correlaciones para Evitación del Daño e Inacabado.

Tabla 53. Correlaciones entre el SANEB-D y las puntuaciones en duda e indecisión.

		NJR- Cant. ^a	NJR- Val. ^b	Inac . ^c	Ev. Dño. ^c	IS ^d
SANEB-D	TOC	,30	,26	,42	,28	,52**
	TP/A	,25	,75	,16	,59	,59
	Total	,41*	,40*	,48**	,38*	,59***

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

a n = 27 (TOC); n = 9 (TP/A); n = 36 (muestra total)

b n = 26 (TOC); n = 5 (TP/A); n = 31 (muestra total)

c n = 25 (TOC); n = 9 (TP/A); n = 34 (muestra total)

d n = 26 (TOC); n = 9 (TP/A); n = 35 (muestra total)

*p < ,05; **p < ,01; ***p < ,001

Se calcularon las correlaciones entre el SANEB-D, la MPS y el OBQ-44 por la relación teórica entre indecisión y perfeccionismo. Los resultados para la MPS se recogen en la Tabla 54. La correlación resultó significativa para la puntuación total de la escala (de la que se excluía la dimensión de organización), así como con las dimensiones Preocupación por los Errores y Dudas sobre Acciones. Para la escala de Organización, la correlación resultó significativa y positiva para el grupo TOC pero negativa para el grupo TP/A. Sin embargo, la diferencia entre ambas correlaciones no alcanzó la significatividad estadística.

Las correlaciones entre el SANEB-D y el OBQ-44 se recogen en la Tabla 55. Todas las correlaciones resultaron significativas tanto para la muestra TOC como para la total. Las diferencias entre las correlaciones de ambos grupos no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 54. Correlaciones entre el SANEB-D y perfeccionismo.

		Escala Multidimensional de Perfeccionismo						
		Total	Ex. Pers.	Pr. Err.	Dud. Acc.	Exp. Par.	Crít. Par.	Org.
SANEB-D	TOC	,39*	,37	,47*	,43*	-,15	,07	,40*
	TP/A	,26	,03	,26	,49	,20	-,15	-,26
	Total	,42*	,31	,48**	,52**	-,07	,08	,23

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

$n = 26$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 35$ (muestra total.)

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Tabla 55. Correlaciones entre el SANEB-D y las creencias obsesivas.

		OBQ-44		
		Resp./ Am.	Perf./ Cert.	Imp./ Cont.
SANEB-D	TOC	,45*	,57**	,48*
	TP/A	,38	,36	,26
	Total	,49**	,57**	,51**

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

$n = 20$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 29$ (muestra total)

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

En la Tabla 56 se recogen las correlaciones entre el SANEB-D y las diferentes medidas de psicopatología ansiosa y depresiva. A excepción del PSWQ, todas las correlaciones resultaron significativas para la muestra total y la obsesiva, y de una magnitud en torno a $r = ,50$.

Tabla 56. Correlaciones entre SANEB-D y psicopatología ansiosa y depresiva.

		STAI-E ^a	STAI-R ^b	PSWQ ^c	BDI-II ^c
SANEB-D	TOC	,46*	,53*	,24	,53**
	TP/A	,58*	,42	,08	,51
	Total	,52***	,53***	,28	,54**

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^a $n = 27$ (TOC); $n = 14$ (TP/A); $n = 14$ (muestra total)

^b $n = 22$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 31$ (muestra total)

^c $n = 25$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 34$ (muestra total)

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

En la Tabla 57 se reflejan las correlaciones entre el SANEB-D y el OCI-R. Estas resultaron significativas utilizando la muestra completa para la puntuación total y las escalas de Comprobación, Obsesiones, Acumulación y Neutralización. En la dimensión de Orden, para los dos grupos se hallaron correlaciones (no significativas) de magnitud idéntica pero signo inverso: positivo para el grupo TOC y negativo para el grupo TP/A.

Tabla 57. Correlaciones entre SANEB-D y psicopatología obsesiva.

		OCI-R						
		Tot.	Lav.	Comp.	Ord.	Obs.	Acu.	Neu.
SANEB-D	TOC	,57**	,20	,49*	,37	,54**	,32	,37
	TP/A	,46	,46	,54	-,37	,53	,56	-,10
	Total	,62***	,34	,56**	,20	,55**	,35*	,35*

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

$n = 25$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 34$ (muestra total).

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Las correlaciones calculadas entre el SANEB-D y las escalas de gravedad de TOC y Trastorno de Pánico / Agorafobia no resultaron significativas, siendo de $r = ,21$ para el Y-BOCS y de $r = ,31$ para el PDSS.

5. Latencia

5.1. ANOVA mixto

Se llevó a cabo un ANOVA mixto con el tipo de escenario como variable intrasujetos y el diagnóstico principal (TOC o Pánico/Agorafobia) como variable intrasujetos para analizar el efecto de ambas variables sobre la latencia, así como explorar la posible existencia de una interacción entre ambas variables. La latencia media para las diferentes condiciones se incluye en la Tabla 58. La representación de estos resultados mediante un gráfico de líneas se incluye en la Figura 7.

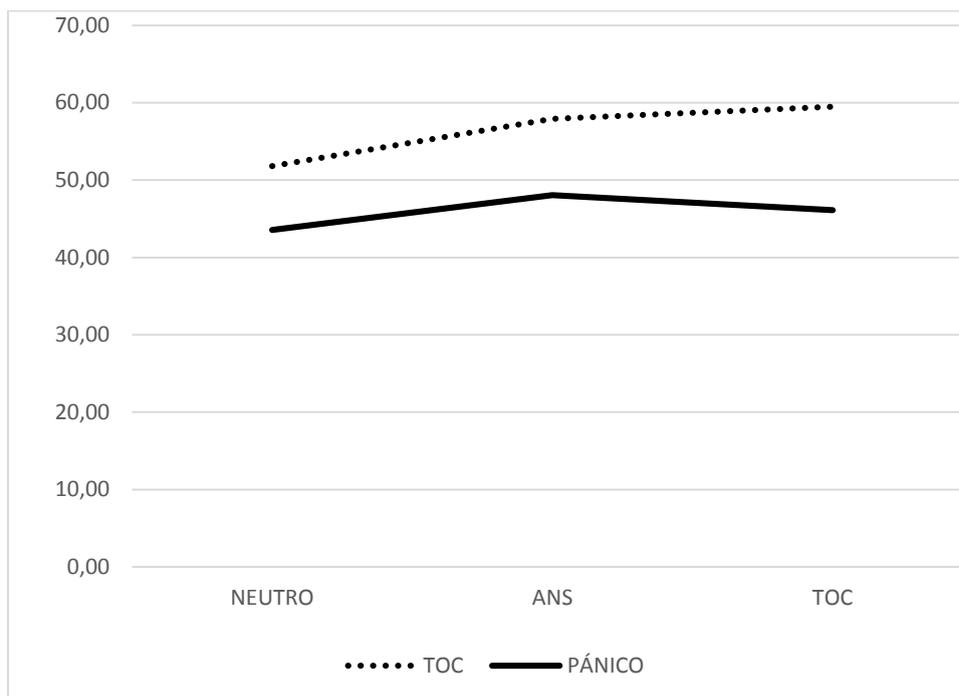
Tabla 58. Latencia media (en segundos) según el tipo de escenario y el grupo clínico.

		Tipo de escenario			
		Neutro	Ansióg.	TOC-R	Promedio
Grupo clínico	TOC	51,80	57,93	59,50	56,41
	TP/A	43,56	48,05	46,14	45,91
	Promedio	47,68	52,99	52,82	51,16

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

Grupo TOC: $n = 26$; Grupo TP/A: $n = 14$; Total: $n = 40$

Figura 7. Latencia media según tipo de escenario.



Supuestos

El supuesto de normalidad se cumplía para todas las celdas analizadas, con excepción de los escenarios neutros en el grupo TOC, probablemente debido a una marcada asimetría positiva. Se cumplían los supuestos de homogeneidad de las varianzas y de esfericidad, pero no el de la igualdad de matrices de covarianzas, según indicaba el resultado significativo en el test de Box.

Resultados

El efecto principal del tipo de escenario, $F(2) = 4,92$, resultó estadísticamente significativo ($p = ,01$). El efecto principal del grupo no alcanzó la significatividad, $F(1) = 3,60$; $p = ,067$. Tampoco lo hizo la interacción entre escenario y grupo, $F(2) = 1,18$; $p = ,31$.

En las comparaciones por parejas, utilizando la corrección de Bonferroni, sólo la diferencia entre los escenarios neutros y los TOC-relevantes resultó significativa ($p = ,022$); no lo fue la también aparentemente amplia diferencia entre los neutros y los ansiógenos ($p = ,059$).

Pese a que no se halló una interacción significativa entre grupo y escenario, se llevaron a cabo pruebas t para comprobar la hipótesis de que los pacientes TOC tardarían más en responder a los escenarios TOC-relevantes. Esta

diferencia resultó significativa, $t(38) = -2,33; p = ,025$. La mayor latencia de los participantes obsesivos en todos los escenarios hacía evidente que la hipótesis inversa no se cumplía.

5.2. *Correlaciones*

Con constructos relacionados con la duda obsesiva

Ninguna de las correlaciones entre las latencias medias para los diferentes tipos de escenario y las diferentes medidas relacionadas con la duda obsesiva (NJREQ, OC-TCDQ e IS) resultaron estadísticamente significativas, ni para las obtenidas para la muestra completa ni para las calculadas con las muestras por separado. En la muestra TOC la magnitud de todas las correlaciones era baja, inferior a $r = ,25$, tanto en positivo como en negativo. Para la muestra de pánico/agorafobia, se hallaban correlaciones negativas de magnitud moderada entre la latencia y la escala de indecisión, que llegaba a ser de $r = -,40$ para los escenarios TOC-relevantes. La ausencia de significación estadística se explica por un n de únicamente 9 sujetos.

Con perfeccionismo y creencias obsesivas

De las correlaciones calculadas para la muestra total entre latencia y las diferentes escalas de la MPS y el OBQ-44, ninguna resultó significativa, siendo la magnitud de las mismas pequeña.

El análisis para los grupos por separado sí proporcionaba algunos resultados significativos. Para el grupo TOC la correlación de la latencia media con la subescala de Exigencias Personales era significativa: $r = -,41; p = ,037$. Por su parte tanto la correlación con el total de la escala (sin incluir la subescala de Organización) era de $r = -,38$ ($p = ,057$) y con la subescala de Preocupación por los Errores de $r = -,39$ ($p = ,05$), ambas por tanto marginalmente significativas. En ambos casos, la correlación con la latencia para los escenarios ansiógenos era superior o igual a ,40 y resultaban estadísticamente significativas (todas $p < ,05$). Para el resto de las dimensiones del perfeccionismo las correlaciones fueron bajas y no significativas. En el caso de los pacientes con pánico/agorafobia, si bien ninguna correlación resultaba significativa, es digno de mención que la que se obtenía entre la latencia media y la subescala de Dudas sobre Acciones era de $r = -,53$, lo que contrasta con las correlaciones en torno a 0 que se obtuvo para esta dimensión en los pacientes obsesivos.

En el caso de las dimensiones de creencias medidas por el OBQ-44, es también digno de mención que las obtenidas para la muestra de

pánico/agorafobia eran negativas y de magnitud también moderada, entre $-.34$ para Importancia/Control y $-.39$ para Responsabilidad/Sobreestimación de la Amenaza.

Con psicopatología

Las correlaciones obtenidas entre la latencia y las medidas de síntomas ansiosos y depresivos resultaron en todos los casos no significativas. Para la muestra TOC todas las correlaciones eran en todo caso inferiores a $r = .25$. En el caso de la muestra de pánico/agorafobia, la que se hallaba entre la latencia media y el PSWQ era moderada si bien quedaba lejos de la significación estadística ($r = .37$; $p = .33$).

Ninguna de las correlaciones realizadas entre la latencia y el OCI-R resultó estadísticamente significativa. En el caso de la muestra TOC, y refiriéndonos a las latencias medias, la magnitud de las correlaciones oscilaba entre $r = .08$ (para la escala de Orden) y $r = -.36$ (para la escala de Lavado). En el caso de la muestra de pánico/agorafobia se hallaron correlaciones moderadas, de magnitud similar pero direcciones opuestas, entre la latencia media y Orden ($r = .60$; $p = .087$) y latencia y Acumulación ($r = -.58$; $p = .105$). También la correlación con la escala de Lavado era moderada ($r = -.33$; $p = .39$), siendo el resto de magnitudes inferiores a $.25$.

Las correlaciones de la latencia media con las respectivas escalas de gravedad de sintomatología tampoco alcanzaron la significatividad estadística. La obtenida con el Y-BOCS en los pacientes obsesivos era de $r = -.31$ ($p = .116$). En los pacientes con pánico/agorafobia la latencia correlacionaba $r = .29$ ($p = .31$) con el PDSS.

6. CONFIANZA

6.1. ANOVA mixto

Se llevó a cabo un ANOVA mixto con el tipo de escenario como variable intrasujetos y el diagnóstico principal (TOC o pánico/agorafobia) como variable intrasujetos para analizar el efecto de ambas variables sobre la confianza en la toma de decisiones, así como explorar la posible existencia de una interacción entre ambas variables. La puntuación media de confianza para las diferentes condiciones se incluye en la Tabla 59 y se representa mediante un gráfico de líneas en la Figura 8.

Tabla 59. Confianza media según el tipo de escenario y el grupo clínico.

		Tipo de escenario			
		Neutro	Ansiógeno	TOC-R	Promedio
Grupo clínico	TOC	65,42	57,40	61,32	61,38
	TP/A	65,54	62,82	73,67	67,34
	Promedio	65,48	60,11	67,50	64,36

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

Grupo TOC: $n = 26$; Grupo TP/A: $n = 14$; Total: $n = 40$

Supuestos

El supuesto de normalidad se cumplió para todas las celdas analizadas. El supuesto de la homogeneidad de las varianzas no se cumplía para los estímulos neutros, según el resultado significativo en el test de Levene. Los supuestos de igualdad de las matrices de covarianzas y de esfericidad se cumplían para estos datos.

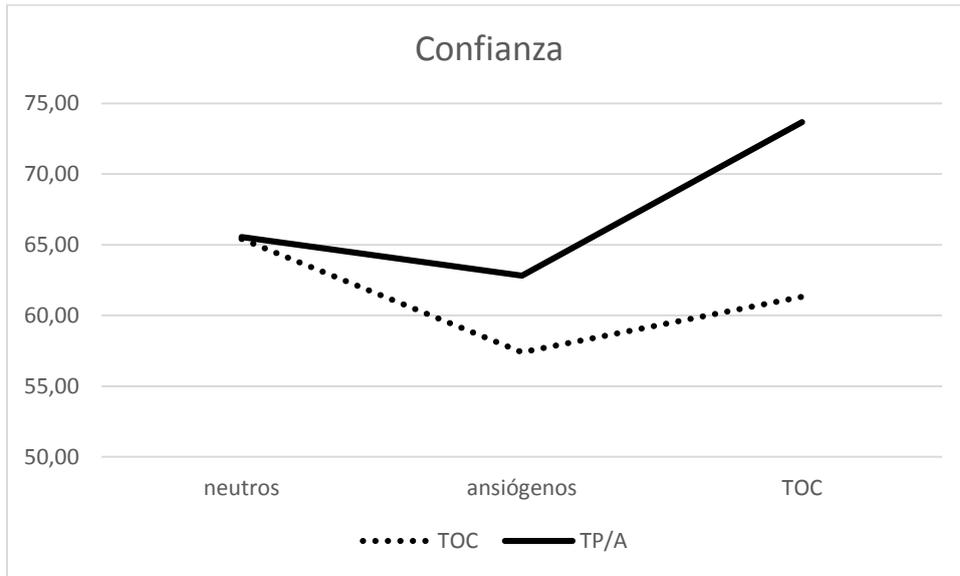
Resultados

El efecto principal del tipo de escenario, $F(2) = 4,86$, resultó estadísticamente significativo ($p = ,01$). No alcanzó la significatividad el efecto principal del grupo, $F(1) = 1,23$; $p = ,27$. La interacción sí alcanzó la significatividad, $F(2) = 3,15$; $p = ,049$.

El resultado de las pruebas de contraste intra-sujetos indicó la diferencia en confianza entre los escenarios ansiógenos y neutros, siendo mayor en estos últimos era estadísticamente significativa ($p = 0,36$). También lo era la diferencia entre los escenarios TOC-relevantes y los ansiógenos (siendo mayor para los TOC-relevantes), $p = ,032$. No lo era la diferencia entre los escenarios neutros y TOC-relevantes, si bien este resultado debe ser interpretado en función de la interacción.

La figura 8 muestra de forma gráfica la interacción entre el grupo clínico y el tipo de escenario. Los resultados de las pruebas de contraste intra-sujetos indicaron que el aumento de la confianza que se producía entre los escenarios ansiógenos y los TOC-relevantes era mayor para los participantes diagnosticados con pánico/agorafobia, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = ,028$).

Figura 8. Confianza media según tipo de escenario y grupo de participantes.



6.2. Correlaciones

Con medidas de duda obsesiva

En la Tabla 60 se muestran las correlaciones obtenidas entre la confianza media total y por tipo de escenarios y las puntuaciones en el NJREQ-R, OC-TCDQ e IS. Únicamente la IS correlacionó de forma significativa con la confianza media de la muestra total, siendo esta correlación negativa y de magnitud media. Para la muestra TOC se hallaron correlaciones significativas con la escala de Valoración del NJREQ-R y con Evitación del Daño para los estímulos ansiógenos, también negativas y moderadas.

Tabla 60. Correlaciones entre la confianza y las medidas de duda e indecisión.

		NJR- Cant. ^a	NJR- Val. ^b	Inac. ^c	Ev. Dño. ^c	IS ^d
Media	TOC	,02	-,41*	-,01	-,32	-,44*
	TP/A	-,41	,14	,00	,12	-,54
	Total	-,24	-,27	-,15	-,21	-,49**
Neutros	TOC	-,19	-,43	-,06	-,31	-,30
	TP/A	-,25	,31	,20	,28	-,41
	Total	-,23	-,20	-,05	-,12	-,33
Ansióg.	TOC	-,04	-,36	-,16	-,51**	-,50**
	TP/A	-,37	,23	,09	,28	-,41
	Total	-,23	-,28	-,22	-,34*	-,52**
TOC-R	TOC	,19	-,32	,19	-,03	-,31
	TP/A	-,58	-,19	-,30	-,22	-,70*
	Total	-,22	-,31	-,16	-,13	-,47**

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^a $n = 27$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 36$ (muestra total)

^b $n = 26$ (TOC); $n = 5$ (TP/A); $n = 31$ (muestra total)

^c $n = 25$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 34$ (muestra total)

^d $n = 26$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 35$ (muestra total)

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Con perfeccionismo y creencias obsesivas

En las correlaciones que se calcularon entre la confianza media y la puntuación en la Escala Multidimensional de Perfeccionismo, la única correlación que resultó significativa fue con la escala Dudas sobre Acciones ($r = -,48$; $p = ,004$). Para el total de la escala y el resto de subescalas las correlaciones eran de magnitud baja (entre $-,15$ y $,26$). La diferencia entre la correlación para la subescala Dudas sobre Acciones y la otra subescala que mide una dimensión claramente patológica del perfeccionismo (Preocupación por los Errores; $r = ,00$) era significativa ($z = -3,04$; $p = ,002$).

Ninguna de las correlaciones entre la confianza media en la tarea y las tres subescalas de creencias del OBQ-44 resultó significativa. Las magnitudes de estas correlaciones eran bajas, en un rango de entre $,08$ y $-,32$.

Con psicopatología

En la Tabla 61 se muestran las correlaciones entre la confianza y las puntuaciones en STAI, PSWQ y BDI-II. Puede observarse que la única correlación significativa que se halló para la confianza media de todos los escenarios y para la muestra total, fue con el STAI-E. Asimismo, se encontraron diferencias notables entre los grupos en las correlaciones con el PSWQ. Estas eran negativas para los participantes obsesivos, llegando a la significatividad en los escenarios ansiógenos, pero eran positivas y de magnitud moderada para el grupo de pacientes con pánico/agorafobia.

Tabla 61. Correlaciones entre confianza y psicopatología ansiosa y depresiva.

		STAI-E ^a	STAI-R ^b	PSWQ ^c	BDI-II ^c
Media	TOC	-,37	-,16	-,35	-,17
	TP/A	-,59*	,09	,58	-,26
	Total	-,45**	-,12	-,08	-,23
Neutros	TOC	-,27	-,13	-,25	-,04
	TP/A	-,34	,19	,63	-,07
	Total	-,26	-,03	,06	-,06
Ansióg.	TOC	-,44*	-,25	-,42*	-,35
	TP/A	-,54*	,27	,64	-,16
	Total	-,48**	-,15	-,18	-,33
TOC-R	TOC	-,26	-,01	-,24	-,01
	TP/A	-,76**	-,18	,37	-,53
	Total	-,46**	-,14	-,13	-,21

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^a $n = 27$ (TOC); $n = 14$ (TP/A); $n = 41$ (muestra total)

^b $n = 22$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 31$ (muestra total)

^c $n = 25$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 34$ (muestra total)

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

En la Tabla 62 se muestran las correlaciones entre confianza y el OCI-R. La confianza media sólo correlacionó de forma significativa con la escala de Comprobación; esta correlación era atribuible a los pacientes del grupo TOC, especialmente en los escenarios neutros y ansiógenos. Por el contrario, en la escala de Lavado y Acumulación eran los pacientes con pánico/agorafobia los que tenían correlaciones, también negativas, entre moderadas y altas con la ansiedad, especialmente para los escenarios TOC-relevantes.

Tabla 62. Correlaciones entre confianza y psicopatología obsesiva.

		OCI-R						
		Tot.	Lav.	Comp.	Ord.	Obs.	Acu.	Neu.
Media	TOC	-,13	-,18	-,39	,02	-,04	-,01	,10
	TP/A	-,09	-,55	-,07	,36	,10	-,53	-,15
	Total	-,19	-,28	-,35*	,06	-,02	-,16	-,03
Neutros	TOC	-,22	-,15	-,49*	-,16	,18	-,15	,07
	TP/A	,09	-,36	,07	,39	,23	-,39	,05
	Total	-,15	-,18	-,32	,07	,08	-,12	,07
Ansióg.	TOC	-,28	-,11	-,49	-,06	-,31	-,10	-,03
	TP/A	-,02	-,50	,01	,25	,25	-,42	-,26
	Total	-,29	-,22	-,43*	,01	-,17	-,15	-,08
TOC-R	TOC	,08	-,25	-,14	,20	,17	,15	,21
	TP/A	-,35	-,70*	-,32	-,36	-,17	-,67*	-,30
	Total	-,14	-,38*	-,27	-,07	,01	-,17	-,05

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

TOC: $n = 25$; TP/A: $n = 9$; Total = 34

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

No se hallaron correlaciones significativas entre confianza y la puntuación en el Y-BOCS en la muestra TOC. La magnitud de estas correlaciones oscilaba entre $r = -,05$ para los escenarios ansiógenos y $r = ,11$ para los TOC-relevantes. Tampoco se encontraron correlaciones significativas con el PDSS en el grupo TP/A; estas correlaciones oscilaron entre $r = -,24$ para los escenarios TOC-relevantes y $r = ,04$ para los neutros.

7. DUDA E INDECISIÓN

En este apartado se analizará la asociación entre las medidas psicométricas de duda obsesiva e indecisión entre sí y con los demás constructos analizados en este estudio.

La Tabla 63 muestra las correlaciones que las diferentes medidas de duda obsesiva e indecisión tuvieron entre sí para las dos muestras clínicas y su combinación. Se observa que la IS correlaciona de forma significativa, positiva y con magnitud media con las dos escalas del NJREQ-R. En el caso de la cantidad de *NJREs*, con una mayor magnitud para los participantes del grupo TP/A que para los del grupo TOC, siendo la diferencia significativa ($z = -2,11$; $p = ,035$). Asimismo, la IS correlacionó significativamente con las dos escalas del OC-TCDQ.

Tabla 63. Correlaciones entre las medidas de duda e indecisión.

		NJR- Cant.	NJR- Val.	Inac.	Ev. Dño.
IS	<i>TOC</i>	,16 ^a	,44 ^{*b}	,58 ^{**c}	,53 ^{**c}
	<i>TP/A</i>	,81 ^{**d}	,85 ^e	,56 ^d	,46 ^d
	<i>Total</i>	,45 ^{**f}	,48 ^{**g}	,65 ^{***h}	,54 ^{**h}
NJR- Cant.	<i>TOC</i>	-	,54 ^{**a}	,56 ^{**b}	,35 ^b
	<i>TP/A</i>		,75 ^e	,73 ^{*d}	,31 ^d
	<i>Total</i>		,60 ^{***i}	,73 ^{***j}	,36 ^j
NJR- Val.	<i>TOC</i>		-	,40 ^c	,47 ^{*c}
	<i>TP/A</i>			,70 ^e	,95 ^{*e}
	<i>Total</i>			,54 ^{**k}	,55 ^{**k}
Inac.	<i>TOC</i>			-	,52 ^{**b}
	<i>TP/A</i>				,73 ^{*d}
	<i>Total</i>				,54 ^{**j}

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^a $n = 26$; ^b $n = 25$; ^c $n = 24$; ^d $n = 9$; ^e $n = 5$; ^f $n = 35$; ^g $n = 30$; ^h $n = 33$; ⁱ $n = 31$; ^j $n = 34$; ^k $n = 29$

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

En la Tabla 64 se incluyen las correlaciones entre las medidas de duda obsesiva e indecisión con la MPS y sus diferentes subescalas. Para la IS se hallaron correlaciones significativas de magnitud media con la puntuación total en perfeccionismo y con sus subescalas de Preocupación por los Errores y Dudas sobre Acciones. Para las dos puntuaciones extraídas del NJREQ-R, los resultados fueron muy similares. En el caso de la escala de Inacabado del OC-TCDQ, observamos el mismo perfil de resultados para la muestra total, con una correlación media para la puntuación total y Preocupación por los Errores, y alta para Dudas sobre Acciones. Sin embargo, se detectan diferencias entre grupos de participantes ya que las correlaciones son por lo general más altas para el grupo TP/A que para los participantes TOC, con la excepción de la escala Dudas sobre Acciones. Esta diferencia es significativa para la escala Preocupación por los Errores ($r = -1,76$; $p = 0,039$). Para la escala Evitación del Daño se encuentran correlaciones significativas para las dimensiones del MPS ya mencionadas y no para la puntuación total. Aunque este patrón de resultados es muy similar que el obtenido para Inacabado, la escala Dudas sobre Acciones correlaciona significativamente más con Inacabado que con Evitación del Daño ($r = 2,32$; $p = 0,01$).

Tabla 64. Correlaciones entre las escalas de duda e indecisión y perfeccionismo.

		IS ^a	NJR-Cant. ^b	NJR-Val. ^c	Inac. ^d	Ev. Dño. ^d
MPS-Tot.	TOC	,57**	,27	,43*	,34	,19
	TP/A	,31	,42	,37	,70*	,64
	Total	,56**	,38*	,43*	,37**	,30
MPS-Ex. Pers.	TOC	,38	,29	,35	,24	,13
	TP/A	,09	,45	,22	,68*	,38
	Total	,32	,27	,30	,25	,17
MPS-Pr. Err.	TOC	,57**	,27	,38	,25	,26
	TP/A	,39	,48	,59	,79*	,75*
	Total	,58***	,39*	,41*	,42*	,37*
MPS-Dud. Acc.	TOC	,67***	,42*	,61**	,71***	,51*
	TP/A	,66	,78*	,40	,69*	,50
	Total	,71***	,64***	,61***	,78***	,51**
MPS-Exp. Par.	TOC	,14	-,16	,12	-,08	-,28
	TP/A	-,04	-,16	-,27	,22	,47
	Total	,10	-,12	,10	-,01	-,10
MPS-Crít. Par.	TOC	,29	,09	,06	,29	-,09
	TP/A	-,08	-,13	-,83	,17	,24
	Total	,26	,12	,02	,30	,00
MPS-Org.	TOC	,06	,42*	,36	,29	,12
	TP/A	-,45	-,08	-,20	,00	-,21
	Total	-,07	,19	,28	,15	,04

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^a $n = 25$ (TOC); $n = 8$ (TP/A); $n = 34$ (muestra total)

^b $n = 26$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 35$ (muestra total)

^c $n = 25$ (TOC); $n = 5$ (TP/A); $n = 30$ (muestra total)

^d $n = 24$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 33$ (muestra total)

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

En la Tabla 65 se muestran las correlaciones con las tres dimensiones de creencias del OBQ-44. La IS correlacionó de forma significativa con los tres dominios de creencias medidos por el OBQ-44, siendo la mayor asociación la obtenida para Importancia/Control. Las dos puntuaciones extraídas del NJREQ-R correlacionan de forma significativa y con magnitudes entre ,41 y ,51 para las tres creencias a excepción de la escala de Valoración con Perfeccionismo/Certidumbre. Para la escala de Inacabado del OC-TCDQ, son los pacientes del grupo TP/A los que obtienen correlaciones significativas muy elevadas con los tres dominios de creencias. La escala Evitación del Daño, que correlaciona de forma extremadamente elevada con Responsabilidad/Amenaza y algo más baja para los otros dos dominios de creencias. Para esta escala no se encuentran las diferencias descritas para Inacabado entre grupos de pacientes debido a que las correlaciones para el grupo TOC son significativamente más altas para Evitación del Daño que para Inacabado, tanto para

Responsabilidad/Amenaza ($r = 5,47$; $p < ,00$) como para Perfeccionismo/Certidumbre ($r = -2,04$; $p = ,041$).

Tabla 65. Correlaciones entre las medidas de duda e indecisión y las creencias obsesivas.

		IS ^a	NJR-Cant. ^a	NJR-Val. ^b	Inac. ^a	Ev. Dño. ^a
OBQ-Resp./Am.	TOC	,43	,29	,38	,25	,92***
	TP/A	,39	,36	,51	,78*	,84**
	Total	,49**	,41*	,45*	,48**	,90***
OBQ-Perf./Cert.	TOC	,37	,37	,25	,26	,65**
	TP/A	,55	,58	,45	,85**	,74
	Total	,47**	,49**	,32	,48**	,68***
OBQ-Imp./Cont.	TOC	,69**	,33	,36	,36	,46*
	TP/A	,50	,65	,45	,81**	,65
	Total	,70***	,51**	,45*	,55**	,51**

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^a $n = 20$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 29$ (muestra total)

^b $n = 19$ (TOC); $n = 5$ (TP/A); $n = 24$ (muestra total)

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

En la Tabla 66 se incluyen las correlaciones con las medidas de psicopatología ansiosa y depresiva. La ansiedad rasgo, medida a través del STAI-R, correlaciona significativamente alrededor de ,60 con todas las medidas a excepción de la escala de cantidad del NJREQ-R, para la que la correlación es menor. La tendencia a la preocupación, medida por el PSWQ muestra un patrón de correlaciones similar, de magnitudes por lo general más bajas, a excepción de las halladas para la escala de valoración del NJREQ-R. Por último, los síntomas depresivos (BDI-II) mantienen correlaciones positivas y altas con la IS y las dos escalas del OC-TCDQ, pero sólo de forma moderada para el NJREQ-R.

Tabla 66. Correlaciones entre las medidas de duda e indecisión y la psicopatología ansiosa y depresiva.

		IS	NJR-Cant.	NJR-Val.	Inac.	Ev. Dño.
STAI-R	TOC	,68** ^a	,28 ^a	,48** ^b	,57** ^a	,46** ^a
	TP/A	,46 ^c	,38 ^c	,83 ^d	,68* ^c	,77* ^c
	Total	,63*** ^e	,36* ^e	,54** ^f	,57** ^e	,64*** ^e
PSWQ	TOC	,58** ^g	,14 ^g	,57** ^h	,35 ⁱ	,34 ⁱ
	TP/A	-,24 ^c	-,23 ^c	,80 ^d	,41 ^c	,64 ^c
	Total	,44** ^j	,18 ^j	,67*** ^k	,49** ^l	,46** ^l
BDI-II	TOC	,72*** ^g	,26 ^g	,35 ^h	,58** ⁱ	,60** ⁱ
	TP/A	,60 ^c	,71* ^c	,80 ^d	,80** ^c	,68* ^c
	Total	,69*** ^j	,42* ^j	,42* ^k	,58*** ^l	,63*** ^l

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^a $n = 22$; ^b $n = 21$; ^c $n = 9$; ^d $n = 5$; ^e $n = 31$; ^f $n = 26$; ^g $n = 25$; ^h $n = 24$; ⁱ $n = 23$; ^j $n = 34$; ^k $n = 29$; ^l $n = 32$;

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Las correlaciones entre los cuestionarios bajo estudio y el OCI-R se incluyen en la Tabla 67. Puede observarse que la puntuación total en el OCI-R mantiene correlaciones positivas y altas con todos los cuestionarios. La IS correlaciona significativamente, además, con la escala de Comprobación (especialmente para el grupo TP/A), con Acumulación y con Neutralización (sólo para el grupo TOC). El NJREQ-R correlaciona significativamente con Comprobación, Orden y Acumulación. Las dos escalas del OC-TCDQ tienen perfiles muy similares, con correlaciones significativas para Comprobación, Obsesiones, Acumulación y Neutralización. Con la escala de Orden, Inacabado mantiene una correlación significativa pero no Evitación del Daño.

Ninguna de las escalas correlacionó de forma significativa con el Y-BOCS (completada por los participantes del grupo TOC) hallándose correlaciones entre $-.24$ y $.19$. Tampoco se hallaron correlaciones significativas con la escala de gravedad del pánico (PDSS), completada por los participantes del grupo TP/A, aunque se obtuvieron algunos coeficientes elevados. Las correlaciones más bajas halladas para el PDSS fueron las que mantenía con Evitación del Daño y la IS, siendo en ambos casos $r = .32$. Para la escala de Cantidad del NJREQ-R fue de $r = .64$ y de $r = .84$ para la escala de Valoración. Con la escala de Inacabado se obtuvo una correlación de $r = .61$.

Tabla 67. Correlaciones entre las medidas de duda e indecisión y la psicopatología obsesiva.

		IS ^a	NJR-Cant. ^a	NJR-Val. ^b	Inac. ^c	Ev. Dño. ^c
OCI-Tot.	TOC	,61**	,60**	,61**	,71***	,65**
	TP/A	,39	,60	,83	,69*	,62
	Total	,64***	,67***	,68***	,76***	,64***
Lav.	TOC	,08	-,27	,28	-,34	,17
	TP/A	,61	,84**	,55	,61	,35
	Total	,26	,18	,38*	,13	,24
Comp.	TOC	,43*	,60**	,68***	,52*	,57**
	TP/A	,80**	,62	,91*	,59	,63
	Total	,56**	,66***	,73***	,63***	,59***
Ord.	TOC	,33	,80***	,52**	,66**	,28
	TP/A	-,48	,00	,64	,12	-,15
	Total	,21	,53**	,52**	,49**	,20
Obs.	TOC	,50*	,34	,26	,49*	,59**
	TP/A	,15	,22	,84	,60	,81**
	Total	,43*	,32	,41*	,49**	,66***
Acu.	TOC	,54**	,57**	,41*	,77***	,50*
	TP/A	,53	,61	,54	,41	,36
	Total	,58***	,60***	,45*	,69***	,48**
Neu.	TOC	,58**	,37	,28	,78***	,53**
	TP/A	,13	,57	,33	,40	,03
	Total	,58***	,47**	,34	,73**	,47**

Nota. El significado de las siglas y abreviaturas se explica en la página 9.

^a $n = 25$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 34$ (muestra total)

^b $n = 24$ (TOC); $n = 5$ (TP/A); $n = 29$ (muestra total)

^c $n = 23$ (TOC); $n = 9$ (TP/A); $n = 32$ (muestra total)

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Correlaciones parciales (participantes TOC).

Se llevaron a cabo correlaciones parciales entre la IS y el OCI-R, controlando el efecto de diversas variables, potencialmente implicadas en la asociación entre síntomas obsesivo-compulsivos e indecisión: la depresión (medida a través del BDI-II); la ansiedad (STAI-R), la evitación del daño (mediante la escala del OC-TCDQ), las experiencias *not just right* y el inacabado (a través de las puntuaciones en el NJREQ-R y la escala Inacabado del OC-TCDQ), el perfeccionismo (medido a través de la puntuación total en la MPS, excluyendo la escala de Organización) y la gravedad del TOC (Y-BOCS). Este cálculo se llevó a cabo únicamente para los participantes con diagnóstico de TOC. Los resultados, organizados según la variable que es controló fueron los siguientes:

- BDI-II: desaparecen todas las correlaciones significativas, con un rango para las r de entre $-,10$ (para Obsesiones) y $,27$ (para Comprobación).
- STAI-R: todas las correlaciones dejaron de ser significativas, quedándose con un rango de entre $-,05$ para Lavado y $,35$ para Neutralización.
- Evitación del Daño: desaparecen todas las correlaciones significativas. El rango es de entre $-,01$ para Lavado y $,41$ para la puntuación total, que queda cerca de la significación estadística ($p = ,055$).
- Escala de Cantidad del NJREQ-R: la magnitud de las correlaciones aumenta, siendo significativas para las siguientes escalas: Compulsiones ($r = ,42$); Obsesiones ($r = ,48$); Acumulación ($r = ,56$) y Neutralización ($r = ,56$). Para el total del OCI-R la correlación fue de $r = ,65$ ($p = ,001$).
- Escala de Valoración del NJREQ-R: resultaron significativas las correlaciones de la IS con Obsesiones ($r = ,44$); Acumulación ($r = ,44$) y Neutralización ($r = ,53$), así como para la puntuación total ($r = ,49$; $p = ,019$).
- Escala de Inacabado del OC-TCDQ: desaparecen todas las correlaciones significativas, quedando en un rango de entre $-,09$ (para Lavado) y $,35$ (para la puntuación total).
- MPS (puntuación total excluyendo la subescala Organización): se mantienen como significativas las correlaciones entre la IS y Acumulación ($r = ,46$), Obsesiones ($r = ,46$) y Neutralización ($r = ,49$), así como para la puntuación total en el OCI-R ($r = ,53$; $p = ,010$).
- Y-BOCS: los resultados no variaban significativamente manteniendo las correlaciones significativas con todas las variables a excepción de Lavado y Orden.

DISCUSIÓN

1. Toma de decisiones con escenarios neutros, amenazantes y TOC-relevantes

La principal novedad de este estudio frente a los anteriormente descritos es el uso de dos muestras clínicas, una de ellas compuesta por pacientes diagnosticados de Trastorno Obsesivo Compulsivo y la otra formada por pacientes diagnosticados de Trastorno de Pánico, con o sin Agorafobia, o de Agorafobia sin historia de Trastorno de Pánico. Esta última muestra estaba compuesta de únicamente 14 participantes, por lo que la mayoría de análisis estadísticos que implican comparaciones entre las dos muestras, o utilizan únicamente esta última, carecen de la potencia estadística deseable. Aun así, se han incluido los datos de la muestra de pánico/agorafobia porque son lo suficientemente relevantes y numerosos como para poder detectar algunos patrones de interés en los mismos. Los dos grupos clínicos se diferencian entre sí en las medidas de psicopatología de acuerdo con las expectativas, teniendo el grupo TOC una mayor puntuación en el OCI-R pero no en el STAI-R ni el BDI-II.

La tarea empleada en este estudio también se diferenciaba en algunos aspectos relevantes de la segunda tarea utilizada en el estudio 2. Las descripciones de todos los escenarios se revisaron con el objetivo de equilibrar el número de palabras entre ellos. Además, se realizaron cambios sustanciales en el contenido de los escenarios amenazantes, que pasan a denominarse “ansiógenos”, para hacerlos relevantes para algunas de las preocupaciones más habituales en los principales trastornos de ansiedad, tal y como se ha descrito en el apartado de procedimiento.

1.1. Correlación entre las variables dependientes de la tarea

El patrón de correlaciones obtenido entre las variables evaluadas en esta tarea es diferente del hallado en el estudio anterior. La latencia no se asoció significativamente con ninguna de las otras y, de hecho, la correlación obtenida con el SANE-B-D era de signo negativo, a diferencia de la encontrada para los participantes no clínicos, que era positiva y significativa (aunque pequeña). La confianza correlacionaba negativamente con la ansiedad, como ocurría con los estudiantes pero con una magnitud mayor. Además, correlacionaba negativa y significativamente con el SANE-B-D, aunque no cuando se analizaba la muestra

TOC de forma aislada. La ansiedad autoinformada mantenía una correlación elevada (superior a $r = ,60$) con el SANEB-D.

De este modo, observamos que las variables se asocian en dos bloques. Por un lado, la latencia y, por el otro, el resto que están relacionadas entre sí.

1.2. Ansiedad autoinformada

Las diferencias entre los grupos y los tipos de escenario en ansiedad autoinformada nos indican que la manipulación ha tenido, al menos en parte, el efecto deseado: los contenidos ansiógenos y TOC-relevantes han sido percibidos como más amenazantes por los participantes que los neutros. Ambos grupos percibían como más amenazantes los contenidos ansiógenos que los TOC-relevantes. De este modo, la introducción en los escenarios ansiógenos de miedos específicos relevantes para los trastornos de ansiedad no ha hecho que el nivel de amenaza media sea comparable al TOC-relevante. Esto no es un problema para la validez de la tarea, pero la interpretación del efecto de la manipulación deberá tener en cuenta este hecho. No se detectó un efecto de interacción entre el tipo de escenario y el grupo clínico, un efecto que posiblemente se ha visto dificultado por el hecho de que los escenarios ansiógenos no han conectado de forma suficientemente específica con los miedos de los participantes diagnosticados de pánico/agorafobia, ni los TOC-relevantes con los del grupo TOC (como podía anticiparse por los resultados del estudio anterior). Sin embargo, la diferencia en el nivel de ansiedad informado por ambos grupos sí parece ser mayor (a favor del grupo TOC) en los escenarios TOC-relevantes, según los datos de la Tabla 46.

La interpretación de esta variable también debe matizarse considerando el patrón de correlaciones que presentó con los cuestionarios utilizados. Las correlaciones entre la ansiedad autoinformada y Evitación del Daño no fueron sustancial ni significativamente mayores que las obtenidas con Inacabado, como sería esperable si las diferencias individuales en ansiedad autoinformada se debieran a la sensibilidad a la amenaza. Además, las mayores correlaciones con todas las medidas de duda obsesiva fueron las obtenidas con la IS. Este resultado hace sospechar que las diferencias individuales en esta variable se asociaban a la dificultad para tomar decisiones en sí misma, independientemente del contenido de las decisiones. Un dato adicional a favor de esta interpretación es que las mayores correlaciones con las medidas de psicopatología se obtenían para el BDI-II y las menores con el PSWQ. Es decir, la ansiedad autoinformada estaba más relacionada con el malestar emocional general que con el *worry*.

La ansiedad autoinformada mantenía una correlación positiva de tamaño medio con el OCI-R, y la magnitud de la misma era más alta para los escenarios TOC-relevantes. Se podría interpretar, por tanto, que es el contenido de los escenarios el que determina de forma principal la vivencia de ansiedad ante la toma de decisiones. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las correlaciones para los escenarios neutros, a pesar de no ser significativas, eran de un tamaño nada despreciable ($r = ,32$ para el total de la muestra). Además, la asociación entre ansiedad y OCI-R se podría explicar en gran medida por la varianza que esta medida tiene con otras variables como la psicopatología general o la indecisión. Por último, que la correlación más elevada se produzca para los escenarios TOC-relevantes también podría explicarse por la mayor variabilidad en las puntuaciones encontradas para estos, que aumenta las correlaciones para cualquier par de variables. En definitiva, no puede concluirse de forma definitiva que sea el contenido de los escenarios la principal causa de la ansiedad ante la toma de decisiones.

1.3. SANEB-D

Si bien las diferencias entre grupos son difíciles de interpretar por los problemas metodológicos ya comentados, se detecta una tendencia no significativa a una mayor puntuación del grupo TOC en esta variable. De acuerdo con lo expuesto en la tabla 52, las diferencias son muy pequeñas en lo que se refiere a la frecuencia de aparición de la sensación *not just right* antes de la decisión, pero persiste más y es más molesta para los obsesivos. La diferencia más grande (claramente significativa) aparece en responsabilidad, ya que prácticamente ningún participante del grupo pánico/agorafobia dijo que se sintiera responsable en algún grado de la sensación, del mismo modo que no percibían falta de control de la misma o impulso por hacer algo con ella. En definitiva, existen diferencias claras en las valoraciones y en la persistencia de la experiencia, aspectos ambos claramente ligados a la sintomatología obsesivo-compulsiva.

En el grupo TOC se hallaba asimismo una mayor cantidad de situaciones que les producían sensaciones de que “algo no está bien” asociadas a la toma de decisiones, muchas de ellas ligadas a las enfermedades. Las respuestas de los participantes recogidas por el autor del trabajo sugerían claramente que las respuestas a este instrumento se elegían pensando en la dificultad para tomar una decisión o la insatisfacción con la misma, y no tanto en la fenomenología de esa insatisfacción, que se suponía ligada a sensaciones *not just right*. Esto podría explicar que la correlación más grande obtenida para este cuestionario

fuera con la IS, y que fuera tan baja con ambas escalas del NJREQ-R, especialmente para el grupo TOC. Así, el reconocimiento de estas experiencias en este contexto no se asociaría con tanta fuerza como se esperaba con la tendencia a padecer este tipo de sensaciones en general. Lo que indica que, o bien las experiencias *not just right* para las decisiones son una clase diferente a las medidas por el NJREQ-R, o bien que los participante no contestaron al SANEB-D centrándose en sus experiencias subjetivas. En cualquier caso, la baja correlación (de tan solo $r = ,26$ para el grupo TOC) obtenida para la escala de Valoración resultaba sorprendente teniendo en cuenta la similitud de contenido entre ambas.

En las correlaciones con el MPS, las más altas fueron las obtenidas para las escalas más patológicas. En cuanto a las medidas de psicopatología, las correlaciones mayores (en torno a $r = ,50$) fueron con las dos escalas del STAI y con el BDI-II, muy similares entre sí y mayores que para el PSWQ. La correlación con la puntuación total en el OCI-R era alta ($r = ,62$ para la muestra total), lo que confirma la esperada relación de este constructo con el malestar producido por los síntomas obsesivo-compulsivos, a pesar de que la diferencia entre grupos no fuera significativa. Teniendo en cuenta las medias por ítems ya comentadas, seguramente estas diferencias tenían más que ver con las diferentes formas de experimentar la sensación *not just right* entre ambos grupos que con su frecuencia. Las preguntas del SANEB-D probablemente activaban en los participantes obsesivos las creencias relevantes en aquellos ítems que tenían que ver con valoraciones características del TOC (responsabilidad, dificultad para controlar), ya que hacen referencia a un estilo de pensamiento más característico de estos pacientes.

1.4. Latencia

Los resultados del ANOVA mixto realizado con la latencia como variable dependiente indicaron que los escenarios ansiógenos y los TOC-relevantes producían latencias medias muy similares para cada grupo, si bien se producían diferencias de aproximadamente dos segundos entre los grupos en función del escenario, en la dirección predecible. Las diferencias halladas entre los grupos para todos los escenarios no resultaron estadísticamente significativas tomadas en conjunto, pero sí lo fue la hallada para los escenarios TOC-relevantes, en los que era de 13 segundos.

De las correlaciones que la latencia obtuvo con los cuestionarios, pocas fueron significativas y la mayor parte de las magnitudes eran bajas, indicando la

no asociación con las variables cognitivas y psicopatológicas de interés. Si bien se encontraron diferencias importantes en la magnitud de estas correlaciones entre los grupos, no se puede llegar a conclusiones acerca de estas debido a que las propias correlaciones no eran significativas y al bajo número de participantes. Los resultados más interesantes fueron los obtenidos para el grupo TOC y, curiosamente, son dos correlaciones de signo negativo. El primero es la correlación de $r = -,31$ entre la latencia y la puntuación en el Y-BOCS, llamativa dada la esperable lentitud de los pacientes obsesivos más graves. Se podría interpretar que los pacientes más graves mostraron un menor interés por la tarea, aunque por otro lado el interés por completarla lo antes posible podría ser una estrategia evitativa ante una situación desagradable (la toma de decisiones). Por otro lado, la latencia también se asoció negativamente, con correlaciones en torno a $r = -,40$, con el total de la MPS así como sus escalas Preocupación por los Errores y Exigencias Personales (en el caso de esta última, alcanzando la significación estadística). De este modo, parece que los pacientes perfeccionistas se esforzaron más por acabar la tarea deprisa, lo que hace pensar que, al menos en esta muestra, interpretaron una mayor velocidad como una mejor ejecución, a pesar de las instrucciones recibidas en sentido contrario.

1.5. Confianza

Para la confianza se encontró un efecto principal del escenario, en el que eran los escenarios ansiógenos aquellos para los que se mostraba menor confianza. Para esta variable sí se halló un efecto significativo de la interacción, ya que la diferencia en la confianza entre los escenarios ansiógenos y TOC-relevantes era sensiblemente menor para los participantes obsesivos. Las diferencias globales entre los grupos no alcanzaron la significación estadística, pese a que la menor confianza del grupo TOC era de un tamaño notable.

Pasando a las correlaciones, la única significativa que se halló entre la confianza y las medidas de duda/indecisión fue para la IS, resultado que no se había obtenido con la muestra normal y que refuerza la idea de que, con el uso de población clínica, la tarea sí logró capturar la experiencia de la indecisión. También resultó significativa la correlación con la escala de Valoración del NJREQ-R, pero únicamente para la muestra TOC, lo que deberá interpretarse más adelante teniendo en cuenta el diferente significado de esta escala para unos participantes y otros. Por otro lado, la correlación con Dudas sobre Acciones resultó significativa, pero no con Preocupación por los Errores, siendo la diferencia entre ambas correlaciones también significativa. Por tanto, a pesar de que la confianza se asocia con la ansiedad autoinformada, la menor confianza

no se debe únicamente a un mayor miedo al fracaso y a cometer errores en general.

Por lo que se refiere a las medidas de psicopatología, únicamente con el STAI-E se alcanzó una correlación significativa. Por lo tanto, parece que la asociación (negativa) de la confianza con la ansiedad no se debe tanto a una tendencia a sentir ansiedad sino a la incomodidad sentida en el propio momento de la tarea, que podría deberse al hecho de que esta consista en tomar decisiones. Esta interpretación se ve reforzada por el hecho de que la única correlación significativa de confianza con el OCI-R se encuentre para la escala de Comprobación. Esta asociación no parece que se deba a que es el contenido de los escenarios lo que produce la disminución de la confianza, especialmente teniendo en cuenta que esta es mayor para los escenarios neutros y ansiógenos. No es, por tanto, la percepción de amenaza por tomar una decisión incorrecta lo que lleva a la disminución de la confianza, sino la incomodidad con el propio hecho de tener que elegir. Es interesante la asociación con comprobación, ya que este tipo de compulsiones son, precisamente, las que persisten por la incapacidad de sentir una sensación de satisfacción, según varias teorías incluyendo la del inacabado de Summerfeldt.

En resumen, la disminución de la confianza se asocia, por un lado, con la indecisión general (IS) y con la ansiedad estado (STAI-E) es decir, con una predisposición a sentirse incómodo con la toma de decisiones y a dudar de las mismas. Por otro lado, con la dificultad para sentirse satisfecho con las propias decisiones, según indican las correlaciones con Dudas sobre Acciones y la escala de Comprobación del OCI-R. Teniendo en cuenta la interpretación que se ha realizado sobre el significado de la ansiedad autoinformada, la correlación significativa entre ambas variables no hace más que reforzar esta interpretación.

1.6. Conclusiones sobre la tarea

La utilización de una muestra de control clínica con pacientes ansiosos motivó la modificación de los contenidos de la tarea, introduciendo los escenarios que hemos llamado “ansiógenos”, con el objetivo de conseguir una simetría: que los dos tipos de escenarios de riesgo (frente a los neutros) pudieran conectar con los temores patológicos de los participantes. Es difícil evaluar en qué grado se ha conseguido este propósito, que sólo podría asegurarse mediante el diseño de escenarios *ad hoc* para cada participante, con las dificultades prácticas y metodológicas que esto implica. Este nuevo diseño no ha supuesto un equilibrio en el nivel de amenaza percibida media entre los dos tipos de

escenario, lo que no es necesariamente un problema, pero implica que la interpretación de los efectos del riesgo percibido tendrá que realizarse teniendo en cuenta la ansiedad autoinformada por los pacientes. Sin embargo, un análisis detallado de esta variable, sugiere que no está determinada únicamente por el contenido y ni siquiera por el nivel de sensibilidad general a la amenaza, sino también por otras variables individuales más relacionadas con el malestar ante la toma de decisiones. Estas consideraciones dificultan la interpretación de los datos pero, a nuestro entender, reflejan la complejidad del fenómeno bajo estudio más que un fallo inherente al diseño de la tarea.

Sí se pueden señalar algunas limitaciones del estudio, que deben tenerse en cuenta a la hora de llegar a generalizar las conclusiones alcanzadas. La principal es el incumplimiento de los supuestos de las pruebas estadísticas utilizadas, especialmente en los análisis de la varianza. La causa de este incumplimiento es esencialmente el bajo número de participantes del grupo de pánico y su principal consecuencia es que los análisis que implican la comparación entre grupos o los que utilizan la muestra de pacientes de pánico tienen una potencia excesivamente baja. Otra consecuencia es que la comparación directa de los grupos en algunas variables de interés es poco fiable o sencillamente imposible, por lo que no se puede asegurar su equivalencia en aspectos como el uso de medicación o el nivel general de sintomatología ansiosa y depresiva, donde aparecen algunas diferencias no significativas pero que podrían ser relevantes (en especial los cinco puntos de diferencia a favor de los obsesivos en el STAI-E). Tampoco se puede asegurar que los grupos sean comparables en su capacidad cognitiva, ya que no se ha medido esta variable.

Esta limitación añade una dificultad adicional a la valoración de las diferencias en latencia entre los grupos que, tomadas de forma global, no son estadísticamente significativas. Sin embargo, su magnitud y el hecho de que el patrón de diferencias sea similar al de otras variables (como la latencia) hacen razonable considerarlas un resultado relevante. De tomarlas así, los resultados coincidirían con diversos estudios que destacan la lentitud de los pacientes obsesivos. Sin embargo, este resultado no sólo no es unánime (ver revisión en apartado 2.2.4. del capítulo 4 de la introducción), sino que tampoco hay acuerdo, entre los que consideran el efecto real, sobre cuál sería su mecanismo. Se ha propuesto desde una lentitud cognitiva general, hasta que se trata de un efecto de la propia sintomatología, pasando por la existencia de un problema para la toma de decisiones probablemente asociado a la necesidad de

comprobar y/o valorar (cognitivamente) los diversos elementos del problema en cuestión.

Los resultados de nuestra tarea parecen confirmar que el contenido de la tarea influye en la latencia (Foa *et al.*, 2003), como muestra el hecho de que la diferencia entre grupos es significativa para los escenarios TOC-relevantes. El hecho de que esta diferencia coincida con la obtenida para la ansiedad autoinformada hace plausible que la causa sea el mayor riesgo percibido. Sin embargo, la ausencia de una correlación significativa entre ambas variables dependientes es contraria a esta hipótesis, así como el hecho de que, aunque su latencia era mayor para los escenarios TOC-relevantes, los participantes obsesivos evaluaban como más amenazantes los ansiógenos. Estos resultados apuntan a que ambas variables son independientes, en contra de los resultados obtenidos por el grupo de Foa. Esta disociación no niega que el malestar ante la toma de decisiones genere los problemas con la misma (y, en concreto, una mayor latencia), pero sí significa que no es el contenido de la decisión lo que determina este malestar. El hecho de que la latencia no correlacione significativamente con la Escala de Indecisión indica que tampoco es una mayor indecisión rasgo la responsable de la mayor latencia. De este modo, y desde la óptica de la teoría cognitiva, parece que algún otro tipo de valoración de la decisión (quizás de responsabilidad), en la que influye el contenido de la misma, pero que no es la amenaza, podría ser el mecanismo determinante. En cualquier caso, debe reconocerse que ante la escasez de asociaciones significativas entre los demás constructos evaluados y la latencia, es probable que esta no sea un buen indicador de los problemas para la toma de decisiones. En cualquier caso, los resultados obtenidos para esta variable son de interés aunque sólo sea porque obligan a replantearse la asociación simplista entre contenido, malestar, dificultades y aumento de la latencia en la toma de decisiones.

Estas consideraciones no implican que el riesgo percibido, valorado mediante la ansiedad autoinformada, no sea una variable relevante, únicamente que no lo es para la latencia. De hecho, la ansiedad sí se asociaba con la confianza y con las puntuaciones en el SANE-B-D. Esta última medida, al menos en el caso de los pacientes con pánico, podía interpretarse como una evaluación de los casos más extremos de falta de confianza durante la tarea. En los participantes obsesivos, la selección del ejemplo concreto de experiencia también se guiaba probablemente por la falta de confianza debida a una amenaza percibida, pero la puntuación en este instrumento parecía tener más que ver con la valoración de esta experiencia (influida por su tendencia a valorar sus pensamientos

intrusos como amenazantes y difíciles de controlar) que con su intensidad. Incluso así, los resultados para la confianza, considerados globalmente, parecen indicar que tampoco es en sí misma la percepción del riesgo, sino el malestar por tener que tomar una decisión, lo que provocaba su disminución en determinados participantes y para determinados escenarios.

2. Duda e indecisión

2.1. Diferencias entre grupos

Los dos grupos de participantes clínicos difirieron entre sí en las puntuaciones de varios cuestionarios, en la línea de las hipótesis planteadas. Estas diferencias fueron significativas para la escala de Cantidad del NJREQ-R, para la escala de Inacabado del OC-TCDQ (y no para Evitación del Daño) y para la IS. También difirieron en la puntuación de la escala Dudas sobre Acciones de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo.

La diferencia para Inacabado coincide con el único estudio que, hasta la fecha, ha comparado esta variable entre pacientes TOC y otras muestras clínicas (Ecker *et al.*, 2014). Sin embargo, en nuestro estudio no se obtuvieron diferencias para la escala de Valoración del NJREQ-R, a diferencia de lo hallado por Ghisi *et al.* (2010). Sin embargo, hay que tener en cuenta que el número de participantes del grupo de pánico era de tan solo cinco, ya que aquellos participantes (casi la mitad en este grupo) que no señalaron ninguna experiencia en la primera parte del cuestionario no eran puntuados en los últimos ítems. A pesar de eso, las diferencias estuvieron cerca de la significación. En general, las diferencias halladas entre los grupos son las esperables según la hipótesis de la especificidad de estos fenómenos para el TOC.

2.2. Correlaciones entre las medidas de duda obsesiva/indecisión

En la muestra de participantes obsesivos, en comparación con los no clínicos del anterior estudio y con los participantes con pánico/agorafobia, se obtuvo una correlación menor entre Inacabado y Evitación del Daño, que pasa a ser de magnitud media ($r = ,52$). Esta menor asociación entre ambos constructos provoca que surja un perfil de correlaciones diferenciado para ambas variables en el que, significativamente, la correlación con la escala de Cantidad del NJREQ-R es más elevada para Inacabado que para Evitación del Daño. Inacabado también obtiene una correlación alta con la IS. Un resultado de interés pero más difícil de interpretar es que la IS se asocia con más fuerza con

la cantidad de experiencias *not just right* en la muestra de pánico que en la de obsesivos.

2.3. Correlaciones con creencias obsesivas

La disociación entre las dos escalas de la OC-TCDQ en muestra clínica se observó también en las correlaciones con la MPS y, en concreto, con la escala Dudas sobre Acciones, que correlacionó en mayor medida con Inacabado. Fue precisamente para esta escala para la que se obtuvieron las correlaciones más amplias con las medidas de duda/indecisión, siendo la mayor con Inacabado seguida por la Escala de Indecisión. Es de destacar que, para los participantes con pánico/agorafobia, la puntuación en la escala de Organización de la MPS muestra su esperada falta de carácter patológico incluso alcanzando correlaciones negativas de tamaño medio con el total de la IS ($r = -,45$).

En el caso del OBQ-44, la Escala de Indecisión obtiene su correlación más elevada con su subescala más específica para el TOC, la que mide la importancia de controlar los pensamientos. Para el OC-TCDQ de nuevo se halla, en el caso de los participantes TOC, una disociación entre sus escalas. En este caso, es la escala de Evitación del Daño la que obtiene las correlaciones más elevadas con las escalas de Responsabilidad/Amenaza (para la que llega a $r = ,90$) y con Perfeccionismo/Certidumbre. Las correlaciones que se obtienen entre la escala de Inacabado y las diferentes dimensiones de creencias son bajas en esta muestra.

2.4. Correlaciones con psicopatología

Resumiremos a continuación las correlaciones obtenidas para el total de la muestra clínica entre las medidas de duda obsesiva/indecisión y la psicopatología, incluyendo la obsesiva. La escala de Cantidad del NJREQ-R no se asoció significativamente con el PSWQ, mientras que sus correlaciones con el STAI-R y el BDI-II fueron de tamaño medio, y alto para la puntuación total en el OCI-R. Las correlaciones que se obtuvieron para la escala de Valoración fueron más altas, de tamaño medio para el BDI-II y altas para STAI-R, PSWQ y OCI-R, siendo de un tamaño prácticamente idéntico para estas dos últimas ($,67$ y $,68$, respectivamente).

La escala de Inacabado se relacionaba en menor medida con el PSWQ ($r = ,49$), mientras que obtenía correlaciones altas para STAI-R y BDI-II ($,57$ y $,58$, respectivamente), y la más elevada con el OCI-R ($r = ,76$). Para los participantes obsesivos, la correlación con el OCI-R fue de $r = ,71$, muy similar a la obtenida

por Ecker y Gönner (2008) en una muestra de pacientes TOC. El patrón de correlaciones para Evitación del Daño fue muy similar, siendo todas las correlaciones significativas. La obtenida para el PSWQ era de tamaño medio, y para el STAI-R, BDI-II y OCI-R altas y muy similares (entre ,63 y ,65). Las escasas diferencias con Inacabado se deben, por tanto, a un tamaño de las correlaciones bastante elevado, mayor que el obtenido en el estudio ya mencionado de Ecker y Gönner.

Con la IS se obtuvieron correlaciones de tamaño medio para el PSWQ y alto para el STAI-R y OCI-R ($r = ,64$). La mayor correlación fue la hallada para el BDI-II ($r = ,69$). Ninguno de los constructos bajo estudio correlacionó de forma significativa con la gravedad del TOC en los pacientes obsesivos, medida a través del Y-BOCS. Este resultado también contradice las apreciaciones de Ecker y Gönner (2008) sobre la relación específica entre gravedad e intensidad de las sensaciones de inacabado. En resumen, tanto para las experiencias *not just right* (especialmente la cantidad de las mismas) como para el inacabado, las mayores correlaciones se obtuvieron con la puntuación total en el OCI-R. Sin embargo, la asociación con la sintomatología depresiva y ansiosa era lo suficientemente elevada como para no poder hablar claramente de una asociación específica, lo que puede deberse a que una gran mayoría, si no la totalidad, de pacientes TOC presentan asimismo sintomatología depresiva y una elevada ansiedad-rasgo. Para la indecisión sí se puede concluir que no existe tal especificidad siendo, para esta muestra, la mayor asociación la que se producía con los síntomas depresivos.

Analizando los resultados del OCI-R por escalas, se observa que Lavado mantiene correlaciones elevadas con las medidas de duda/indecisión para la muestra de pánico/agorafobia, pero no para la obsesiva. Probablemente para los pacientes con pánico, esta escala mide rasgos obsesivos de personalidad y quizás no lo haga en los TOCs, población en la cual estos síntomas no se asocian necesariamente a las experiencias de duda, sino más bien quizá a la certeza de que se encuentran contaminados y por tanto es necesario lavar/se. También Ecker y Gönner (2011) encuentran, con participantes obsesivos, la correlación más baja para Inacabado con esta escala, que con nuestros datos es incluso negativa ($r = -,34$). Por su parte, Comprobación correlaciona significativamente con todas las medidas, lo que resulta lógico y esperable. Orden sólo se asocia con el NJREQ-R e Inacabado, siendo la correlación en el grupo TOC muy alta con la cantidad de experiencias *not just right*. Esto parece confirmar que este tipo de compulsiones (orden/simetría) están en gran medida motivadas por estas

experiencias. También en Ecker y Gönner (2011) la correlación más alta con Inacabado se daba para esta escala. Las escala de Obsesiones se asocia principalmente a Evitación del Daño, lo que tiene sentido si se tienen en cuenta los items que configuran esta escala (básicamente, obsesiones de contenido desagradable y dificultades para su control). Por último, la subescala Acumulación se asocia de forma significativa con todas las medidas, lo que sugiere que esta dimensión de síntomas o-c conlleva un mayor grado de pluri-psicopatología que el resto de dimensiones.

2.5. La especificidad de la relación entre indecisión y síntomas obsesivo-compulsivos

De la revisión de la literatura psicopatológica clásica sobre el TOC se desprenden dos ideas: que la indecisión es una manifestación de la duda obsesiva y que esta es un fenómeno específico del TOC. De ser ciertas ambas, la relación entre sintomatología obsesiva e indecisión no se explicará por la tendencia de estos pacientes a experimentar otras posibles causas de dificultades en la toma de decisiones (como la sintomatología depresiva), sino que se asociará a otras manifestaciones de la duda (como las experiencias *not just right* y el inacabado). Esta hipótesis es la que se ha puesto a prueba en este estudio mediante correlaciones parciales entre la puntuación en la escala de indecisión y el OCI-R, controlando diversas variables psicopatológicas y cognitivas.

El resultado de estas correlaciones parciales indica que la asociación entre indecisión y sintomatología obsesivo-compulsiva no está mediada por la tendencia a experimentar sensaciones *not just right*, ni tampoco por la tendencia a valorar negativamente estas experiencias (medidas a través del NJREQ-R). Tampoco por el perfeccionismo, ni por la gravedad del cuadro obsesivo. Sin embargo, la correlación entre IS y OCI-R sí desaparecía al controlar la sintomatología depresiva (BDI-II) y la ansiosa (STAI-R), y también cuando se controlaba la puntuación en la escala de Inacabado del OC-TCDQ.

De estos resultados se desprende que la indecisión, incluso cuando es medida por un instrumento como la IS, diseñada específicamente para medir la “indecisión compulsiva”, no parece específicamente asociada a la sintomatología obsesiva, mostrando una fuerte asociación con la tendencia a sufrir síntomas ansiosos y depresivos. Sin embargo, la sensación de inacabado sí hace una contribución a la relación estudiada, de lo que puede deducirse que esta dimensión motivacional del TOC es en parte responsable de la “indecisión compulsiva”, al menos en población diagnosticada de este trastorno.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN GENERAL

1. INTRODUCCIÓN

El propósito de este apartado es realizar una discusión conjunta de los datos obtenidos en los tres estudios realizados y las reflexiones realizadas sobre los mismos. Su principal base empírica será la diferencia entre los resultados obtenidos para las poblaciones no clínica y clínica, especialmente los pacientes diagnosticados de TOC. En primer lugar, se discutirá la validez de constructo de los cuestionarios que miden las experiencias *not just right*, el inacabado y la indecisión (NJREQ-R, OC-TCDQ e IS, respectivamente), así como su asociación con la psicopatología obsesiva. En segundo lugar, se revisarán los resultados obtenidos en las tareas de toma de decisiones, realizando un análisis crítico de las características de las mismas. Por último, se discutirá la asociación entre las diferentes medidas de duda e indecisión empleadas (tanto psicométricas como experimentales) para comprobar si la consideración de la indecisión como manifestación conductual de la duda obsesiva está justificada empíricamente.

2. INVESTIGACIÓN PSICOMÉTRICA Y VALIDEZ DE CONSTRUCTO DE LOS CUESTIONARIOS ESTUDIADOS

2.1. Las experiencias *not just right* y su medida

El NJREQ-R es un instrumento diseñado para investigar diversos aspectos de un constructo teórico escasamente definido. Esto se refleja en la complejidad de su construcción, cuya consecuencia más evidente es que no exista sólo una manera de puntuar el cuestionario. Si se asume la validez de contenido de los diez primeros ítems, es decir, si se acepta que forman una muestra representativa y suficientemente amplia de experiencias *not just right*, la suma de los mismos en lo que hemos llamado “escala de Cantidad” se podrá considerar una medida adecuada de la propensión a tener estas experiencias. Esta es la manera de puntuar por la que optan Taylor *et al.* (2014), considerándola una medida de inacabado alternativa a la del OC-TCDQ. El modo alternativo (sumar la puntuación de los 7 últimos ítems) no requiere asumir la validez de contenido de los 10 primeros ítems, ya que considera que su función es la de

seleccionar la experiencia más reciente para que esta sirva de *priming*. Esta selección hace recordar la experiencia, pero lo importante es cómo esta es vivida. Esta es la opción de Ghisi *et al.* (2010), quienes la llaman “escala de Gravedad” porque consideran que mide, sobre todo, el malestar asociado a las experiencias. Esta interpretación se ajusta más al modelo cognitivo de las NJREs. Nosotros hemos optado por usar ambas maneras de puntuar (llamando a la segunda escala “Valoración” y no “Gravedad”); hay que tener en cuenta que la segunda no se puntuaba si no se había seleccionado una de las experiencias descritas en los diez primeros ítems. Las correlaciones entre ambas escalas (entre medias y moderadas) confirman que las dos escalas miden constructos diferentes, como se comentará más adelante.

La escala de Cantidad del NJREQ-R obtiene correlaciones medias con psicopatología en la muestra no clínica; estas correlaciones disminuyen ligeramente, y siguen siendo significativas cuando se controla la depresión y la ansiedad. Esto muestra la existencia de especificidad en esta asociación, si bien la cantidad de varianza adicional que predice esta medida es pequeña, tal y como indican los análisis de regresión. La especificidad se muestra de otro modo en las correlaciones obtenidas en los participantes obsesivos: estas son más bajas que para los no clínicos con las medidas de depresión y *worry*, pero más altas para el OCI-R.

Para la escala de Valoración se obtiene también una tenue evidencia de asociación específica con la sintomatología obsesiva. En general las correlaciones halladas para cualquier tipo de psicopatología son más altas; por otro lado, también disminuyen en mayor medida al controlar la ansiedad y la depresión en la población no clínica, además de que predicen una cantidad pequeña adicional de varianza del OCI-R. En los participantes del grupo TOC se obtienen de nuevo correlaciones más altas que con los no clínicos para la sintomatología obsesiva; estas correlaciones son elevadas (especialmente para las compulsiones) y de mayor magnitud que las halladas para ansiedad y depresión.

En conjunto, estos resultados apoyan la validez convergente y divergente del NJREQ-R en su relación con la psicopatología. Por otro lado, la baja consistencia interna de la escala de Cantidad siembra algunas dudas sobre hasta qué punto los ejemplos proporcionados de experiencia *not just right* forman un constructo lo suficientemente unitario. Sin embargo, se debe tener en cuenta que esta consistencia se ha calculado en la población no clínica, y que estos participantes han seleccionado con una frecuencia muy alta ítems sin ninguna

relación en su contenido con los temores típicos del TOC. En definitiva, la escala captura una experiencia que no sólo es reconocible para la población general, sino que a pesar de su carácter claramente no patológico para estos participantes, mantiene asociaciones claras con la psicopatología y, especialmente, con la obsesivo-compulsiva.

2.2. La distinción entre inacabado y evitación del daño

Ya hemos aludido con frecuencia a la alta correlación entre las escalas de Inacabado y de Evitación del Daño del OC-TCDQ; esta era de $r = ,80$ en población normal, de $r = ,73$ en el grupo de pánico/agorafobia y de $r = ,52$ en el grupo TOC. La altísima asociación entre ambas variables en los participantes no clínicos explica, al menos en parte, que las correlaciones obtenidas entre Inacabado y el OCI-R sean de magnitud similar a la hallada para la psicopatología ansiosa y depresiva. No obstante, los resultados de las correlaciones parciales y de los análisis de regresión indican una cierta especificidad en la relación con la sintomatología o-c, contribuyendo el inacabado a incrementar ligeramente la varianza explicada en el OCI-R. En los participantes obsesivos, la menor asociación entre Inacabado y Evitación del Daño se corresponde a un perfil de correlaciones más específico para Inacabado, debido a que aumenta la correlación con el OCI-R, aunque también lo hace (en menor medida) para el BDI-II.

Pese a la fuerte relación entre Inacabado y Evitación del Daño, el estudio de Summerfeldt *et al.* (2014) demuestra de forma concluyente que ambos constructos son distinguibles, incluso en población no clínica. Aun así, la alta correlación entre dos dimensiones teóricamente independientes merece una explicación, a la que estos autores aportan diferentes propuestas. En los participantes clínicos, la coexistencia de ambos mecanismos motivacionales es congruente con la teoría de Summerfeldt, ya que podrían tener papeles diferentes en la sintomatología o-c (la evitación del daño motivaría la iniciación de compulsiones y el inacabado dificultaría su terminación). De este modo, la correlación entre ambas podría deberse a la propia existencia de síntomas, es decir, a una tercera variable con la que ambas dimensiones compartirían varianza. Sin embargo, nuestros datos no avalan que sea la gravedad de los síntomas esta variable, debido a que la puntuación en el Y-BOCS no correlaciona con Inacabado. Quizás la sintomatología depresiva sí podría tener este papel en esta población pero no existe un mecanismo conocido que podría explicarlo. En la población no clínica parece probable que la asociación con el

malestar general sea también parte de la explicación; en este caso el perfil de correlaciones del inacabado apunta más a la ansiedad que a la depresión como tercera variable, lo que resulta lógico dado que, al menos por lo que se refiere a la evitación, la escala evalúa un componente típico de la ansiedad.

Una propuesta alternativa es que la alta correlación se deba a la varianza de método compartida, es decir, al hecho de que las dos dimensiones se miden mediante el mismo cuestionario (con ítems con idéntica escala de respuesta), en el mismo momento. Taylor *et al.* (2014) también proponen este mecanismo para explicar que Inacabado correlacione en mayor medida con Evitación del Daño que con el NJREQ-R. Este efecto podría acentuarse en la población no clínica, que sería más vulnerable debido a la poca familiaridad con el contenido de las escalas, especialmente con el inacabado, ya que no formaría parte de su experiencia cotidiana. Esta explicación es, a nuestro juicio, la más interesante, y podría dar cuenta de que en nuestros resultados se hallen, por lo general, patrones de correlaciones más diferenciados y específicos para la población clínica que para la procedente de la comunidad.

La altísima correlación entre Inacabado y Evitación del Daño en población no clínica es una limitación importante del OC-TCDQ, a pesar de que pueda ser razonablemente explicada. Y lo es porque precisamente uno de los objetivos de este instrumento es la detección del fenómeno del inacabado en población normal. Si gran parte de la varianza de esta escala en esta población es debida al método de medición, entonces los resultados obtenidos con la misma deben ser interpretados con mucha cautela, especialmente si queremos extraer conclusiones sobre la especificidad de esta dimensión y de su asociación con otras variables relevantes. En cualquier caso, el problema de la varianza de método no es exclusivo de este instrumento. Como ejemplo, en el NJREQ-R se pedía seleccionar únicamente las experiencias *not just right* que se hubieran experimentado en el último mes. A pesar de eso, en el ítem 13, un 25% de los participantes no clínicos contestaron que tenían esta experiencia con una frecuencia menor. Si bien podría considerarse que el problema reside en la propia formulación de este ítem, estos datos sugieren que muchos participantes prestan poca atención al contenido de la escala de respuesta, incluso cuando incluye anclajes y que, por lo tanto, sus respuestas están sesgadas.

2.3. La evaluación psicométrica de la indecisión como rasgo

La utilización de la IS como medida de la indecisión-rasgo es la opción más consolidada en la investigación en psicopatología, pero está sujeta a diversas

limitaciones que comentaremos antes de realizar una discusión parcial de los resultados obtenidos con la misma (que serán complementados en la última sección). La más obvia de estas limitaciones es la escasez de pruebas empíricas de la capacidad de esta escala para predecir el comportamiento indeciso, cuestión esta que apenas ha sido investigada tras los intentos originales de los autores (Frost y Shows, 1993) y nunca con la suficiente consideración por la validez ecológica de las tareas empleadas. Otro problema, incluso más relevante para nuestros propósitos, es que pese a haber sido diseñada para evaluar la “indecisión compulsiva”, la especificidad de su asociación con el TOC es muy dudosa y nuestros propios resultados contradicen claramente tal especificidad. Por último, aunque las propiedades psicométricas del instrumento son adecuadas, existen algunas dudas sobre su validez de constructo que han llevado a propuestas alternativas de puntuación y a revisiones de la escala.

Una de estas propuestas es la de separar las escalas de indecisión positiva y negativa, que llevamos a la práctica en nuestro primer estudio y que finalmente descartamos. En primer lugar, porque la distinción entre las dos escalas se apoyaba en datos factoriales dudosos, que podrían ser resultado de un artefacto (el formato de respuesta). Pero, sobre todo, por el escaso interés de la escala positiva que, quizás debido en parte a su escasa longitud, mantenía pocas asociaciones significativas con otras variables. Sin embargo, debe señalarse que en población normal se asociaba a la faceta menos patológica del perfeccionismo (la organización) y que se asociaba en menor medida a la depresión y la ansiedad; quizás por esto, en el estudio 1, su inclusión añadía varianza adicional a la predicción de las puntuaciones del OCI-R, una vez controlado el efecto de la depresión y la ansiedad. En definitiva, teniendo en cuenta los escasos antecedentes de uso y la falta de validación empírica de la distinción, se consideró que el acortamiento del cuestionario implicaba una pérdida potencial más importante en una muestra pequeña como la clínica, que los beneficios que aportaba la medida de las “actitudes positivas hacia la toma de decisiones”.

Dada esta decisión, comentaremos conjuntamente los resultados obtenidos para la escala negativa (en el estudio 1) y la puntuación total (en el estudio 3). Estos nos indican que la relación hipotetizada por el grupo de Frost entre indecisión y perfeccionismo se cumple tanto en la muestra normal como en la clínica. Para la muestra no clínica, la indecisión obtenía correlaciones de magnitud media con la puntuación total en el MPS y con la escala de Perfeccionismo del ICO-R, que llegaban a ser de magnitud alta para la escala

Dudas sobre Acciones. Esta asociación era parcialmente independiente del malestar general (ansiedad y depresión), según indicaban los resultados de las correlaciones parciales. En los participantes obsesivos las correlaciones eran más elevadas, obteniéndose magnitudes altas para el total del MPS y las dos escalas más patológicas (Preocupación por los Errores y Dudas sobre Acciones).

Probablemente, este aumento de la varianza compartida entre indecisión y perfeccionismo se deba a que en esta población, ambos constructos tienen un cariz más patológico. Las correlaciones de la IS con las medidas de psicopatología parecen apoyar esta hipótesis. Tanto en población no clínica como en la obsesiva, se obtenían correlaciones elevadas y muy similares para el STAI-R, pero eran más elevadas para los obsesivos con el OCI-R, el PSWQ y el BDI-II. La elevada asociación de la indecisión con la ansiedad-rasgo y los síntomas depresivos en ambas poblaciones ya indica claramente que no se puede hablar de la indecisión como un fenómeno específicamente obsesivo. Los resultados de los análisis de regresión múltiple en la población no clínica indican que sólo para la dimensión positiva de la IS se obtiene una cierta especificidad. Por su parte, las correlaciones parciales calculadas para el grupo TOC señalan que el inacabado sí hace una contribución independiente de la ansiedad y la depresión a esta relación. En definitiva, la indecisión, tal y como es medida por la IS, parece tener muy poco de específicamente “compulsiva”, especialmente en sus aspectos más negativos, si bien no se puede descartar que algunas variables asociadas al TOC puedan realizar una contribución específica.

3. LA MEDIDA EXPERIMENTAL DE LA INDECISIÓN

3.1. Características de las tareas experimentales utilizadas

El propósito de las tareas de toma de decisiones empleadas en este trabajo fue que la indecisión-rasgo se manifestara en un contexto específico y replicable a través de: a) una mayor latencia en la toma de decisiones; b) una menor confianza en haber elegido bien la respuesta; y c) la vivencia de experiencias *not just right* asociadas a la toma de decisiones. Para interpretar correctamente los resultados y discutir las limitaciones de las tareas es necesario tener en cuenta sus características, descritas desde parámetros teóricamente relevantes. Esto es lo que vamos a hacer a continuación, centrándonos en las tareas 2 y 3 (las realizadas, respectivamente, con población no clínica y población clínica),

aunque con algunas menciones a la tarea 1 (decisiones de compra en población no clínica).

Una característica fundamental de las tres tareas es que las elecciones realizadas no tenían consecuencias reales. Por tanto, no sólo la decisión dependía de una simulación mental del escenario descrito, sino también las consecuencias descritas a nivel de ansiedad autoinformada y de confianza. Que no tengan consecuencias impide que las tareas puedan ser categorizadas según su nivel de riesgo utilizando de forma estricta la clasificación habitual. En el caso de la primera tarea, se puede hablar de una tarea de toma de decisiones sin incertidumbre ni riesgo, en la que los resultados no están expresados probabilísticamente, por lo que la decisión debe tomarse ponderando las características descritas por la deseabilidad subjetiva de cada una. La segunda y la tercera tarea incluían escenarios neutros, que eran del mismo tipo que los anteriormente descritos. El resto de escenarios incluían riesgo en la descripción de sus características, en muchos casos con una estimación probabilística de la probabilidad de daño.

Además de carecer de consecuencias reales, tampoco había una respuesta correcta a las decisiones y, por lo tanto, no se proporcionaba feedback sobre la ejecución. El número de alternativas en la tarea 1 era variable; en la 2 y la 3 únicamente había 2. Otra característica a destacar (por su ausencia) es que los participantes no podían pedir información adicional sobre las alternativas. Decidió no incluirse esta posibilidad, con las consecuencias que se discutirán más adelante, porque se consideró que, al no poderse incluir un coste de esa demanda adicional sin rediseñar por completo la tarea, no se hallarían diferencias individuales de suficiente magnitud en esta variable dependiente.

En nuestras tareas, las elecciones se realizaban de forma secuencial, debiéndose elegir en un escenario antes de poder pasar al siguiente, y sin la posibilidad de volver hacia atrás. No era posible dejar de responder temporalmente a un escenario, ni cambiar una elección ya realizada. En la tarea 1 se incluía una condición de presión temporal sin consecuencias reales. En las demás no, y la instrucción explícita era la de decidir cuando se estuviera convencido de la alternativa. A pesar de esto, no se puede descartar que los participantes percibieran una demanda implícita de hacerlo rápido o que, al menos, estuvieran motivados para hacerlo así. En el caso de la muestra no clínica, porque los participantes eran estudiantes, y el pase se realizaba en grupo (permitiendo ver cuándo los demás habían terminado), contexto que podría haber primado una actitud competitiva. En el caso de los participantes clínicos,

quizás simplemente querían acabar la tarea lo antes posible. Se piensa que estas últimas características descritas habrán tenido influencia sobre el comportamiento de la latencia como variable dependiente, cuyos resultados pasamos a describir.

3.2. La latencia en la toma de decisiones

Las manipulaciones de la tarea 1 (complejidad y presión temporal) dieron como resultado efectos triviales sobre la latencia. La manipulación del tipo de amenaza de los escenarios en las tareas 2 y 3 produjo efectos similares, ya que los escenarios con riesgo daban lugar a una latencia mayor, sin que se encontraran diferencias globales entre los ansiógenos/amenazantes y los TOC-relevantes. Este último resultado debe interpretarse conjuntamente con las diferencias individuales en sintomatología obsesiva que sugieren que podría existir una diferencia de base (con la obsesividad asociada a una mayor latencia) que se acentuaría en los escenarios con contenidos relevantes para el TOC.

La introducción de contenido amenazante también permitió que surgieran asociaciones significativas entre la latencia y algunas variables relevantes. En la tarea 1, que sólo utilizaba escenarios neutros, no se obtuvieron correlaciones significativas entre la latencia y las medidas de duda, creencias, o psicopatología. En la tarea 2, la latencia correlacionaba con las puntuaciones totales del CBOCI y el OCI-R, así como en la escala de Orden de este instrumento. Es decir, en los estudiantes la latencia correlacionaba con la presencia de psicopatología obsesiva. Sin embargo, en la muestra clínica únicamente se halló una asociación significativa entre el perfeccionismo y una ejecución más rápida en la tarea.

Los resultados obtenidos para esta variable son, por tanto, más pobres de lo esperado. En primer lugar, no se ha hallado una asociación clara entre mayor nivel de obsesividad y mayor latencia. En el caso de la comparación entre grupos clínicos, esto puede haberse debido a la falta de potencia estadística. Sin embargo, se había hipotetizado que el aumento de la latencia decisional sería un indicador claro de problemas en la toma de decisiones y no se han hallado correlaciones significativas entre la latencia y las medidas de indecisión, duda obsesiva o perfeccionismo. Únicamente en la tarea 2 se halló una asociación con la sintomatología obsesivo-compulsiva.

En la discusión de Rassin (2007) sobre la demora en la toma de decisiones como una manifestación del rasgo de la indecisión pueden hallarse pistas sobre las posibles causas de este hallazgo negativo. Este autor se plantea qué hacen

los indecisos durante esta demora proponiendo tres alternativas: 1) no hacen nada (posponen la decisión) o cambian de tarea; 2) evitan la decisión; 3) recogen información adicional. Las características de las tareas empleadas en este trabajo impiden que cualquier participante que desee colaborar o, simplemente, terminar la tarea, haga cualquiera de estas cosas. No es posible cambiar de actividad mientras se realiza, ni se puede evitar la toma de decisiones, ni se ofrece información adicional. De este modo, el único aumento posible de la latencia es el que se debería a tardar más en valorar la información relevante o por la interferencia de sentimientos de duda intensos que retrasaran la decisión. Incluso si pensamos que la tarea era capaz de producir estos sentimientos, existe la posibilidad de que la tendencia a evitarlos hubiera podido acelerar la toma de decisiones, ya que la única posibilidad de escapar de la situación era, precisamente, eligiendo una de las alternativas. En definitiva, el diseño de la tarea puede no haber sido idóneo para que las diferencias individuales en indecisión se reflejaran en una variación de la latencia.

3.3. La confianza en la toma de decisiones

Las asociaciones que la confianza autoinformada mantenía con el resto de variables de interés también variaron en función del contenido de la tarea y de la muestra analizada. En la tarea 1 no se hallaron correlaciones significativas entre la confianza y las medidas de duda/indecisión, psicopatología o creencias obsesivas. En la tarea 2, se encontró una correlación positiva con la escala de Actitudes Positivas hacia la Toma de Decisiones de la IS y, entre las medidas de psicopatología, una negativa con el STAI-R; también se hallaron correlaciones pequeñas para constructos cognitivos asociados a la ansiedad, como la escala de Sobreestimación de la Amenaza del ICO-R. Los estudiantes mostraron menor confianza en la elección de los escenarios amenazantes frente a los neutros. Por lo tanto, introducir contenido amenazante permite ver diferencias asociadas en la confianza asociadas a la ansiedad. Sin embargo, sólo la utilización de muestra clínica en la tarea 3 indica que esas diferencias no se deben únicamente al contenido en sí. En esta muestra, los participantes obsesivos mostraron menor confianza en los escenarios TOC-relevantes, y los del grupo pánico/agorafobia con el ansiógeno. Se halló una correlación significativa con la IS, mostrando que en población clínica nuestra evaluación de la confianza sí captura parte de la experiencia de la indecisión. También se halló una asociación significativa con la dimensión del perfeccionismo Dudas sobre Acciones. En cuanto a las medidas de psicopatología, tan solo se halló una asociación significativa con el STAI-E, que por el contexto de su pase indicaba incomodidad en el momento

de tener que realizar la tarea. En definitiva, en población obsesiva no es la predisposición a padecer ansiedad en sí misma la que se asocia a una disminución de la confianza, sino la incomodidad provocada por la propia tarea y, en general, por el hecho de tomar decisiones.

Estos resultados son difíciles de comparar con otros obtenidos en la literatura científica al haber utilizado una medida *ad hoc*, referida a una tarea concreta en la que la ejecución no podía valorarse en términos absolutos. En cambio, y como se ha comentado en la introducción, el estudio de la confianza en el TOC se ha centrado en otros procesos cognitivos y, cuando se ha valorado mediante tareas experimentales, estas tenían una respuesta correcta. Un ejemplo relevante es el estudio de Sarig *et al.* (2012), quienes utilizan una tarea de juicio perceptual, en la que no hallaron una relación entre las valoraciones de confianza que realizaron los participantes y su puntuación en medidas de síntomas o-c y de inacabado. Estos autores realizan una discusión interesante sobre la relación entre obsesividad y confianza (entendida en términos generales como confianza cognitiva), enfatizando lo difícil que ha sido hallarla mediante estudios experimentales. Destacan que muchas investigaciones sólo han hallado tal relación cuando han empleado contenido TOC-relevante, o cuando se han empleado manipulaciones que incrementan la responsabilidad. Además, los síntomas depresivos comórbidos pueden ser un factor relevante. Nuestros datos concuerdan en la necesidad de incluir contenido amenazante, aunque no necesariamente TOC-relevante, pero no en la influencia de la sintomatología depresiva.

Otra característica relevante de nuestra tarea es que, del mismo modo que ocurría con la de Sarig *et al.* (2012), podía realizarse sin tener que recurrir a contenidos almacenados en la memoria, ya que en ambos casos los estímulos relevantes estaban a la vista de los participantes. De este modo, la posible falta de confianza en la memoria ligada a la obsesividad no pudo contribuir a la disminución de la confianza en la toma de decisiones. Por último, debe tenerse en cuenta el modo concreto mediante el cual hemos evaluado la “confianza autoinformada”, preguntando “¿Hasta qué punto estás seguro de que has elegido bien?”. Esta fórmula podría sugerir que existe una elección correcta, en contra de lo dicho anteriormente, aunque esta ambigüedad podría favorecer la aparición de sentimientos de duda. Otra consideración es que para evaluar la confianza se ha recurrido al concepto “seguridad”, muy cercano al anterior pero también a la “inseguridad”, con connotaciones que la aproximan a la ansiedad. Según Sarig *et al.* (2012), y nuestras propias hipótesis de partida, la indecisión

podría estar relacionada con las dificultades de alcanzar sentimientos de “acabado” y con la “sensación de saber”. Pero nuestra manera de preguntar podría haber alejado nuestra medida de la confianza de estos constructos. Si se hubiera preguntado, en vez de por la seguridad, por la satisfacción o las sensaciones de *just right* asociadas a la elección, el perfil de correlaciones hubiera podido variar en la dirección de nuestras hipótesis. En cualquier caso, esta consideración fue precisamente la que estuvo detrás del diseño y el uso de nuestra adaptación del NJREQ-R a la toma de decisiones, el SANEB-Decisional.

3.4. Sobre las experiencias not just right asociadas a la toma de decisiones

Para las puntuaciones en el SANEB-D se obtuvo el perfil de correlaciones más rico de todas las variables dependientes obtenidas de la tarea. En la tarea 1, las sensaciones *not just right* ligadas a la decisión, se asociaron sobre todo a los sentimientos de inacabado y a la valoración de las experiencias *not just right*, confirmando la validez convergente del instrumento. Las correlaciones significativas con la psicopatología fueron muy escasas, obteniéndose con el CBOCI y con la escala de Lavado del OCI-R. Es decir, que en esta población y con una tarea neutra se halló una relación específica aunque muy pequeña con síntomas obsesivos. En la tarea 2, las correlaciones con las medidas de duda obsesiva aumentaron de magnitud y se extendieron a la Escala de Indecisión. Se hallaron correlaciones significativas con el OCI-R pero también con las medidas de ansiedad y depresión y, de hecho, la correlación más alta fue con el STAI-R. Es decir, que al introducir contenidos amenazantes en población no clínica, el grado de ansiedad contribuye en buena medida a que estas experiencias sean más intensas, lo que muy probablemente se relaciona con los contenidos concretos, según sugieren las respuestas de los participantes. En la tarea 3 se halló que los obsesivos valoraron la experiencia medida como más molesta y persistente. A diferencia de lo hallado en los estudiantes, en la población clínica el SANEB-D se asociaba en mayor medida a la indecisión que a las experiencias *not just right*, y a los síntomas obsesivos que a la ansiedad y la depresión. En resumen, en la población clínica las mayores diferencias entre obsesivos y ansiosos aparecen en la forma de valorar las experiencias *not just right*. Esta valoración en parte se asocia a sentirse amenazado por el propio contenido, siendo este mecanismo común a los dos tipos de pacientes y estando presente, de forma atenuada, en la población no clínica. Pero también se asocia

a valoraciones concretas de la propia experiencia (molestia, persistencia), que se ve facilitada por la presencia de sintomatología obsesiva. Esta nueva dimensión posiblemente no era relevante en la población no clínica, en la que el SANEB-D funcionaba fundamentalmente como una medida del malestar ante la toma de decisiones.

Estos resultados parecen revelar que el SANEB-D mide aspectos diferentes en función de cómo es interpretado por los participantes, y que esta interpretación tiene que ver con la familiaridad con diversas experiencias que existen en un continuo entre la normalidad y la psicopatología. No sólo son aspectos asociados a la ansiedad y a las experiencias *not just right*, sino también a la indecisión, como indica la asociación con la IS. En parte, el SANEB-D podría interpretarse como medida de una manifestación de la indecisión que Rassin (2007) describe como “preocupación post-decisión”. Tiene sentido pensar que, al menos algunos participantes, han elegido en este instrumento experiencias en las que persiste la duda tras la decisión. Esta preocupación por la decisión tomada no ha podido manifestarse conductualmente, al ser imposible volver atrás en la tarea o cambiar de elección. Por último, también puede interpretarse también como resultado de una baja confianza, lo que vendría a confirmar la correlación hallada SANEB-D y confianza autoinformada.

3.5. Factores que contribuyen a la indecisión

Germeijs y De Boeck (2003) proponen tres factores, derivados de la teoría de la decisión, que podrían explicar la indecisión vocacional. Estos factores pueden servir de punto de partida para discutir algunos resultados aún no comentados y para detectar algunas limitaciones en las tareas empleadas.

El primer factor asociado a la indecisión, según estos autores, es la falta de información. Caben diferentes estilos personales en la búsqueda de información adicional, que permite distinguir entre “satisfacedores” y “maximizadores”. Estos últimos seguirían buscando alternativas hasta encontrar la elección supuestamente perfecta. La tendencia a la maximización podría, por tanto, explicar algunas de las manifestaciones de la indecisión (la demanda de información adicional, la demora en la toma de decisiones) así como su asociación con el perfeccionismo. Sin embargo, este factor no es aplicable a las tareas usadas en este estudio. Primero, porque no es posible demandar más información lo que, como ya se ha comentado, explicaría las escasas diferencias en latencia asociadas a variables individuales. Pero también porque los escenarios descritos en las tareas son universos ficticios y cerrados en los que

tiene poco sentido hablar de falta de información y en los que hablar de una alternativa perfecta y desconocida carece de sentido.

El segundo factor asociado a la indecisión son los “problemas de valoración”. Este se refiere a las propiedades de las alternativas que dificultan la toma de decisiones. En primer lugar, cuantas más características se conocen sobre las alternativas, más dificultosa es la elección: este factor se tuvo en cuenta en la tarea 1 y los resultados apoyaron esta hipótesis. En segundo lugar, cuanto más similares son las alternativas, mayor será la indecisión. En nuestras tareas se intentó maximizar esa igualdad, precisamente con el objetivo de generar indecisión. Probablemente este equilibrio no se logró en igual medida en todos los escenarios, pero parece poco probable que esto haya creado un sesgo sistemático que haya podido distorsionar los resultados. Por último, se predice que la llamada “selección compensatoria” dificulta la decisión: esta consiste en tener que considerar diversos criterios que, individualmente, favorecen alternativas incompatibles. Los escenarios de nuestra tarea están diseñados para que la selección deba ser compensatoria, incluso asegurándonos de que hubiera varias características concernientes a riesgos. Esto se hizo para que no se pudiera optar basándose simplemente en elegir la alternativa más segura. Sin embargo, cabe la posibilidad de que aquellos participantes más ansiosos se centraran en una de las características asociadas al daño, por considerarla más relevante para sus preocupaciones. De haberse producido esta “visión en túnel”, es posible que la dificultad para elegir hubiera disminuido precisamente para estos participantes, al haber llevado a cabo una selección no compensatoria.

El último factor descrito por Germeijs y de Boeck (2003) es la “incertidumbre sobre el resultado”. Esta se ha abordado desde dos tradiciones de investigación. La primera es la de los heurísticos, que no es inmediatamente aplicable a nuestra tarea. La segunda es la de la intolerancia a la incertidumbre, según se ha estudiado en la psicopatología de la ansiedad. A este respecto, cabe destacar que en la tarea 2, la correlación de la latencia y la confianza con la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS) fue de $r = ,00$; tampoco en la tarea 3 se encontraron correlaciones significativas entre estas variables de la tarea y la escala Perfeccionismo/Certidumbre del OBQ-44. Por lo tanto, no parece que esta variable haya sido relevante en nuestro estudio, quizás debido a la ausencia de feedback o consecuencias reales de las decisiones.

Una última variable, no incluida en el artículo citado pero especialmente relevante para nuestros propósitos es el contenido de la decisión. Tanto la

importancia de la propia decisión (Milgram y Tenne, 2000; citado en Rassin, 2007) como el contenido amenazante o no de la misma (Foa *et al.*, 2003) se han postulado como variables determinantes en las dificultades en la toma de decisiones. La influencia del contenido de los escenarios ya ha sido sobradamente discutida en los estudios correspondientes, pero cabe recordar los resultados fundamentales. El contenido amenazante influyó de forma significativa tanto en la latencia (aumentándola) como en la confianza (disminuyéndola), y en que se producía una interacción entre el nivel de obsesividad y el efecto de incluir amenazas TOC-relevantes, tanto en población clínica como no clínica. Es indiscutible, por tanto, que el contenido amenazante de las decisiones aumenta los problemas en la toma de las mismas, quizás a través de elevar su importancia. Sin embargo, los mecanismos a través de los cuales se producían estos efectos no se pudieron elucidar satisfactoriamente. Ese era precisamente el objetivo para el que se incluyó la medida de diferentes variables de diferencias individuales que incluían no sólo la psicopatología sino constructos relevantes como la duda o las creencias obsesivas. La hipótesis más simple era que aquellos sujetos con mayor tendencia a interpretar las situaciones como amenazantes, por motivos generales (ansiedad, creencias ansiógenas, tendencia a experimentar sensaciones *not just right* o de inacabado) o específicos (obsesividad), tendrían más dificultades en aquellos escenarios que incluían amenazas relevantes. Sin embargo, los resultados indicaron que, al menos en el caso de los participantes clínicos, la situación era bien diferente y que debía tenerse en cuenta la interpretación que estos hacían de la propia situación de toma de decisiones. De este modo, los efectos de la amenaza percibida son complejos y se producen a través de otras valoraciones diferentes a la de amenaza y quizás también a través de un cambio de estrategias en la toma de decisiones que no es detectable mediante nuestro paradigma experimental.

3.6. Limitaciones

Es especialmente relevante para la discusión sobre el efecto del contenido de los escenarios tener en cuenta dos limitaciones ya señaladas con anterioridad: que las elecciones no tenían consecuencias reales (y ni siquiera se hacía pensar a los participantes que iba a ser así), y que los contenidos no eran seleccionados para ajustarse a los temores idiosincrásicos de los participantes. Pero existen otras características de las tareas que podrían haber reducido las posibilidades de detectar dificultades en la toma de decisiones asociada a características propias del TOC. Por ejemplo, dos únicas alternativas (como en las tareas 2 y 3) podrían ser demasiado escasas para que surgieran dichas diferencias. Unido

a esto, la manera de expresar la incertidumbre ligada al riesgo (con porcentajes y otras descripciones numéricas) podría haber sido excesivamente “matemática” y, por lo tanto, propensa a procesarse en términos lógicos. Y este podría ser precisamente el estilo favorito de los obsesivos, que podrían no tener dificultades para experimentar sentimientos de acabado o clausura precisamente en tareas que favorecen una aproximación deductiva, como describen entre otros Beech y Reed.

Otras limitaciones de las tareas se deben a las características que no incluyen y que, en general, nos impiden conocer los mecanismos concretos que han influido en los resultados. Por ejemplo, no conocemos cuánta aversión al riesgo tenían los diferentes participantes, ni a través de medidas psicométricas, ni mediante la manipulación sistemática de los estímulos. Otra carencia a la que ya nos hemos referido es la imposibilidad de demandar nueva información, si bien incluir esta opción tenía sus inconvenientes (ya descritos) y tampoco hay hipótesis claras sobre cuál hubiera sido su efecto, ya que las evidencias al respecto son contradictorias (ver la Introducción). Tampoco se midió la confianza de los participantes en sus procesos cognitivos y, en concreto, en la toma de decisiones, si bien esta variable debería considerarse probablemente como el resultado de otros mecanismos más interesantes, y no como una causa en sí misma.

En definitiva, la tarea ha funcionado como una especie de caja negra de la que hemos podido ver sus resultados pero no las estrategias seguidas por los participantes. Es probable que la influencia de los contenidos sobre los aspectos subjetivos de la toma de decisiones (falta de confianza, sensaciones *not just right*) esté mediada por estas estrategias. También habrán sido influidas directamente por variables individuales pero, vistos los resultados, no es evidente que la tendencia a tener sensaciones *not just right* o de inacabado sean especialmente importantes tomados de forma aislada.

4. LA INDECISIÓN COMO MANIFESTACIÓN CONDUCTUAL DE LA DUDA OBSESIVA

El punto de partida de este trabajo fue el interés por un constructo multidimensional, pobremente definido y sin posibilidad de ser medido directamente: la duda obsesiva. Se consideró que los instrumentos que evalúan las experiencias *not just right* y el inacabado permitían aproximarse a las dimensiones subjetivas de la duda, y que la indecisión (medida

psicométricamente y a través de medidas experimentales) sería la manifestación conductual de la misma. Sin embargo, la relación que estas diferentes medidas mantienen entre sí, y que revisaremos a continuación, muestran un escenario bastante más complicado.

Como ya se ha comentado, las dos variables dependientes principales de las tareas de toma de decisiones (latencia y confianza), han respondido de la forma esperada a las manipulaciones experimentales. El resultado de las mismas nos ha permitido llegar a la conclusión de que la introducción de contenidos amenazantes, así como el exceso de información sobre las alternativas, incrementa la dificultad de la toma de decisiones, manifestadas a través de un incremento de la latencia y una disminución de la confianza. Sin embargo, la correlación entre latencia y confianza ha resultado muy cercana a $r = ,00$ para todas las tareas y todas las muestras, lo que indica claramente que no están midiendo una dimensión única de “indecisión”. Y, lo que es más importante todavía, ninguna de las dos variables se asociaba de forma consistente a la puntuación en la IS. Si asumimos la validez de este cuestionario como medida de la indecisión rasgo, esto significa que la tarea no ha sido capaz de reflejar las diferencias individuales en indecisión. Como hemos discutido, diversas características de las tareas han podido contribuir a este resultado, por lo que se trata de una conclusión muy plausible. Por otro lado, la escasez de estudios de validación con la IS también plantea dudas razonables acerca de la capacidad de esta escala de predecir comportamientos indecisos en escenarios específicos.

Por su parte, las medidas psicométricas de duda/indecisión mantuvieron una relación entre sí compleja pero más acorde con las hipótesis. La complejidad es ya visible en las correlaciones que las dos medidas extraídas (Cantidad y Valoración) del NJREQ-R mantenían entre sí, que eran de $r = ,54$ para los participantes obsesivos y de únicamente $r = ,36$ para la muestra no clínica. Estos resultados se ajustan a las predicciones del modelo cognitivo, que distinguen entre la tendencia a experimentar estas experiencias y el malestar que estas producen.

Las correlaciones entre la escala de Cantidad del NJREQ-R y la de Inacabado del OC-TCDQ también fue mayor para los participantes obsesivos ($r = ,58$) que para los no clínicos ($r = ,29$); esta última cantidad es demasiado escasa como para considerar, con Taylor *et al.* (2014), que ambas son medidas alternativas de un mismo constructo. Es interesante que cuando se utiliza la escala de Valoración la correlación aumente para la población clínica, pero disminuya para los TOC, quedando ambas en $r = ,40$. Las correlaciones en la población

normal probablemente indican, por un lado, la falta de familiaridad con estas experiencias para estos participantes, que hace que alcancen una correlación algo más alta (aunque únicamente moderada) para las dos puntuaciones que más se asociarán con el malestar emocional. La cantidad de experiencias *not just right* no tendrá para ellos ese carácter negativo. Por su parte, los resultados con la población TOC se ajustan más a las hipótesis de Summerfeldt *et al.* (2014) sobre la relación entre ambos constructos. Estos autores dicen que el inacabado como rasgo podría entenderse como “una disposición relativamente estable que predice las diferencias individuales en la frecuencia y la intensidad de las experiencias *not just right*” (p. 91). En los obsesivos, la escala de valoración probablemente esté más relacionada con la vivencia de falta de control de las experiencias que con sus características formales (frecuencia e intensidad), que se asociarán en mayor medida con la escala de cantidad. Sin embargo, nuestros datos no ponen a prueba directamente esta propuesta ya que no hemos utilizado ninguna medida directa de la “frecuencia e intensidad” de las experiencias *not just right*. Por otro lado, la afirmación de Summerfeldt parece incongruente con su modelo del inacabado como una dimensión motivacional, o bien cae en el conocido “problema de la motivación” si considera que una alta intensidad y frecuencia de las experiencias *not just right* llevan de forma automática a conductas enfocadas a su supresión.

Por su parte, las correlaciones obtenidas entre la IS, por un lado, y el NJREQ-R y OC-TCDQ por otro, avalan que existe una asociación entre la indecisión rasgo y estas experiencias. En la población no clínica, las correlaciones oscilaban entre $r = ,27$ para la escala de cantidad del NJREQ-R y $r = ,42$ para el inacabado. En población obsesiva, la correlación entre IS y Cantidad era de tan solo $r = ,16$, mientras que era de $r = ,44$ con Valoración y de $r = ,58$ con Inacabado. Centrándonos en los participantes obsesivos, la gran disparidad entre la asociación obtenida con la cantidad de experiencias *not just right* y con el inacabado, dos variables estrechamente asociadas en esta población, hace sospechar que la asociación entre los dos constructos está influida por terceras variables. Los resultados de los análisis de regresión y de las correlaciones parciales indican claramente que el malestar general (ansiedad y depresión) es el responsable casi absoluto de la asociación entre la indecisión y la “duda obsesiva”, con la excepción de una pequeña aportación del inacabado a la puntuación en la IS en la población obsesiva. De este modo, si aceptamos que las experiencias *not just right* y el inacabado son una medida adecuada de la duda obsesiva, entendida como una experiencia peculiar del funcionamiento de los

obsesivos y relativamente desligada de la ansiedad general, podemos descartar que la indecisión como rasgo sea su manifestación conductual.

A esta conclusión negativa se le pueden hacer muchas objeciones. La más obvia concierne a la validez de constructo de todos los cuestionarios empleados. Especialmente, a la idea de que el NJREQ-R y el OC-TCDQ miden la “duda obsesiva” en el sentido requerido por nuestra hipótesis. Sin embargo, no consideramos que nuestros resultados deban llevar, ni a negar la utilidad de estos cuestionarios, ni a descartar el vínculo entre la indecisión y duda, aunque la idea de que la indecisión esté específicamente relacionada con la sintomatología obsesiva sí parece difícil de sostener. En cambio, creemos que se deben dedicar más esfuerzos, desde el campo de la psicopatología, a aclarar el concepto de indecisión. La propuesta de Rassin (2007) deja clara la importancia de realizar distinciones como la que propone entre indecisión rasgo e indecisión en áreas específicas: si bien parece claro que los obsesivos, por el hecho de serlo, no son más indecisos en este sentido, sí parece que puedan serlo en áreas específicas. Pero más allá de estas distinciones puntuales, el propio constructo de indecisión incluye múltiples facetas. Germeijs y de Boeck (2002) distinguieron once descriptores de indecisión, incluyendo aspectos comportamentales (como una mayor latencia o el retraso o cambio en las decisiones), cognitivos (percepción de dificultad) y emocionales (sentimientos de incertidumbre y de arrepentimiento). Una mirada a estos descriptores pone en evidencia que las medidas empleadas en nuestro estudio estaban accediendo a aspectos relevantes, pero diferentes, de la indecisión. En definitiva, este campo de investigación requiere todavía de mucho trabajo de aclaración conceptual y de validación de los constructos relevantes, antes de que la puesta a prueba de hipótesis pueda proporcionar respuestas más completas a nuestras preguntas.

CONCLUSIONES

El punto de partida de este trabajo fue la adaptación y validación de medidas psicométricas y el desarrollo de tareas experimentales de toma de decisiones; sobre el interés y las limitaciones de estos instrumentos se ha discutido largamente en las páginas precedentes. Pero estos instrumentos eran únicamente medios para responder a las preguntas que han motivado esta investigación. El primer grupo de preguntas se refiere a la relación entre los fenómenos subjetivos asociados a la duda obsesiva (experiencias *not just right* e inacabado) con la sintomatología obsesivo-compulsiva, por un lado, y la indecisión, por otro. El segundo grupo de preguntas es acerca de los mecanismos que explican la relación (sea o no específica) entre sintomatología obsesiva e indecisión, explorando dos alternativas básicas. La primera, que sea precisamente la duda obsesiva la variable que las une. La segunda, que sea la valoración de la situación como amenazante el factor que explique la mayor indecisión.

A partir de los resultados ya presentados podemos extraer algunas respuestas que, a pesar de ser parciales y tentativas, presentamos a continuación a modo de conclusiones.

Conclusión 1: las experiencias *not just right* y el inacabado se asocian de forma específica con la sintomatología obsesivo-compulsiva

Se puede realizar esta afirmación debido a que los resultados de diferentes análisis, tanto en población normal como clínica, convergen en la misma conclusión. En los participantes no clínicos, los resultados de las correlaciones parciales y de los análisis de regresión múltiple, indicaron que la asociación entre estas experiencias y las medidas de sintomatología obsesiva no estaba totalmente mediada por la influencia de los síntomas ansiosos y depresivos. Los resultados en la población clínica mostraron que los participantes diagnosticados de TOC puntuaban significativamente más alto que los diagnosticados de Trastorno de Pánico y/o Agorafobia en la escala de Cantidad del NJREQ-R y la de Inacabado del OC-TCDQ. Además, en los pacientes obsesivos, la asociación entre estas medidas de duda obsesiva y las medidas de psicopatología mostraban que la relación con la sintomatología obsesiva era más estrecha que con la ansiosa y depresiva. El alcance de esta conclusión, sin

embargo, es limitado, teniendo en cuenta que ni en la población no clínica, ni en los participantes diagnosticados de pánico/agorafobia, la correlación entre las medidas de duda obsesiva y síntomas obsesivos era mayor que la obtenida para los síntomas de ansiedad y depresión.

Conclusión 2: la indecisión rasgo no se asocia de forma específica con la sintomatología obsesivo-compulsiva

Frente a la conclusión anterior, los resultados de los análisis en los que se empleó la Escala de Indecisión (IS) no fueron capaces de hallar la especificidad de la relación que se hipotetiza para una supuesta medida de “indecisión compulsiva”. En la población no clínica, la asociación entre la indecisión y la sintomatología ansiosa que la obtenida para la sintomatología obsesivo-compulsiva. Además, esta la escala Temores hacia la Toma de Decisiones de la IS no correlacionaba de forma significativa con la sintomatología obsesiva cuando se controlaba el efecto de la ansiedad y la depresión. En población clínica, si bien la puntuación en la IS de los participantes obsesivos era mayor que la de los participantes con pánico/agorafobia, este resultado posiblemente se debía a que los primeros también tenían mayor nivel de ansiedad y depresión. En la muestra obsesiva, la IS se asociaba de forma significativa y elevada a la sintomatología obsesiva, pero lo hacía en un grado similar a la ansiosa y depresiva. Además, el resultado de las correlaciones parciales mostró que la asociación entre indecisión y síntomas obsesivos se debía a la vinculación de ambas con la ansiedad y la depresión.

Conclusión 3: la duda obsesiva no explica la asociación entre sintomatología obsesiva e indecisión

Teniendo en cuenta lo expuesto en la conclusión 2, la hipótesis de que la indecisión como rasgo es la expresión conductual de la tendencia específica de los obsesivos a un tipo de duda concreto es difícilmente plausible. Nuestros resultados revelan que, si bien existe una asociación clara entre síntomas obsesivos e indecisión, esta está mediada principalmente por variables no específicas, tanto psicopatológicas (ansiedad y depresión) como cognitivas (perfeccionismo). Por otro lado, debe reconocerse que también hemos hallado evidencias de que algunas variables, como el inacabado, sí realizan contribuciones específicas, aunque muy pequeñas, a esta asociación. Y, además, un constructo de tanta relevancia para la asociación como el perfeccionismo, contiene tanto elementos comunes a diferentes tipos de psicopatología, como

algunos más específicamente relacionados con el TOC, como las dudas sobre las acciones. No es descartable que estas y otras variables contribuyan de forma específica y relevante a los problemas en la toma de decisiones, aunque no hagan contribuciones amplias a la predicción de la indecisión rasgo tal y como la mide la IS.

Conclusión 4: la indecisión rasgo no predice las dificultades para la toma de decisiones en una situación experimental concreta

La medida de la indecisión a través de las tareas experimentales se enfrenta a problemas importantes. Existen diferentes indicadores potenciales de problemas en la toma de decisiones que pueden no correlacionar entre sí, incluso siendo de forma individual sensibles a las manipulaciones experimentales destinadas a provocar tales problemas. Además, la posibilidad de detectar la influencia de las variables individuales en las diferencias en indecisión depende de diversas características del diseño de las tareas; esto hace difícil conjugar el rigor experimental (estandarización, replicabilidad) con la validez externa de las mismas (que requeriría una mayor atención a las características idiosincrásicas de los participantes y la aplicación de consecuencias reales). Las limitaciones de las tareas empleadas limitan mucho el alcance de nuestras conclusiones. Sin embargo, se puede afirmar que la puntuación en la Escala de Indecisión (IS) no se asociaba de forma consistente con las variables de las tareas que medían dificultades en la toma de decisiones. Así, la indecisión rasgo parece no ser un predictor adecuado de dichas dificultades en una situación concreta, siendo más importantes otras variables de la situación, incluyendo el contenido de las decisiones.

Conclusión 5: el grado en que una situación que requiere una decisión es amenazante se asocia con la aparición de dificultades en la toma de dicha decisión

La cualidad amenazante de los escenarios de toma de decisiones provoca de forma directa la aparición de problemas de toma de decisiones, visibles por una mayor latencia y una menor autoconfianza en la elección. Sin embargo, no parece existir una relación específica entre la magnitud de este efecto y los factores individuales que predisponen a evaluar las situaciones como amenazantes (como la sobreestimación de la amenaza, la intolerancia a la incertidumbre o la ansiedad-rasgo). El efecto parece relacionado, no tanto con la valoración del contenido del escenario como amenazante, sino con la

Conclusiones

valoración negativa del propio hecho de tener que elegir en este escenario. Variables como la tendencia a realizar valoraciones de responsabilidad y la baja confianza en la capacidad propia de tomar decisiones son potencialmente relevantes para explicar el vínculo entre amenaza e indecisión y quizás también la asociación entre indecisión y TOC.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbruzzese, M., Bellodi, L., Ferri, S. y Scarone, S. (1995). Frontal-lobe dysfunction in schizophrenia and obsessive-compulsive disorder - A neuropsychological study. *Brain and Cognition*, 27, 202-212.
- Abbruzzese, M., Ferri, S. y Scarone, S. (1997). The selective breakdown of frontal functions in patients with obsessive-compulsive disorder and in patients with schizophrenia: A double dissociation experimental finding. *Neuropsychologia*, 35, 907-912.
- Abramowitz, J., Khandker, M., Nelson, C., Deacon, B. y Rygwall, R. (2006). The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1361-1374.
- Abramowitz, J. S. y Deacon, B. J. (2005). Obsessive-compulsive disorder: Essential phenomenology and overlap with other anxiety disorders. En J. S. Abramowitz y A. C. Houts (Eds.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* (pp. 119-135). Nueva York: Springer.
- Abramowitz, J. S. y Deacon, B. J. (2005). Reply to Hollander et al. The OC spectrum: A closer look at the arguments and the data. En J. S. Abramowitz y A. C. Houts (Eds.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* (pp. 141-149). Nueva York: Springer.
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., ... Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological assessment*, 22, 180-198.
- Abramowitz, J. S., Fabricant, L. E., Taylor, S., Deacon, B. J., McKay, D. y Storch, E. A. (2014). The relevance of analogue studies for understanding obsessions and compulsions. *Clinical Psychology Review*, 34, 206-217.
- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F. y Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 21, 683-703.
- Adler, C. M., McDonough-Ryan, P., Sax, K. W., Holland, S. K., Arndt, S. y Strakowski, S. M. (2000). fMRI of neuronal activation with symptom provocation in unmedicated patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 34, 317-324.

BIBLIOGRAFÍA

- Akhtar, S., Wig, N. N., Varma, V. K., Pershad, D. y Verma, S. K. (1975). A phenomenological analysis of symptoms in obsessive compulsive neurosis. *The British Journal of Psychiatry*, 127, 342-348.
- Alcolado, G. M. y Radomsky, A. S. (2011). Believe in yourself: Manipulating beliefs about memory causes checking. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 42-49.
- Alexander, G. E., DeLong, M. R. y Strick, P. L. (1986). Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annual Review of Neuroscience*, 9, 357-381.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1st ed.)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. rev.)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Amir, N., Cashman, L. y Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 775-777.
- Anholt, G. E., Emmelkamp, P. M. G., Cath, D. C., Van Oppen, P., Nelissen, H. y Smit, J. H. (2004). Do patients with OCD and pathological gambling have similar dysfunctional cognitions? *Behaviour Research and Therapy*, 42, 529-537.

- Antony, M. M., Downie, F. y Swinson, R. P. (1998). Diagnostic Issues and Epidemiology in Obsessive-Compulsive Disorder. En R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman y M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research, and Treatment* (pp. 3-32). Nueva York: Guilford Press.
- Aouizerate, B., Guehl, D., Cuny, E., Rougier, A., Bioulac, B., Tignol, J. y Burbaud, P. (2004). Pathophysiology of obsessive-compulsive disorder: a necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology. *Progress in Neurobiology*, 72, 195-221.
- Arjona, R. N., Ávila, A. G., Gavino, A. y Romero, P. (2009). Propiedades psicométricas del Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) en dos muestras no clínicas de población española, *Psicothema*, 21, 646-651.
- Bannon, S., Gonsalvez, C. J. y Croft, R. J. (2008). Processing impairments in OCD: It is more than inhibition! *Behaviour Research and Therapy*, 46, 689-700.
- Barkley-Levenson, E. E. y Fox, C. R. (2013). *The surprising relationship between indecisiveness and impulsivity*. Manuscrito en progreso.
- Bartz, J. A y Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 338-352. doi:10.1016/j.pnpbp.2005.11.003
- Baxter, L. R., Schwartz, J. M., Guze, B. H., Bergman, K. y Szuba, M. P. (1990). Neuroimaging in obsessive-compulsive disorder: seeking the mediating neuroanatomy. En *Obsessive Compulsive Disorder: Theory and Management, Second Edition* (pp. 167-188). Chicago: Year Book Medical Publishers.
- Bechara, A., Damasio, A. y Damasio, H. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50, 7-15.
- Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A. R. y Lee, G. P. (1999). Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making. *The Journal of Neuroscience*, 19, 5473-5481.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Nueva York: International University Press.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual of the Beck Depression Inventory-Second Edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beech, H. R. (1971). Ritualistic activity in obsessional patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 15, 417-422.
- Beech, H. R. y Liddell, A. (1974). Decision-making, mood states and ritualistic behaviour among obsessional patients. En H. R. Beech (Ed.), *Obsessional States* (pp. 143-160). Londres: Methuen & Co.
- Beech, H. R. y Perigault, J. (1974). Toward a theory of obsessional disorder. En H. R. Beech (Ed.), *Obsessional States* (pp. 113-142). Londres: Methuen y Co.
- Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, C. (2011). *TOC. Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Madrid: Alianza.
- Belloch, A., Cabedo, E., Carrió, C., Fernández-Alvarez, H., García, F. y Larsson, C. (2011). Group versus individual cognitive treatment for Obsessive-Compulsive Disorder: Changes in non-OCD symptoms and cognitions at post-treatment and one-year follow-up. *Psychiatry Research*, 187, 174-179.
- Belloch, A., Cabedo, E., Carrió, C. y Larsson, C. (2010). Cognitive therapy for autogenous and reactive obsessions: Clinical and cognitive outcomes at post-treatment and 1-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 573-580.
- Belloch, A., Del Valle, G., Morillo, C., Carrió, C. y Cabedo, E. (2009). To seek advice or not to seek advice about the problem: the help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 257-264.
- Belloch, A., Morillo, C. y Giménez, A. (2004). Effects of suppressing neutral and obsession-like thoughts in normal subjects: beyond frequency. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 841-857.
- Belloch, A., Morillo, C., Luciano, J. V., García-Soriano, G., Cabedo, E. y Carrió, C. (2010). Dysfunctional belief domains related to obsessive-compulsive disorder: a further examination of their dimensionality and specificity. *The Spanish Journal of Psychology*, 13, 376-388.

- Belloch, A., Reina, N., García-Soriano, G. y Clark, D. A. (2009). El inventario Clark-Beck de obsesión-compulsión (C-BOCI): Validación para su uso en población española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 95-105.
- Berrios, G. E. (1989). Obsessive-compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century. *Comprehensive psychiatry*, 30, 283-95.
- Berrios, G. E. (2006). Historia de los trastornos obsesivos. En J. Vallejo Ruiloba y G. E. Berrios (Eds.), *Estados obsesivos (3ª ed.)* (pp. 3-16). Barcelona: Masson.
- Berrios, G. E. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Boschen, M. J. y Vuksanovic, D. (2007). Deteriorating memory confidence, responsibility perceptions and repeated checking: comparisons in OCD and control samples. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2098-109.
- Boschen, M. J., Wilson, K. L. y Farrell, L. J. (2011). Attenuating memory distrust in a repeated checking task. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 466-471.
- Botella, C. y Robert, C. (2009). El trastorno obsesivo-compulsivo. En A. Belloch, B. Sandin y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología (edición revisada)* (pp. 149-176). Madrid: McGraw Hill.
- Botella, C., Villa, H., Garcia-Palacios, A., Baños, R. y Perpiñá, C. (2005). La evaluación del trastorno de pánico y la agorafobia. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. (pp. 412-425). Madrid: Piramide.
- Bouvard, M. (2002). Cognitive effects of cognitive-behavior therapy for obsessive compulsive disorder. En R. O. Frost y G. Steketee (Eds.), *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions. Theory, Assessment and Treatment*. (pp. 403-416). Oxford: Elsevier.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. y Mancill, R. B. (2001). Current and Lifetime Comorbidity of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders in a Large Clinical Sample, *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.
- Brown, T. A., DiNardo, P. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule adult version (ADIS-IV)*. Oxford: Oxford University Press.

BIBLIOGRAFÍA

- Cabedo, E., Belloch, A., Morillo, C., Jimenez, A. y Carrio, C. (2004). Intensidad de las creencias disfuncionales en relación con el incremento en obsesividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 465-479.
- Cabedo, E., Morillo, C., Carrió, C., Belloch Fuster, A. y Lucero, M. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar las creencias disfuncionales del trastorno obsesivo-compulsivo: resultados preliminares del Inventario de Creencias Obsesivas (ICO). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 235-250.
- Calamari, J. E., Chik, H. M., Pontarelli, N. K. y Dejong, B. L. (2011). Phenomenology and epidemiology of obsessive compulsive disorder. En G. Steketee (Ed.), *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders* (pp. 11-47). Oxford: Oxford University Press.
- Calamari, J. J. E., Cohen, R. R. J., Rector, N. a N., Szacun-Shimizu, K., Riemann, B. C. y Norberg, M. M. (2006). Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1347-1360.
- Calamari, J., Wiegartz, P. y Janeck, A. (1999). Obsessive-compulsive disorder subgroups: a symptom-based clustering approach. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 113-125.
- Carmin, C. N., Calamari, J. E. y Ownby, R. L. (2011). OCD and spectrum conditions in older adults. En G. Steketee (Ed.), *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders* (pp. 453-468). Oxford: Oxford University Press.
- Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81(5), 311-318.
- Carrasco, Á. (2005). *Evaluación del perfeccionismo, la indecisión y la intolerancia a la incertidumbre*. Universidad de Valencia.
- Carrasco, Á., Belloch, A. y Perpiñá, C. (2010). La evaluación del perfeccionismo : utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36, 49-65.
- Cartwright-Hatton, S. y Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.

- Cassin, S. E. y Rector, N. A. (2011). Psychological models of obsessive compulsive and spectrum disorders. From psychoanalytic to behavioral conceptualizations. En G. Steketee (Ed.), *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders* (pp. 209-232). Oxford: Oxford University Press.
- Cavallaro, R., Cavedini, P., Mistretta, P., Bassi, T., Angelone, S. M., Ubbiali, A. y Bellodi, L. (2003). Basal-corticofrontal circuits in schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: A controlled, double dissociation study. *Biological Psychiatry*, *54*, 437-443.
- Cavazos, J. T. y Campbell, N. J. (2008). Cognitive style revisited: The structure X cognition interaction. *Personality and Individual Differences*, *45*, 498-502.
- Cavedini, P., Gorini, A. y Bellodi, L. (2006). Understanding obsessive-compulsive disorder: Focus on decision making. *Neuropsychology Review*, *16*, 3-15.
- Cavedini, P., Riboldi, G., D'Annunzi, A., Belotti, P., Cisima, M. y Bellodi, L. (2002). Decision-making heterogeneity in obsessive-compulsive disorder: Ventromedial prefrontal cortex function predicts different treatment outcomes. *Neuropsychologia*, *40*, 205-211.
- Cavedini, P., Zorzi, C., Baraldi, C., Patrini, S., Salomoni, G., Bellodi, L., ... Perna, G. (2012). The somatic marker affecting decisional processes in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*, *17*, 177-190.
- Chamberlain, S. (2007). Impaired cognitive flexibility and motor inhibition in unaffected first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *164*, 335-338.
- Chamberlain, S. R., Blackwell, A. D., Fineberg, N. A., Robbins, T. W. y Sahakian, B. J. (2005). The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: The importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *29*, 399-419.
- Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., Blackwell, A. D., Clark, L., Robbins, T. W. y Sahakian, B. J. (2007). A neuropsychological comparison of obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *Neuropsychologia*, *45*, 654-662.
- Chambers, C. D., Garavan, H. y Bellgrove, M. A. (2009). Insights into the neural basis of response inhibition from cognitive and clinical neuroscience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *33*, 631-46.

BIBLIOGRAFÍA

- Chik, H. M., Calamari, J. E., Rector, N. A y Riemann, B. C. (2010). What do low-dysfunctional beliefs obsessive-compulsive disorder subgroups believe? *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 837-846.
- Chiorri, C., Melli, G. y Smurra, R. (2011). Second-Order Factor Structure of the Vancouver Obsessive Compulsive Inventory (VOCI) in a Non-Clinical Sample. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 561-577.
- Clark, D. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. Nueva York: Guilford Press
- Clark, D. A. (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Clark, D. A. (2006). Cognitive-behavioral theory and treatment of obsessive-compulsive disorder. Past contributions and current developments. En R. L. Leahy (Ed.), *Contemporary cognitive therapy. Theory, research and practice*. (pp. 161-183). Nueva York: Guilford Press.
- Clark, D. A. y Beck, A. T. (2002). *Manual for the Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory*. (P. Corporation, Ed.). San Antonio, TX.
- Clark, D. A. y Purdon, C. (1993). New Perspectives for a Cognitive Theory of Obsessions. *Australian Psychologist*, 28, 161-167.
- Clark, D. A. y Rhyno, S. (2005). Unwanted intrusive thoughts in nonclinical individuals. Implications for clinical disorders. En D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment*. (pp. 1-29). Nueva York: Guilford Press.
- Clark, L. y Robbins, T. W. (2011). Decision-making. En S. Wood, N. Allen y C. Pantelis (Eds.), *The Neuropsychology of Mental Illness* (pp. 138-156). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G. y Rhéaume, J. (2003). «Not just right experiences»: perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 681-700.
- Coles, M. E., Hart, A. S. y Schofield, C. A. (2011). Initial data characterizing the progression from obsessions and compulsions to full-blown obsessive compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 685-693.

- Coles, M. E. y Heimberg, R. G. (2002). Memory biases in the anxiety disorders: current status. *Clinical Psychology Review*, 22, 587-627.
- Coles, M. E., Heimberg, R. G., Frost, R. O. y Steketee, G. (2005). Not just right experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 153-167.
- Coles, M. E., Radomsky, A. S. y Horng, B. (2006). Exploring the boundaries of memory distrust from repeated checking: increasing external validity and examining thresholds. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 995-1006.
- Coles, M., Pinto, A., Mancebo, M., Rasmussen, S. A. y Eisen, J. L. (2008). OCD with comorbid OCPD: A subtype of OCD? *Journal of Psychiatric Research*, 42, 289-296.
- Constans, J., Foa, E., Franklin, M. y Mathews, A. (1995). Memory for actual and imagined events in OC checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 665-671.
- Cooper, J. (1970). The Leyton Obsessional Inventory. *Psychological Medicine*, 1, 48-64.
- Cooper, J. y Kelleher, M. (1973). The Leyton Obsessional Inventory: a principal components analysis on normal subjects. *Psychological Medicine*, 3, 204.
- Cottraux, J., Gérard, D., Cinotti, L., Froment, J. C., Deiber, M. P., Le Bars, D., ... Mauguière, F. (1996). A controlled positron emission tomography study of obsessive and neutral auditory stimulation in obsessive-compulsive disorder with checking rituals. *Psychiatry Research*, 60, 101-112.
- Cougle, J. R., Fitch, K. E., Jacobson, S. y Lee, H.-J. (2013). A multi-method examination of the role of incompleteness in compulsive checking. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 231-239.
- Cougle, J. R., Goetz, A. R., Fitch, K. E. y Hawkins, K. A. (2011). Termination of washing compulsions : A problem of internal reference criteria or 'not just right ' experience? *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 801-805.
- Cougle, J. R., Salkovskis, P. M. y Wahl, K. (2007). Perception of memory ability and confidence in recollections in obsessive-compulsive checking. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 118-130.
- Cruzado, J. A. (1993). *Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: Fundacion Universidad-Empresa.

BIBLIOGRAFÍA

- Cummings, J. (1993). Frontal-subcortical circuits and human behavior. *Archives of Neurology*, 50, 873-880.
- Cummings, J. L. y Miller, B. L. (2007). Conceptual and Clinical Aspects of the Frontal Lobe. En B. L. Miller y J. L. Cummings (Eds.), *The human frontal lobes: Functions and disorders* (pp. 12-21). New York: Prentice Hall.
- Cuttler, C., Alcolado, G. M. y Taylor, S. (2013). Mediation and interaction effects of doubt, dysfunctional beliefs and memory confidence on the compulsion to check. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 157-166.
- Cuttler, C. y Graf, P. (2009a). Sub-clinical compulsive checkers show impaired performance on habitual, event- and time-cued episodic prospective memory tasks. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 813-23.
- Cuttler, C. y Graf, P. (2009b). Checking-in on the memory deficit and meta-memory deficit theories of compulsive checking. *Clinical Psychology Review*, 29, 393-409.
- Cuttler, C., Sirois-Delisle, V., Alcolado, G. M., Radomsky, A. S. y Taylor, S. (2013). Diminished confidence in prospective memory causes doubts and urges to check. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 329-334.
- Cuttler, C. y Taylor, S. (2012). Did I forget to lock the door? The link between prospective memory failures and doubt in the compulsion to check. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 437-454.
- Damasio, A. (2001). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica.
- Davey, G. (2003). Doing clinical psychology research: What is interesting isn't always useful. *The Psychologist*, 16, 412-417.
- De Haan, L., Dudek-Hodge, C., Verhoeven, Y. y Denys, D. (2009). Prevalence of psychotic disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 14, 415-417.
- De Mijolla-Mellor, S. (2005). Doubt. En De Mijolla, A. (Ed.), *International Dictionary of Psychoanalysis (vol. 1)* (pp. 435-436).
- De Silva, P. y Rachman, S. (2004). *Obsessive-compulsive disorder. The facts (3ª ed.)*. Oxford: Oxford University Press.

- Deckersbach, T., Otto, M. W., Savage, C. R., Baer, L. y Jenike, M. A. (2000). The relationship between semantic organization and memory in obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 101-107.
- Deckersbach, T., Savage, C. R., Curran, T., Bohne, A., Wilhelm, S. y Baer, L. (2002). A Study of Parallel Implicit and Explicit Information Processing in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1780-1782.
- Deckersbach, T., Savage, C. R. y Rauch, S. L. (2011). Neuropsychology of obsessive-compulsive disorder. En S. J. Wood, N. B. Allen y P. Christos (Eds.), *The Neuropsychology of Mental Illness* (pp. 342-352). Cambridge: Cambridge University Press.
- Dek, E. C. P., van den Hout, M. A., Giele, C. L. y Engelhard, I. M. (2010). Repeated checking causes distrust in memory but not in attention and perception. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 580-587.
- Del Casale, A., Kotzalidis, G. D., Rapinesi, C., Serata, D., Ambrosi, E., Simonetti, A., ... Girardi, P. (2011). Functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychobiology*, 64, 61-85.
- Demal, U., Lenz, G., Mayrhofer, A., Zapotoczky, H. y Zitterl, W. (1993). Obsessive-compulsive disorder and depression: A retrospective study on course and interaction. *Psychopathology*, 26, 145-150.
- Denys, D., Tenney, N., van Megen, H. J. G. M., de Geus, F. y Westenberg, H. G. M. (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 80, 155-162.
- Di Schiena, R., Luminet, O., Chang, B. y Philippot, P. (2013). Why are Depressive Individuals Indecisive? Different Modes of Rumination Account for Indecision in Non-clinical Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 713-724.
- Dittrich, W. H., Johansen, T., Fineberg, N. A. y Landrø, N. I. (2011). Cognitive Performance and Specific Deficits in OCD Symptom Dimensions : II. Spatial Memory and Impaired Recognition of Visuospatial Object Locations. *German Journal of Psychiatry*.
- Dittrich, W. H., Johansen, T., Landrø, N. I. y Fineberg, N. A. (2011). Cognitive performance and specific deficits in OCD symptom dimensions: III. Decision-making and impairments in risky choices. *German Journal of Psychiatry*.

BIBLIOGRAFÍA

- Dunn, B. D., Dalgleish, T. y Lawrence, A. D. (2006). The somatic marker hypothesis: a critical evaluation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 239-71.
- Ecker, W. y Gönner, S. (2008). Incompleteness and harm avoidance in OCD symptom dimensions. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 895-904.
- Ecker, W., Gönner, S. y Katharina, W. (2011). Die Messung von Motivdimensionen der Zwangsstörung: Unvollständigkeitserleben und Schadensvermeidung. *Psychotherapie - Psychosomatik - medizinische Psychologie*, 61, 62-69.
- Ecker, W., Kupfer, J. y Gönner, S. (2013). Self-Related Incompleteness in Obsessive-Compulsive Disorder. *Verhaltenstherapie*, 23, 12-21.
- Ecker, W., Kupfer, J. y Gönner, S. (2014). Incompleteness and harm avoidance in OCD, anxiety and depressive disorders, and non-clinical controls. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 46-51.
- Ecker, W. y Leonhart, R. (2010). Multidimensional assessment of OCD: integration and revision of the Vancouver Obsessional-Compulsive Inventory and the Symmetry Ordering and Arranging Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 739-757.
- Edalatzadeh, N., Kabirnezhad, S. y Alilo, M. M. (2011). Memory confidence in obsessive-compulsive disorder; checking subtype. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 862-865.
- Ellenberger, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry*. Nueva York: Basic Books.
- Emmelkamp, P. M. G., van Oppen, P. y van Balkom, A. J. L. M. (2002). Cognitive changes in patients with obsessive compulsive rituals treated with exposure in vivo and response prevention. En R. O. Frost y G. Steketee (Eds.), *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions. Theory, Assessment and Treatment*. (pp. 391-401). Oxford: Elsevier.
- Exner, C., Kohl, A., Zaudig, M., Langs, G., Lincoln, T. M. y Rief, W. (2009). Metacognition and episodic memory in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 624-631.
- Exner, C., Martin, V. y Rief, W. (2007). Self-Focused Ruminations and Memory Deficits in Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 163-174.

- Fals-Stewart, W. y Lucente, S. (1993). An MCMI cluster typology of obsessive—compulsives: A measure of personality characteristics and its relationship to treatment participation, compliance and outcome. *Journal of Psychiatric Research*, 27, 139-154.
- Farrell, L. J., Waters, A. M., Boschen, M. J. y Milliner, E. L. (2011). Responsibility beliefs, memory confidence, intolerance of uncertainty and the urge to check in childhood obsessive-compulsive disorder: An examination of cognitive theory. *Behaviour Change*, 28, 128-142.
- Fear, C. F. y Healy, D. (1997). Probabilistic reasoning in obsessive-compulsive and delusional disorders. *Psychological Medicine*, 27, 199-208.
- Fenichel, O. (1946). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. Kegan Paul.
- Fergus, T. A. (2014). Are «Not Just Right Experiences» (NJREs) Specific to Obsessive-Compulsive Symptoms?: Evidence that NJREs Span across Symptoms of Emotional Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 353-363.
- Ferrão, Y. A., Shavitt, R. G., Prado, H., Fontenelle, L. F., Malavazzi, D. M., de Mathis, M. A., ... do Rosário, M. C. (2012). Sensory phenomena associated with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder: an exploratory study of 1001 patients. *Psychiatry Research*, 197, 253-258.
- Fitch, K. E. y Cogle, J. R. (2013). Perceived and actual information processing deficits in nonclinical hoarding. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 192-199.
- Fitzgerald, K. D., Welsh, R. C., Gehring, W. J., Abelson, J. L., Himle, J. A., Liberzon, I. y Taylor, S. F. (2005). Error-related hyperactivity of the anterior cingulate cortex in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 287-294.
- Fitzgerald, K., Nedeljkovic, M., Moulding, R., Kyrios, M. y Al, F. E. T. (2011). The relationship between neuropsychological performance, cognitive confidence and obsessive-compulsive phenomena: A pilot study. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4, 51-65.
- Foa, E. B., Amir, N., Gershuny, B., Molnar, C. y Kozak, M. J. (1997). Implicit and explicit memory in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 119-29.

BIBLIOGRAFÍA

- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R. y Hajcak, G. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, M. y Rasmussen, S. A. (1995). DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 90-96.
- Foa, E. B., Mathews, A., Abramowitz, J. S., Amir, N., Przeworski, A., Riggs, D. S., ... Alley, A. (2003). Do patients with obsessive-compulsive disorder have deficits in decision-making? *Cognitive Therapy and Research*, 27, 431-445.
- Fontaine, D., Mattei, V. y Robert, P. H. (2007). Obsessive-Compulsive Disorder and the Frontal Lobes. En B. L. Miller y J. L. Cummings (Eds.), *The human frontal lobes: Functions and disorders* (pp. 621-635). Nueva York: Prentice Hall.
- Forrester, E., Wilson, C. y Salkovskis, P. M. (2002). The occurrence of intrusive thoughts transforms meaning in ambiguous situations: An experimental study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 143-152.
- Fowle, H. J. y Boschen, M. J. (2011). The impact of compulsive cleaning on confidence in memory and cleanliness. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 237-243.
- Franklin, S. A., McNally, R. J. y Riemann, B. C. (2009). Moral reasoning in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 575-577.
- Fransella, F. (1974). Thinking and the obsessional. En H. R. Beech (Ed.), *Obsessional States* (pp. 175-196). Londres: Methuen y Co.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N. y Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Freud, S. (1908). Carácter y erotismo anal. En *Obras completas. Volumen 9*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1909). A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En *Obras completas. Volumen 10*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913). La predisposición a la neurosis obsesiva. Contribución al problema de la elección de neurosis. En *Obras completas. Volumen 12*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freyer, T., Klöppel, S., Tüscher, O., Kordon, A., Zurowski, B., Kuelz, A.-K., ... Voderholzer, U. (2011). Frontostriatal activation in patients with obsessive-compulsive disorder before and after cognitive behavioral therapy. *Psychological Medicine*, 41, 207-216.
- Friedlander, L. y Desrocher, M. (2006). Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder in adults and children. *Clinical Psychology Review*, 26, 32-49.
- Frost, R., Lahart, C., Dugas, K. y Sher, K. (1988). Information processing among non-clinical compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 275-277.
- Frost, R. O. y Gross, R. C. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 367-381.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Frost, R. O., Novara, C. y Rhéaume, J. (2002). Perfectionism in Obsessive Compulsive Disorder. En R. O. Frost y G. Steketee (Eds.), *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions. Theory, Assessment and Treatment*. (pp. 91-105). Oxford: Pergamon.
- Frost, R. O. y Shows, D. L. (1993). The nature and measurement of compulsive indecisiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 683-692.
- Frost, R. O. y Steketee, G. (Eds.). (2002). *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Theory, Assessment and Treatment*. Oxford: Elsevier.
- Frost, R. O., Tolin, D. F., Steketee, G., Fitch, K. E. y Selbo-Bruns, A. (2009). Excessive acquisition in hoarding. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 632-639.
- Frost, R. y Shows, D. (1993). The nature and measurement of compulsive indecisiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 683-692.

BIBLIOGRAFÍA

- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andi3n, O., Torrubia, R. y Mataix-Cols, D. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-revised in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*, 893-903.
- García, A. M., Freeman, J. B., Himle, M. B., Berman, N. C., Ogata, A. K., Ng, J., ... Leonard, H. (2009). Phenomenology of early childhood onset obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *31*, 104-111.
- García Soriano, G. (2008). *Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones clínicas: contenidos y significado personal*. Universidad de Valencia.
- García-Soriano, G., Belloch, A. y Morillo, C. (2008). Sobre la heterogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo: Una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *13*, 65-84.
- García-Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C. y Clark, D. A. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: from normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*, 474-82.
- Garety, P. A., Hemsley, D. R. y Wessely, S. (1991). Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients. Biases in performance on a probabilistic inference task. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *179*, 194-201.
- Gayton, W. F., Clavin, R. H., Clarin, S. L. y Broida, J. (1994). Further validation of the Indecisiveness Scale. *Psychological Reports*, *75*, 1631-1634.
- Gelder, M. G., Lopez-Ibor, J. J. y Andreasen, N. C. (Eds.). (2003). *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Gentil, A., Mathis, M., Torresan, R., Diniz, J. B., Alvarenga, P., do Rosario, M. C., ... Miguel. (2009). Alcohol use disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: The importance of appropriate dual-diagnosis. *Drug and Alcohol Dependence*, *100*, 173-177.
- Gentsch, A., Endrass, T. y Kathmann, N. (2012). Dysfunctional forward model mechanisms and aberrant sense of agency in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, *71*, 652-659.
- Germeijs, V. y De Boeck, P. (2003). Career indecision: Three factors from decision theory. *Journal of Vocational Behavior*, *62*, 11-25.

- Ghisi, M., Bottesi, G., Sica, C., Sanavio, E. y Freeston, M. H. (2013). Is Performance on the Go/Nogo Task Related to Not Just Right Experiences in Patients with Obsessive Compulsive Disorder? *Cognitive Therapy and Research*, 37, 1121-1131.
- Ghisi, M., Rocco, L., Marchetti, I., Sanavio, E. y Sica, C. (2010). In search of specificity : « Not just right experiences » and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical and clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 879-886.
- Giele, C. L., van den Hout, M. A., Engelhard, I. M. y Dek, E. C. P. (2014). Paradoxical effects of compulsive perseveration: Sentence repetition causes semantic uncertainty. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 35-38.
- Gilbert, A. R., Akkal, D., Almeida, J. R. C., Mataix-Cols, D., Kalas, C., Devlin, B., ... Phillips, M. L. (2009). Neural correlates of symptom dimensions in pediatric obsessive-compulsive disorder: A functional magnetic resonance imaging study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 936-944.
- Goldman, B. L., Martin, E. D., Calamari, J. E., Woodard, J. L., Chik, H. M., Messina, M. G., ... Wiegartz, P. S. (2008). Implicit learning, thought-focused attention and obsessive-compulsive disorder: A replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 48-61.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Freischmann, R. L., Hill, C. L., ... Chamey, D. S. (1989). The Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale. I: Development, use, reliability, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C. M., Fleischmann, R. N., Hill, C. L., ... Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodwin, A. H. y Sher, K. J. (1992). Deficits in set-shifting ability in nonclinical compulsive checkers. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14, 81-92.
- Grabe, H., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Freyberger, H. J., Dilling, H. y Et al. (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 262-268.

BIBLIOGRAFÍA

- Graf, P. (2012). Prospective memory: Faulty brain, flaky person. *Canadian Psychology*, 53, 7-13.
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety*. Oxford: Oxford University Press.
- Graybiel, A. M. y Rauch, S. L. (2000). Toward a neurobiology of obsessive-compulsive disorder. *Neuron*, 28, 343-347.
- Greisberg, S. y McKay, D. (2003). Neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: a review and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 23, 95-117.
- Grisham, J. R., Norberg, M. M., Williams, A. D., Certoma, S. P. y Kadib, R. (2010). Categorization and cognitive deficits in compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 866-872.
- Gu, B.-M. y Kukreja, K. (2011). Obsessive-compulsive disorder and memory-mixing in temporal comparison: is implicit learning the missing link? *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 5.
- Gwilliam, P., Wells, A. y Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the Metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 137-144.
- Hall, B. J., Tolin, D. F., Frost, R. O. y Steketee, G. (2013). An exploration of comorbid symptoms and clinical correlates of clinically significant hoarding symptoms. *Depression and Anxiety*, 30, 67-76.
- Hamilton, V. (1957). Perceptual and personality dynamics in reactions to ambiguity. *British Journal of Psychology*, 48, 200-215.
- Hampshire, A., Chamberlain, S. R., Monti, M. M., Duncan, J. y Owen, A. M. (2010). The role of the right inferior frontal gyrus: inhibition and attentional control. *NeuroImage*, 50, 1313-1319.
- Hardie, S. M. y Wright, L. (2013). The relationship between Revised Reinforcement Sensitivity Theory (rRST), handedness and indecision. *Personality and Individual Differences*, 55, 312-316.
- Harkin, B. y Kessler, K. (2009). How checking breeds doubt: reduced performance in a simple working memory task. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 504-12.

- Harkin, B. y Kessler, K. (2011). The role of working memory in compulsive checking and OCD: a systematic classification of 58 experimental findings. *Clinical Psychology Review*, 31, 1004-1021.
- Harrison, B. J., Soriano-Mas, C., Pujol, J., Ortiz, H., López-Solà, M., Hernández-Ribas, R., ... Cardoner, N. (2009). Altered corticostriatal functional connectivity in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66, 1189-200.
- Haslam, N., Williams, B., Kyrios, M., McKay, D. y Taylor, S. (2005). Subtyping obsessive-compulsive disorder: A taxometric analysis. *Behavior Therapy*, 36, 381-391.
- Hayward, L. C. y Coles, M. E. (2008). Elucidating the relation of hoarding to obsessive compulsive disorder and impulse control disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 220-227.
- Hermans, D., Engelen, U., Grouwels, L., Joos, E., Lemmens, J. y Pieters, G. (2008). Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: Distrusting perception, attention and memory. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 98-113.
- Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G. y Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 383-401.
- Hodgson, R. J. y Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Hollander, E. (Ed.). (1993). *Obsessive-compulsive related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hollander, E., Braun, A. y Simeon, D. (2008). Should OCD leave the anxiety disorders in DSM-V? The case for obsessive compulsive-related disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 317-329.
- Hollander, E., Friedberg, J. P., Wasserman, S., Yeh, C.-C. y Iyengar, R. (2005). The case for the OCD spectrum. En J. S. Abramowitz y A. C. Houts (Eds.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* (pp. 95-118). Nueva York: Springer.
- Howarth, E. y Weissman, M. M. (2000). The epidemiology and cross-national presentation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 493-507.

BIBLIOGRAFÍA

- Hudak, R. (2011). Introduction to obsessive-compulsive disorder. En R. Hudak y D. D. Dougherty (Eds.), *Clinical obsessive-compulsive disorders in adults and children* (pp. 1-19). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hunter, R. y Macalpine, I. (1963). *Three hundred years of psychiatry*. Londres: London University Press.
- Insel, T. R. (1988). Obsessive-compulsive disorder: a neuroethological perspective. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 365-369.
- Jacobsen, P., Freeman, D. y Salkovskis, P. (2012). Reasoning bias and belief conviction in obsessive-compulsive disorder and delusions: jumping to conclusions across disorders? *The British Journal of Clinical Psychology*, 51, 84-99.
- Jakes, I. (1996). *Theoretical approaches to obsessive-compulsive disorder*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F. y Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences*, 41, 1205-1216.
- Karno, M., Golding, J. y Sorenson, S. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Kathmann, N., Rupertseder, C., Hauke, W. y Zaudig, M. (2005). Implicit sequence learning in obsessive-compulsive disorder: Further support for the fronto-striatal dysfunction model. *Biological Psychiatry*, 58, 239-244.
- Keppel, G. (1982). *Design and analysis: A researcher's handbook*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Kloosterman, P. H., Summerfeldt, L. J., Parker, J. D. A. y Holden, J. J. A. (2013). The obsessive-compulsive trait of Incompleteness in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 176-182.
- Konishi, M., Shishikura, K., Nakaaki, S., Komatsu, S.-I. y Mimura, M. (2011). Remembering and forgetting: directed forgetting effect in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7, 365-372.
- Kozack, M. J., Foa, E. B. y McCarthy, P. R. (1988). Obsessive-compulsive disorder. En C. G. Last y M. Hersen (Eds.), *Handbook of anxiety disorders*. Oxford: Pergamon.

- Krikorian, R., Zimmerman, M. E. y Fleck, D. E. (2004). Inhibitory control in obsessive-compulsive disorder. *Brain and Cognition*, 54, 257-259.
- Kuelz, A. K., Hohagen, F. y Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biological Psychology*, 65, 185-236.
- Kyrios, M., Frost, R. O. y Steketee, G. (2004). Cognitions in compulsive buying and acquisition. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 241-258.
- Ladouceur, R., Talbot, F. y Dugas, M. J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. Experimental findings. *Behavior Modification*, 21, 355-371.
- Langlois, F., Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (2000a). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: Study 1. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 157-173.
- Langlois, F., Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (2000b). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: Study 2. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 175-189.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.-B. (1993). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Lawrence, N., Wooderson, S., Mataix-Cols, D., David, R., Speckens, A. y Phillips, M. L. (2006). Decision making and set shifting impairments are associated with distinct symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychology*, 20, 409-419.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Nueva York: Springer.
- Leckman, J. F. (1993). Tourette's syndrome. En E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive-related disorders* (pp. 113-137). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Leckman, J. F., Mataix-Cols, D. y Rosario-Campos, M. C. (2005a). Symptom dimensions in OCD: Developmental and evolutionary perspectives. En J. S. Abramowitz y A. C. Houts (Eds.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* (pp. 3-25). NY: Springer.

BIBLIOGRAFÍA

- Leckman, J. F., Mataix-Cols, D. y Rosario-Campos, M. C. (2005b). Reply to Taylor. Combined dimensional and categorical perspectives as an integrative approach to OCD. En J. S. Abramowitz y A. C. Houts (Eds.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* (pp. 43-47). NY: Springer.
- Leckman, J. F., Walker, D. E. y Cohen, D. J. (1993). Premonitory urges in Tourette's syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, *150*, 98-102.
- Leckman, J. F., Walker, D. E., Goodman, W. K., Pauls, D. L. y Cohen, D. J. (1994). «Just right» perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, *151*, 675.
- Leckman, J., Grice, D., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., ... Pauls, D. L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *154*, 911-917.
- Lee, H.-J. y Kwon, S.-M. (2003). Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *4*, 11-29.
- Lee, I. A., & Preacher, K. J. (2013). Calculation for the test of the difference between two dependent correlations with one variable in common [Software]. Disponible en <http://quantpsy.org>.
- Lee, H.-J. y Telch, M. J. (2008). Autogenous obsessions and reactive obsessions. En J. S. Abramowitz, D. McKay y S. Taylor (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder. Subtypes and spectrum conditions*. (pp. 107-126). NY: Elsevier.
- Lennertz, L., Rampacher, F., Vogeley, A., Schulze-Rauschenbach, S., Pukrop, R., Ruhrmann, S., ... Wagner, M. (2012). Antisaccade performance in patients with obsessive-compulsive disorder and unaffected relatives: further evidence for impaired response inhibition as a candidate endophenotype. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *262*, 625-634.
- Lensi, P., Gasano, G. B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J. L. y S., A. H. (1996). Obsessive-compulsive disorder: Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry*, *169*, 101-107.

- Linkovski, O., Kalanthroff, E., Henik, A. y Anholt, G. (2013). Did I turn off the stove? Good inhibitory control can protect from influences of repeated checking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 30-36.
- Lipszyc, J. y Schachar, R. (2010). Inhibitory control and psychopathology: a meta-analysis of studies using the stop signal task. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16, 1064-1076.
- Lochner, C. y Stein, D. J. (2006). Does work on obsessive-compulsive spectrum disorders contribute to understanding the heterogeneity of obsessive-compulsive disorder? *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30(3), 353-61.
- Macdonald, P. A., Antony, M. M., Macleod, C. M. y Richter, M. A. (1997). Memory and confidence in memory judgments among individuals with obsessive compulsive disorder and non-clinical controls. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 497-505.
- MacLeod, C. M. (1989). Directed forgetting affects both direct and indirect tests of memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 15, 13-21.
- Magee, J. C., Harden, K. P. y Teachman, B. A. (2012). Psychopathology and thought suppression: a quantitative review. *Clinical Psychology Review*, 32, 189-201.
- Maltby, N., Tolin, D. F., Worhunsky, P., O'Keefe, T. M. y Kiehl, K. A. (2005). Dysfunctional action monitoring hyperactivates frontal-striatal circuits in obsessive-compulsive disorder: An event-related fMRI study. *NeuroImage*, 24, 495-503.
- Mancebo, M. C., Grant, J. E., Pinto, A., Eisen, J. L. y Rasmussen, S. A. (2009). Substance use disorders in an obsessive compulsive disorder clinical sample. *Journal of anxiety disorders*, 23, 429-435.
- Mancini, F., Gangemi, A., Perdighe, C. y Marini, C. (2008). Not just right experience : Is it influenced by feelings of guilt? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 162-176.
- Martin, J. H. (1998). *Neuroanatomía*. Madrid: Prentice Hall.
- Mataix-Cols, D., Nakatani, E., Micali, N. y Heyman, I. (2008). Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 773-778.

BIBLIOGRAFÍA

- Mataix-Cols, D., Pertusa, A. y Leckman, J. F. (2007). Issues for DSM-V: how should obsessive-compulsive and related disorders be classified? *The American Journal of Psychiatry*, 164, 1313-1314.
- Mataix-Cols, D. y van den Heuvel, O. A. (2006). Common and distinct neural correlates of obsessive-compulsive and related disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 29, 391-410.
- Mataix-Cols, D. y van den Heuvel, O. A. (2012). Neuroanatomy of Obsessive Compulsive and Related Disorders. En G. Steketee (Ed.), *The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders* (pp. 126-144). Oxford: Oxford University Press.
- Mataix-Cols, D., Wooderson, S., Lawrence, N., Brammer, M. J., Speckens, A. y Phillips, M. L. (2004). Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 61, 564-576.
- Mathis, M., Alvarenga, P., Funaro, G., Torresan, R., Moraes, I., Rodrigues Torres, A., ... Hounie, A. (2011). Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33, 390-399.
- McEvoy, P. M. y Mahoney, A. E. J. (2012). To Be Sure, To Be Sure: Intolerance of Uncertainty Mediates Symptoms of Various Anxiety Disorders and Depression. *Behavior Therapy*, 43, 533-545.
- McFall, M. E. y Wollersheim, J. P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333-348.
- McKay, D., Abramowitz, J. S. y Taylor, S. (2008). Discussion: Conceptualizing subtypes of obsessive-compulsive disorder. En J. S. Abramowitz, D. McKay y S. Taylor (Eds.), *Obsessive-Compulsive disorder. Subtypes and spectrum conditions*. (pp. 127-135). Nueva York: Elsevier.
- McLean, P. D., Whittal, M. L., Thordarson, D. S., Taylor, S., Sochting, I., Koch, W. J., ... Anderson, K. W. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 205-214.
- McNally, R. J. y Kohlbeck, P. A. (1993). Reality monitoring in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 249-253.

- Menzies, L., Achard, S., Chamberlain, S. R., Fineberg, N., Chen, C.-H., del Campo, N., ... Bullmore, E. (2007). Neurocognitive endophenotypes of obsessive-compulsive disorder. *Brain*, *130*, 3223-3236.
- Menzies, L., Chamberlain, S. R., Laird, A. R., Thelen, S. M., Sahakian, B. J. y Bullmore, E. T. (2008). Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of obsessive-compulsive disorder: the orbitofronto-striatal model revisited. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *32*, 525-549.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, *28*, 487-495.
- Miguel, E., Baer, L., Coffey, B., Rauch, S., Savage, C., O'Sullivan, R., ... Jenike, M. (1997). Phenomenological differences appearing with repetitive behaviours in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, *170*, 140-144.
- Miguel, E. C., Rosário-Campos, M. C., da Silva Prado, H., Do Valle, R., Rauch, S. L., Coffey, B. J., ... Leckman, J. F. (2000). Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *61*, 150-156.
- Mikulciner, M., Kedem, P. y Paz, D. (1990). The impact of trait anxiety and situational stress on the categorization of natural objects. *Anxiety Research*, *2*, 85-101.
- Milgram, N. y Tenne, R. (2000). Personality correlates of decisional and task avoidant procrastination. *European Journal of Personality*, *14*, 141-156.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. y Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life (2ª ed.)*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Milner, A. D., Beech, H. R. y Walker, V. J. (1971). Decision processes and obsessional behavior. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, *10*, 88-89.
- Morein-Zamir, S., Pappmeyer, M., Gillan, C. M., Crockett, M. J., Fineberg, N. A., Sahakian, B. J. y Robbins, T. W. (2012). Punishment promotes response control deficits in obsessive-compulsive disorder: evidence from a motivational go/no-go task. *Psychological medicine*.
- Morillo, C. (2004). *De los pensamientos intrusos a las obsesiones clínicas: acercamiento metacognitivo al trastorno obsesivo-compulsivo*. Universidad de Valencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Morillo, C., Belloch, A. y García-Soriano, G. (2007). Clinical obsessions in obsessive-compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: Where are the differences? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1319-1333.
- Moritz, S., Hottenrott, B., Jelinek, L., Brooks, A. M. y Scheurich, A. (2012). Effects of obsessive-compulsive symptoms on neuropsychological test performance: Complicating an already complicated story. *The Clinical Neuropsychologist*, 26, 31-44.
- Moritz, S., Jelinek, L., Hottenrott, B., Klinge, R. y Randjbar, S. (2009). No evidence for object alternation impairment in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Brain and Cognition*, 69, 176-179.
- Moritz, S., Kloss, M. y Jacobsen, D. (2005). Extent, profile and specificity of visuospatial impairment in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 27, 795-814.
- Moritz, S., Rietschel, L., Jelinek, L. y Bäuml, K.-H. T. (2011). Are patients with obsessive-compulsive disorder generally more doubtful? Doubt is warranted! *Psychiatry Research*, 189, 265-269.
- Moritz, S., Ruhe, C., Jelinek, L. y Naber, D. (2009). No deficits in nonverbal memory, metamemory and internal as well as external source memory in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behaviour Research and Therapy*, 47, 308-315.
- Muller, J. y Roberts, J. E. (2005). Memory and attention in Obsessive-Compulsive Disorder: a review. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 1-28.
- Myers, S. G. y Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 806-817.
- Nabeyama, M., Nakagawa, A., Yoshiura, T., Nakao, T., Nakatani, E., Togao, O., ... Kanba, S. (2008). Functional MRI study of brain activation alterations in patients with obsessive-compulsive disorder after symptom improvement. *Psychiatry Research*, 163, 236-247.
- Nakao, T., Nakagawa, A., Yoshiura, T., Nakatani, E., Nabeyama, M., Yoshizato, C., ... Kawamoto, M. (2005). A functional MRI comparison of patients with obsessive-compulsive disorder and normal controls during a Chinese character Stroop task. *Psychiatry Research - Neuroimaging*, 139, 101-114.

- Neal, M. y Cavanna, A. E. (2013). «Not just right experiences» in patients with Tourette syndrome: complex motor tics or compulsions? *Psychiatry research*, 210, 559-563.
- Nedeljkovic, M. y Kyrios, M. (2007). Confidence in memory and other cognitive processes in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2899-2914.
- Nedeljkovic, M., Kyrios, M., Moulding, R. y Doron, G. (2011). Neuropsychological Changes Following Cognitive-Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *International Journal of Cognitive Therapy*, 4, 8-20.
- Nedeljkovic, M., Moulding, R., Kyrios, M. y Doron, G. (2009). The relationship of cognitive confidence to OCD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 463-468.
- Nielen, M. M. A., Veltman, D. J., de Jong, R., Mulder, G. y den Boer, J. A. (2002). Decision making performance in obsessive compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 69, 257-260.
- Niler, E. y Beck, S. (1989). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 213-220.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (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. (2003). 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. (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.

BIBLIOGRAFÍA

- Ogar, J. y Gorno-Tempini, M. L. (2007). The Orbitofrontal Cortex and the Insula. En B. L. Miller y J. L. Cummings (Eds.), *The human frontal lobes: Functions and disorders* (pp. 59-67). Nueva York: Prentice Hall.
- Olatunji, B. O., Williams, B. J., Haslam, N., Abramowitz, J. S. y Tolin, D. F. (2008). The latent structure of obsessive-compulsive symptoms: a taxometric study. *Depression and Anxiety*, 25, 956-968.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento, 10ª edición. (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Oyeboode, F. (2008). *Sim's symptoms in the mind. An introduction to descriptive psychopathology (4ª ed.)*. Nueva York: Saunders.
- Parkinson, L. y Rachman, S. (1981). Part II. The nature of intrusive thoughts. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 101-110.
- Patalano, A. L. y Wengrovitz, S. M. (2006). Cross-cultural exploration of the Indecisiveness Scale: A comparison of Chinese and American men and women. *Personality and Individual Differences*, 41, 813-824.
- Patalano, A. L. y Wengrovitz, S. M. (2007). Indecisiveness and response to risk in deciding when to decide. *Journal of Behavioral Decision Making*, 424, 405-424.
- Penadés, R., Catalán, R., Rubia, K., Andrés, S., Salamero, M. y Gastó, C. (2007). Impaired response inhibition in obsessive compulsive disorder. *European Psychiatry*, 22, 404-10.
- Pena-Garijo, J., Ruipérez-Rodríguez, M. Á., & Barros-LoCERTALES, A. (2010a). Neurobiología del trastorno obsesivo-compulsivo : aportaciones desde la resonancia magnética funcional (I). *Revista de Neurología*, 50, 477-485.
- Pena-Garijo, J., Ruipérez-Rodríguez, M. Á. y Barros-LoCERTALES, A. (2010b). Neurobiología del trastorno obsesivo-compulsivo : aportaciones desde la resonancia magnética funcional (II), 50, 541-550.
- Persons, J. y Foa, E. (1984). Processing of fearful and neutral information by obsessive compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 259-265.
- Phillips, K. A., Stein, D. J., Rauch, S. L., Hollander, E., Fallon, B. A., Barsky, A., ... Leckman, J. (2010). Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depression and anxiety*, 27, 528-55.

- Pietrefesa, A. S. y Coles, M. E. (2008). Moving beyond an exclusive focus on harm avoidance in obsessive compulsive disorder: Considering the role of incompleteness. *Behavior Therapy*, 39, 224-231.
- Pietrefesa, A. S. y Coles, M. E. (2009). Moving beyond an exclusive focus on harm avoidance in obsessive-compulsive disorder: Behavioral validation for the separability of harm avoidance and incompleteness. *Behavior Therapy*, 40, 251-259.
- Pinto, A. y Eisen, J. L. (2011). Personality features of OCD and spectrum conditions. En G. Steketee (Ed.), *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders* (pp. 189-208). Oxford: Oxford University Press.
- Piqueras Rodriguez, J., Martinez Gonzalez, A. E., Hidalgo Montesinos, M. D., Fullana Rivas, M. A., Mataix-Cols, D. y Rosa Alcázar, A. I. (2009). Psychometric properties of the Obsessive Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample of late adolescents. *Psicologia Conductual*, 17, 561-572.
- Pitman, R. K. (1984). Janet's Obsessions and Psychastenia: A synopsis. *Psychiatric Quarterly*, 56(4), 297-314.
- Pitman, R. K. (1987). A cybernetic model of obsessive-compulsive psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 28(4), 334-343.
- Poyurovsky, M. (2011). Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: clinical characterization and treatment. En R. Hudak y D. D. Dougherty (Eds.), *Clinical obsessive-compulsive disorders in adults and children* (pp. 71-91). Cambridge: Cambridge University Press.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1029-54.
- Purdon, C. y 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, 713-720.
- Purdon, C. y Clark, D. A. (1994a). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 403-410.
- Purdon, C. y Clark, D. A. (1994b). Perceived control and appraisal of obsessional intrusive thoughts: A replication and extension. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 269-285.

BIBLIOGRAFÍA

- Purdon, C. y Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 102-110.
- Purdon, C. y Clark, D. A. (2001). Suppression of obsession-like thoughts in nonclinical individuals: Impact on thought frequency, appraisal and mood state. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1163-1181.
- Purdon, C., Gifford, S., McCabe, R. y Antony, M. M. (2011). Thought dismissability in obsessive-compulsive disorder versus panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 646-653.
- Purdon, C., Rowa, K. y Antony, M. M. (2005). Thought suppression and its effects on thought frequency, appraisal and mood state in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 93-108.
- Rachman, S. (1971). Obsessional ruminations. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 229-235.
- Rachman, S. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793-802.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour research and therapy*, 36(4), 385-401.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 625-639.
- Rachman, S. (2003). *The Treatment of Obsessions*. Oxford: Oxford University Press.
- Rachman, S. J. y de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S. J. y Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Rachman, S. y Shafran, R. (1998). Cognitive and Behavioral Features of Obsessive-Compulsive Disorder. En R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman y M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research, and Treatment* (pp. 51-78). Nueva York: Guilford.
- Rachman, S., Shafran, R., Mitchell, D., Trant, J. y Teachman, B. (1996). How to remain neutral: An experimental analysis of neutralization. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 889-898.
- Radomsky, a S., Rachman, S. y Hammond, D. (2001). Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 813-822.
- Radomsky, A. S. y Alcolado, G. M. (2010). Don't even think about checking: Mental checking causes memory distrust. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, *41*, 3453-3451.
- Radomsky, A. S. y Alcolado, G. M. (2012). Information Processing in Obsessive Compulsive Disorder and Related Problems. En G. Steketee (Ed.), *The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders* (pp. 145-167). Oxford: Oxford University Press.
- Radomsky, A. S., Dugas, M. J., Alcolado, G. M. y Lavoie, S. L. (2014). When more is less: Doubt, repetition, memory, metamemory, and compulsive checking in OCD. *Behaviour Research and Therapy*, *59*, 30-39.
- Radomsky, A. S., Gilchrist, P. T. y Dussault, D. (2006). Repeated checking really does cause memory distrust. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 305-316.
- Radua, J. y Mataix-Cols, D. (2009). Voxel-wise meta-analysis of grey matter changes in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *195*, 393-402.
- Radua, J., van den Heuvel, O. A, Surguladze, S. y Mataix-Cols, D. (2010). Meta-analytical comparison of voxel-based morphometry studies in obsessive-compulsive disorder vs other anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, *67*, 701-711.
- Rao, N. P., Reddy, Y. C. J., Kumar, K. J., Kandavel, T. y Chandrashekar, C. R. (2008). Are neuropsychological deficits trait markers in OCD? *Progress in neuro-psychopharmacology y biological psychiatry*, *32*, 1574-1579.
- Rapoport, J. L. (1989). The biology of obsessions and compulsions. *Scientific American*, *260*, 82-89.

BIBLIOGRAFÍA

- Rapoport, J. L. (1991). *The boy who couldn't stop washing: The experience and treatment of obsessive-compulsive disorder*. London: Penguin.
- Rapoport, J. L. y Wise, S. P. (1988). Obsessive-compulsive disorder: evidence for basal ganglia dysfunction. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 380-384.
- Rasmussen, S. A. y Eisen, J. L. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19, 67-73.
- Rasmussen, S. A. y Eisen, J. L. (1992a). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-757.
- Rasmussen, S. A. y Eisen, J. L. (1992b). The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(4 (suppl)), 4-10.
- Rassin, E. (2007). A psychological theory of indecisiveness. *Netherlands Journal of Psychology*, 63, 1-11.
- Rassin, E., Cougle, J. R. y Muris, P. (2007). Content difference between normal and abnormal obsessions. *Behaviour research and therapy*, 45, 2800-2803.
- Rassin, E. y Muris, P. (2005a). To be or not to be...indecisive: Gender differences, correlations with obsessive-compulsive complaints, and behavioural manifestation. *Personality and Individual Differences*, 38, 1175-1181.
- Rassin, E. y Muris, P. (2005b). Indecisiveness and the interpretation of ambiguous situations. *Personality and Individual Differences*, 39, 1285-1291.
- Rassin, E., Muris, P., Booster, E. y Kolsloot, I. (2008). Indecisiveness and informational tunnel vision. *Personality and Individual Differences*, 45, 96-102.
- Rassin, E., Muris, P., Franken, I., Smit, M. y Wong, M. (2007). Measuring general indecisiveness. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 61-68.
- Rauch, S. L., Jenike, M. A., Alpert, N. M., Baer, L., Breiter, H. C., Savage, C. R. y Fischman, A. J. (1994). Regional Cerebral Blood Flow Measured During Symptom Provocation in Obsessive-Compulsive Disorder Using Oxygen 15—Labeled Carbon Dioxide and Positron Emission Tomography. *Archives of General Psychiatry*, 51, 62.

- Rauch, S. L., Wedig, M. M., Wright, C. I., Martis, B., McMullin, K. G., Shin, L. M., ... Wilhelm, S. (2007). Functional magnetic resonance imaging study of regional brain activation during implicit sequence learning in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 61, 330-336.
- Ravid, A., Franklin, M. E., Khanna, M., Storch, E. A y Coles, M. E. (2013). «Not Just Right Experiences» in Adolescents: Phenomenology and Associated Characteristics. *Child psychiatry and human development*, 45, 193-200.
- Reed, G. F. (1968). Some formal qualities of obsessional thinking. *Psychiatria Clinica*, 1, 382-392.
- Reed, G. F. (1969a). Obsessionality and Self-Appraisal Questionnaires. *The British Journal of Psychiatry*, 115, 205-209.
- Reed, G. F. (1969b). «Under-inclusion» A Characteristic of Obsessional Personality Disorder: I. *The British Journal of Psychiatry*, 115, 781-785.
- Reed, G. F. (1969c). «Under-inclusion» A Characteristic of Obsessional Personality Disorder: II. *The British Journal of Psychiatry*, 115, 787-790.
- Reed, G. F. (1976). Indecisiveness in obsessional-compulsive disorder. *The British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 443-445.
- Reed, G. F. (1977). Obsessional personality disorder and remembering. *The British Journal of Psychiatry*, 130, 177-183.
- Reed, G. F. (1985). *Obsessional experience and compulsive behaviour: A cognitive-structural approach*. Toronto: Academic Press.
- Remijnse, P. L., Nielen, M. M. A., van Balkom, A. J. L. M., Cath, D. C., van Oppen, P., Uylings, H. B. M. y Veltman, D. J. (2006). Reduced orbitofrontal-striatal activity on a reversal learning task in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1225-1236.
- Remijnse, P. L., Nielen, M. M. A., van Balkom, A. J. L. M., Hendriks, G.-J., Hoogendijk, W. J., Uylings, H. B. M. y Veltman, D. J. (2009). Differential frontal-striatal and paralimbic activity during reversal learning in major depressive disorder and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 39, 1503-1518.

BIBLIOGRAFÍA

- Renshaw, K. D., Caska, C. M., Rodrigues, C. S. y Blais, R. K. (2011). The role of family and social relationships in OCD and spectrum conditions. En G. Steketee (Ed.), *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders* (pp. 168-188). Oxford: Oxford University Press.
- Riesel, A., Endrass, T., Kaufmann, C. y Kathmann, N. (2011). Overactive error-related brain activity as a candidate endophenotype for obsessive-compulsive disorder: Evidence from unaffected first-degree relatives. *American Journal of Psychiatry*, *168*, 317-324.
- Robins, E. y Guze, S. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, *126*, 983-986.
- Rodríguez Biglieri, R. y Vetere, G. (2008). Adaptación argentina del Cuestionario de Creencias Obsesivas. *Interdisciplinaria*, *33*, 53-76.
- Rosario-Campos, M. C., Miguel, E. C., Quatrano, S., Chacon, P., Ferrao, Y., Findley, D., ... Leckman, J. F. (2006). The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry*, *11*, 495-504.
- Rotge, J.-Y., Guehl, D., Dilharreguy, B., Tignol, J., Bioulac, B., Allard, M., ... Aouizerate, B. (2009). Meta-analysis of brain volume changes in obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*, *65*, 75-83.
- Rotge, J.-Y., Langbour, N., Guehl, D., Bioulac, B., Jaafari, N., Allard, M., ... Burbaud, P. (2010). Gray matter alterations in obsessive-compulsive disorder: an anatomic likelihood estimation meta-analysis. *Neuropsychopharmacology*, *35*, 686-691.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T. y Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, *15*, 53-63.
- Salkovskis, P. y Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions—A replication. *Behaviour Research and Therapy*, *22*, 549-552.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *23*, 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *37*(Suppl 1), S29-52.

- Salkovskis, P. M. y Forrester, E. (2002). Responsibility. En R. O. Frost y G. Steketee (Eds.), *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions. Theory, Assessment and Treatment*. (pp. 45-61). Oxford: Pergamon.
- Salkovskis, P. M. y Wahl, K. (2003). Treating obsessional problems using cognitive-behavioural therapy. En M. Reinecke y D. A. Clark (Eds.), *Cognitive Therapy Across the Lifespan: Evidence and Practice* (pp. 138-171). Cambridge: Cambridge University Press.
- Salkovskis, P. M., Westbrook, D., Davis, J., Jeavons, A. y Gledhill, A. (1997). Effects of neutralizing on intrusive thoughts: An experiment investigating the etiology of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 211-219.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Sánchez Reales, S. (2009). *Los trastornos de la conducta alimentarios en el espectro obsesivo compulsivo: análisis de variables cognitivas y de personalidad*. Universidad de Valencia.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: Estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 107-122.
- Sandler, J. y Hazari, A. (1960). The «obsessional»: on the psychological classification of obsessional character traits and symptoms. *The British Journal of Medical Psychology*, 33, 113-122.
- Sanematsu, H., Nakao, T., Yoshiura, T., Nabeyama, M., Togao, O., Tomita, M., ... Kanba, S. (2010). Predictors of treatment response to fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: An fMRI study. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 193-200.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 248-280.
- Sarig, S., Dar, R. y Liberman, N. (2012). Obsessive-compulsive tendencies are related to indecisiveness and reliance on feedback in a neutral color judgment task. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 692-697.

BIBLIOGRAFÍA

- Savage, G. R., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Rauch, S. L., Baer, L., Reid, T. y Jenike, M. A. (2000). Strategic Processing and Episodic Memory Impairment in Obsessive Compulsive Disorder. *Neuropsychology*, 14, 141-151.
- Saxena, S. y Rauch, S. L. (2000). Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 23, 563-586.
- Scahill, L., Riddle, M., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S., King, R. A., Goodman, W. K., ... Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 844-852.
- Schienze, A., Schäfer, A., Stark, R., Walter, B. y Vaitl, D. (2005). Neural responses of OCD patients towards disorder-relevant, generally disgust-inducing and fear-inducing pictures. *International Journal of Psychophysiology*, 57, 69-77.
- Schwartz, B. (2004). *The Paradox of Choice*. Nueva York: HarperCollins.
- Seisdedos, N. (1988). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Shafran, R. (2005). Cognitive-behavioral models of OCD. En J. S. Abramowitz y A. C. Houts (Eds.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* (pp. 229-252). New York: Guilford Press.
- Shear, M. K., Brown, T. A., Sholomskas, D. E., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Woods, S. y Cloitre, M. (1992). *Panic Disorder Severity Scale (PDSS)*. Pittsburgh, PA.
- Sica, C., Caudek, C., Bottesi, G., De Fazio, E., Ghisi, M., Marchetti, I. y Orsucci, A. (2013). Fathers' «not just right experiences» predict obsessive-compulsive symptoms in their sons: Family study of a non-clinical Italian sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 263-272.
- Sica, C., Caudek, C., Rocco Chiri, L., Ghisi, M. y Marchetti, I. (2012). «Not just right experiences» predict obsessive-compulsive symptoms in non-clinical Italian individuals: A one-year longitudinal study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 159-167.

- Simpson, H. B., Rosen, W., Huppert, J. D., Lin, S.-H., Foa, E. B. y Liebowitz, M. R. (2006). Are there reliable neuropsychological deficits in obsessive-compulsive disorder? *Journal of Psychiatric Research*, 40, 247-257.
- Skoog, G. y Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121-127.
- Sobin, C., Blundell, M., Weiller, F., Gavigan, C., Haiman, C. y Karayiorgou, M. (2000). Evidence of a schizotypy subtype in OCD. *Psychiatry Research*, 34, 15-24.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spunt, R. P., Rassin, E. y Epstein, L. M. (2009). Aversive and avoidant indecisiveness: Roles for regret proneness, maximization, and BIS/BAS sensitivities. *Personality and Individual Differences*, 47, 256-261.
- Starcke, K., Tuschen-caffier, B., Markowitsch, H. J. y Brand, M. (2010). Dissociation of decisions in ambiguous and risky situations in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 175, 114-120.
- Starcke, K., Tuschen-Caffier, B., Markowitsch, H.-J. y Brand, M. (2009). Skin conductance responses during decisions in ambiguous and risky situations in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*, 14, 199-216.
- Stein, D. J. (2008). Is disorder X in category or spectrum Y? General considerations and application to the relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 330-335.
- Stein, D. J., Fineberg, N. A., Bienvenu, O. J., Denys, D., Lochner, C., Nestadt, G., ... Phillips, K. A. (2010). Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27, 495-506.
- Stein, M., Forde, D., Anderson, G. y Walker, J. R. (1997). Obsessive-compulsive disorder in the community: An epidemiologic survey with clinical reappraisal. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1120-1126.
- Steketee, G. (2011). Introduction. En G. Steketee (Ed.), *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders* (pp. 3-7). Oxford: Oxford University Press.
- Steketee, G., Frost, R. O. y Kyrios, M. (2003). Cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 463-479.

BIBLIOGRAFÍA

- Storch, E. A., Rasmussen, S. A., Price, L. H., Larson, M. J., Murphy, T. K. y Goodman, W. K. (2010). Development and psychometric evaluation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale--Second Edition. *Psychological assessment*, 22, 223-32.
- Storch, E. A., Abramowitz, J. y Goodman, W. K. (2008). Where does obsessive-compulsive disorder belong in DSM-V? *Depression and anxiety*, 25, 336-347.
- Summerfeldt, L. J. (2004). Understanding and treating incompleteness in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1155–1168.
- Summerfeldt, L. J., Huta, V. y Swinson, R. P. (1998). Personality and Obsessive-Compulsive Disorder. En R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman y M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research, and Treatment* (pp. 79-119). Nueva York: Guilford Press.
- Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H., Antony, M. M. y Swinson, R. P. (2014). Examining an obsessive-compulsive core dimensions model: Structural validity of harm avoidance and incompleteness. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 83-94.
- Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H., Parker, J., Antony, M. y Swinson, R. P. (2001). *Assessing and validating the obsessive-compulsive-related construct of incompleteness*. Póster presentado en el 62 congreso anual de la Canadian Psychological Association, Ste-Foy, Quebec.
- Summers, B. J., Fitch, K. E. y Cogle, J. R. (2014). Visual, Tactile, and Auditory ‘Not Just Right’ Experiences: Associations with Obsessive-Compulsive Symptoms and Perfectionism. *Behavior Therapy*, 45, 678-689.
- Swami, V., Sinniah, D., Subramaniam, P., Pillai, S. K., Kannan, K. y Chamorro-Premuzic, T. (2008). An exploration of the Indecisiveness Scale in multiethnic Malaysia. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39, 309-316.
- Swedo, S., Rapoport, J., Leonard, H., Lenane, M. y Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*, 46, 335-341.
- Tallis, F. (1995a). *Trastorno obsesivo compulsivo. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Tallis, F. (1995b). The characteristics of obsessional thinking: Difficulty demonstrating the obvious? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 24-39.
- Tallis, F. (1997). The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: a review and consideration of clinical implications. *The British Journal of Clinical Psychology*, 36, 3-20.
- Tallis, F., Eysenck, M. y Mathews, A. (1991). Elevated evidence requirements and worry. *Personality and Individual Differences*, 12, 21-27.
- Taylor, S. (2005a). Dimensional and subtype models of OCD. En J. S. Abramowitz y A. C. Houts (Eds.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* (pp. 27-41). Nueva York: Springer.
- Taylor, S. (2005b). Reply to Leckman et al. Putting the symptom dimension model to the test. En J. S. Abramowitz y A. C. Houts (Eds.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* (pp. 49-52). NY: Springer.
- Taylor, S. (2011). Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: evidence for distinct subtypes. *Clinical Psychology Review*, 31, 1083-100.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., McKay, D. y Cuttler, C. (2012). Cognitive Approaches to Understanding Obsessive Compulsive and Related Disorders. En G. Steketee (Ed.), *The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders* (pp. 233-250). Oxford: Oxford University Press.
- Taylor, S., Coles, M. E., Abramowitz, J. S., Wu, K. D., Olatunji, B. O., Timpano, K. R., ... Tolin, D. F. (2010). How Are Dysfunctional Beliefs Related to Obsessive-Compulsive Symptoms? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24, 165-176.
- Taylor, S., McKay, D. y Abramowitz, J. S. (2005). Hierarchical structure of dysfunctional beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive behaviour therapy*, 34, 216-28.
- Taylor, S., McKay, D., Crowe, K. B., Abramowitz, J. S., Conelea, C. a, Calamari, J. E. y Sica, C. (2014). The sense of incompleteness as a motivator of obsessive-compulsive symptoms: an empirical analysis of concepts and correlates. *Behavior Therapy*, 45, 254-262.
- Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C. N. y Hakstian, A. R. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1289-1314.

BIBLIOGRAFÍA

- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., Amir, N., Street, G. P. y Foa, E. B. (2001). Memory and memory confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 913-927.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D. y Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 233-242.
- Tolin, D. F., Hamlin, C. y Foa, E. B. (2002). Directed forgetting in obsessive-compulsive disorder: replication and extension. *Behaviour research and therapy*, 40, 793-803.
- Ursu, S., Stenger, V. A., Shear, M. K., Jones, M. R. y Carter, C. S. (2003). Overactive action monitoring in obsessive-compulsive disorder: evidence from functional magnetic resonance imaging. *Psychological Science : a Journal of the American Psychological Society*, 14, 347-353.
- Vallejo Ruiloba, J. (2002). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (5ª ed.)*. Barcelona: Masson.
- Van Den Heuvel, O. A., Veltman, D. J., Groenewegen, H. J., Dolan, R. J., Cath, D. C., Boellaard, R., ... Van Dyck, R. (2004). Amygdala activity in obsessive-compulsive disorder with contamination fear: A study with oxygen-15 water positron emission tomography. *Psychiatry Research - Neuroimaging*, 132, 225-237.
- Van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Smeets, M., Dek, E. C. P., Turksma, K. y Saric, R. (2009). Uncertainty about perception and dissociation after compulsive-like staring: Time course of effects. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 535-539.
- Van den Hout, M. y Kindt, M. (2003a). Phenomenological validity of an OCD-memory model and the remember/know distinction. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 369-378.
- Van den Hout, M. y Kindt, M. (2003b). Repeated checking causes memory distrust. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 301-316.
- Van den Hout, M. y Kindt, M. (2004). Obsessive – compulsive disorder and the paradoxical effects of perseverative behaviour on. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 165-181.
- Van der Hout, M. A., Engelhard, I. M., Boer, C. De, Bois, A. y Dek, E. (2008). Perseverative and compulsive-like staring causes uncertainty about perception. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1300-1304.

- Van Oppen, P., Hoekstra, R. J. y Emmelkamp, P. M. G. (1995). The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 15-23.
- Venkatasubramanian, G., Zutshi, A., Jindal, S., Srikanth, S. G., Kovoov, J. M. E., Kumar, J. K. y Janardhan Reddy, Y. C. (2012). Comprehensive evaluation of cortical structure abnormalities in drug-naïve, adult patients with obsessive-compulsive disorder: A surface-based morphometry study. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 1161-1168.
- Volans, P. (1976). Styles of decision-making and probability appraisal in selected obsessional and phobic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 15, 305-317.
- Walker, V. J. y Beech, H. R. (1969). Mood state and the ritualistic behaviour of obsessional patients. *The British Journal of Psychiatry*, 115, 1261-1268.
- Waller, N. y Meehl, P. (1998). *Multivariate taxometric procedures: Distinguishing types from continua*. Thousand Oaks: Sage.
- Wegner, D. M. (1992). You can't always think what you want: Problems in the suppression of unwanted thoughts. En M. P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology, Volumen 25* (pp. 193-225). San Diego: Academic Press.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R. y White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Weinhardt, J. M., Morse, B. J., Chimeli, J. y Fisher, J. (2012). An item response theory and factor analytic examination of two prominent maximizing tendency scales, *Judgment and Decision Making*, 7, 644-658.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H.-G., Lee, C. K. y Al, E. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 Suppl, 5-10.
- Wells, A. y Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. Hove, UK: Erla.
- Wenzlaff, R. M. y Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.

BIBLIOGRAFÍA

- White, L. O. y Mansell, W. (2009). Failing to ponder? Delusion-prone individuals rush to conclusions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 111-124.
- Whiteside, S. P., Port, J. D. y Abramowitz, J. S. (2004). A meta-analysis of functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 132, 69-79.
- Wilhelm, S., McNally, R., Baer, L. y Florin, I. (1996). Directed forgetting in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 633-641.
- Wu, K. D. y Carter, S. A. (2008). Further investigation of the Obsessive Beliefs Questionnaire: Factor structure and specificity of relations with OCD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 824-836.
- Yates, J. F., Ji, L., Oka, T., Lee, J., Shinotsuka, H. y Sieck, W. R. (2010). Indecisiveness and culture: Incidence, values and thoroughness. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 41, 428-444.
- Yücel, M., Lubman, D. I., Solowij, N. y Brewer, W. J. (2011). Neurobiological and neuropsychological pathways into substance abuse and addictive behavior. En S. Wood, N. Allen y C. Pantelis (Eds.), *The Neuropsychology of Mental Illness* (pp. 326-341). Cambridge: Cambridge University Press.
- Zald, D. H., Curtis, C., Folley, B. S. y Pardo, J. V. (2002). Prefrontal contributions to delayed spatial and object alternation: a positron emission tomography study. *Neuropsychology*, 16, 182-189.
- Zermatten, A. y van der Linden, M., D'Argembeau, A. D. y Ceschi, G. (2008). Phenomenal Characteristics of Autobiographical Memories and Imagined Events in Sub-Clinical Obsessive-Compulsive Checkers, *Applied Cognitive Psychology*, 125, 113-125.
- Zitterl, W., Urban, C., Linzmayer, L., Aigner, M., Demal, U., Semler, B. y Zitterl-Eglseer, K. (2001). Memory deficits in patients with DSM-IV obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 34, 113-117.

ANEXOS

NJRE¹ *Not-Just-Right-Experiences- Sensation Questionnaire*

Este cuestionario tiene como objetivo estudiar las llamadas “**Experiencias no completamente correctas (NCC)**”. La mejor manera de definir estas experiencias sería esos momentos en los que se tiene la sensación subjetiva de que “*algo no es, o no está, exactamente como debería ser, o como debería estar*”.

Hay muchos tipos de experiencias NCC y a continuación se describen algunos ejemplos para ayudarle a comprenderlas. Normalmente, estas experiencias duran un tiempo limitado, a veces son momentáneas, y otras duran algo más. Todas estas experiencias se originan en uno mismo, cuando se está inquieto por algo interior, o debido a la sensación difusa de que algo no va bien en el mundo que nos rodea.

Lea los siguientes ejemplos antes de empezar con el cuestionario.

Ejemplos que SÍ se consideran experiencias NCC

- Sentir que puede haberse olvidado de algo
- Una sensación física extraña que no se reconoce
- La sensación que se tiene cuando uno piensa que no ha hecho algo lo suficientemente bien
- Sentirse inseguro o vulnerable sin razón aparente
- Sentir que los objetos no están organizados exactamente del modo correcto, o como deberían estar

A continuación se presenta un conjunto de experiencias NCC para que posteriormente escoja la que le ha ocurrido más recientemente y conteste algunas preguntas sobre ella. Por favor, lea la lista de experiencias NCC con cuidado e indique si ha experimentado o no cada una de ellas durante el último mes.

¹ ¹ NJRE- Coles, Frost, Heimberg, y Rhéaume. Behav. Res & Ther, 2003, 41, 681-700. Versión para su uso en Español realizada por A. Belloch y A. Carrasco. Universitat de València (España). amparo.belloch@uv.es / angelcator@gmail.com

¿LE HA OCURRIDO ESTO DURANTE EL ÚLTIMO MES?

1.	Después de vestirme, he tenido la sensación de que parte de mi ropa (etiquetas, cuellos, perneras de los pantalones, etc.,) me molestaba.	NO	SÍ
2.	Al guardar un libro en la estantería, he tenido la sensación de que no se veía del todo bien entre los otros libros.	NO	SÍ
3.	Al cerrar la puerta de casa, he tenido la impresión de notar que el cierre de la puerta no encajaba perfectamente.	NO	SÍ
4.	Al doblar la ropa he tenido la sensación de que no tenía la apariencia que debería tener la ropa doblada.	NO	SÍ
5.	Al escribir algo, me ha dado la sensación de que las palabras no tenían el aspecto exacto que yo pretendía.	NO	SÍ
6.	Al hablar con gente, he tenido la sensación de que mis palabras no sonaban del todo bien.	NO	SÍ
7.	Organizando mi escritorio, he tenido la sensación de que mis papeles y otras cosas no tenían un aspecto totalmente correcto.	NO	SÍ
8.	Al meter una factura o una carta en el buzón, he tenido la sensación de que la manera en que metía el sobre en el buzón y cerraba la tapa no era del todo correcta.	NO	SÍ
9.	Después de lavarme las manos una vez, he tenido la sensación de que no las sentía como se supone que se sienten las manos limpias.	NO	SÍ
10.	Al colgar un cuadro en la pared, he tenido la sensación de que no quedaba del todo bien.	NO	SÍ

11. La experiencia **NCC de la lista** anterior que me ha ocurrido más recientemente es la siguiente:

12. La última vez que me ha ocurrido ha sido:

1	En las últimas horas.
2	En el último día.
3	En la última semana.
4	En el último mes.

Pensando en la anterior experiencia NCC, responda ahora a las siguientes preguntas:

13. ¿Con qué frecuencia ha experimentado esta experiencia NCC?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca		En el último año		En el último mes		En el último día

14. ¿Cómo de intensa fue esta experiencia NCC?

1	2	3	4	5	6	7
Nada intensa			Moderadamente intensa			Extremadamente intensa

15. ¿Hasta qué punto le molestó esta experiencia NCC, o le causó malestar EN ESE MOMENTO?

1	2	3	4	5	6	7
Ningún malestar			Malestar moderado			Malestar extremo

16. ¿Hasta qué punto le molestó esta experiencia NCC, o le causó malestar más tarde durante ese mismo día?

1	2	3	4	5	6	7
Ningún malestar			Malestar moderado			Malestar extremo

17. ¿En qué medida sintió que no podía quitarse esta experiencia NCC de su cabeza?

1	2	3	4	5	6	7
Ninguna dificultad			Dificultad moderada			Dificultad extrema

18. ¿En qué medida sintió un impulso para hacer algo acerca de esta experiencia NCC?

1	2	3	4	5	6	7
Ningún impulso a hacer nada			Impulso moderado a hacer algo			Impulso extremo a hacer algo

19. ¿En qué grado sintió que era responsable de hacer algo con esta experiencia NCC?

1	2	3	4	5	6	7
Nada responsable			Moderadamente responsable			Extremadamente responsable

OC-TCDQ

Por favor, lea cada afirmación y decida hasta qué punto la afirmación puede aplicarse a cómo usted piensa, se siente y actúa habitualmente.

- Si la afirmación no puede aplicarse nunca, rodee la **N**.
- Si la afirmación puede aplicarse raramente, rodee la **R**.
- Si la afirmación puede aplicarse algunas veces, rodee la **A**.
- Si la afirmación puede aplicarse frecuentemente, rodee la **F**.
- Si la afirmación puede aplicarse siempre, rodee la **S**.

Dé su propia opinión sobre sí mismo. Asegúrese de que contesta todas las afirmaciones. Tache completamente cualquier respuesta que desee cambiar. Empiece con la primera afirmación y responda a todas las afirmaciones.

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1. Me pongo aprensivo, como si algo malo pudiera ocurrir o hubiera ocurrido ya.	N	R	A	F	S
2. Siento que debo hacer las cosas de una manera fija aunque puede costarme explicar esa manera con palabras.	N	R	A	F	S
3. Aunque sea muy improbable que se produzca un daño, siento la necesidad de prevenirlo a toda costa.	N	R	A	F	S
4. Me molesta la sensación de que las cosas son imperfectas (por ejemplo pertenencias, ideas o tareas que hay que hacer).	N	R	A	F	S
5. Hay cosas que temo que ocurran si no tomo ciertas medidas para prevenirlas.	N	R	A	F	S
6. Si no hago las cosas de una forma determinada no me siento bien.	N	R	A	F	S
7. Me da la impresión de que las cosas son más amenazantes para mí que para otras personas.	N	R	A	F	S
8. Me siento forzado a repetir o prolongar actividades o tareas hasta que me parecen "completamente correctas".	N	R	A	F	S
9. Hay cosas específicas a mi alrededor que podrían dañarme a mí o a las personas que me importan.	N	R	A	F	S
10. Las actividades rutinarias me llevan más tiempo de lo que deberían porque no me parece que estén perfectamente acabadas.	N	R	A	F	S
11. Hay algunas consecuencias que me asustan más que a la mayoría de la gente.	N	R	A	F	S
12. Pierdo mucho tiempo intentando que las cosas me salgan "completamente correctas".	N	R	A	F	S
13. Parece que esté a la búsqueda de los peligros de las situaciones.	N	R	A	F	S

Por favor continúe en la página siguiente

Como en la página anterior, por favor lea cada afirmación y decida hasta qué punto dicha afirmación se aplica a cómo usted se siente, piensa y actúa habitualmente.

	Nunca	Rara- mente	Algunas veces	Frecuente- mente	Siempre
14. No hay nada como la sensación que tengo cuando por fin se completa algo satisfactoriamente.	N	R	A	F	S
15. Tengo miedos que me gustaría ignorar pero no puedo.	N	R	A	F	S
16. Soy muy quisquilloso acerca de qué apariencia deben tener las cosas o cómo deben hacerse.	N	R	A	F	S
17. No puedo evitar pensar sobre las cosas malas que podrían ocurrir.	N	R	A	F	S
18. Me cuesta mucho tiempo sentirme seguro acerca de ciertas cosas.	N	R	A	F	S
19. Hay situaciones y cosas que me dan tanto miedo que me gustaría poder evitarlas totalmente.	N	R	A	F	S
20. Sé que he hecho algo bien cuando tengo una determinada sensación interior.	N	R	A	F	S

CUESTIONARIO DE DECISIONES (IS)

APELLIDOS.....NOMBRE.....

Edad..... Nacionalidad..... Nivel de estudios

(máximo).....

Profesión..... Fecha.....

A continuación encontrará una serie de afirmaciones que reflejan diversos modos de actuar de las personas cuando tienen que tomar decisiones en su vida diaria. Por lo tanto, no hay respuestas correctas ni incorrectas. Por favor, señale el número que se corresponde con su modo habitual de comportarse al tomar decisiones sobre algo, y no deje ninguna pregunta sin responder. Los números junto a cada afirmación se corresponden con la escala siguiente:

- 1= Completamente en desacuerdo (no me comporto así nunca)**
2= Bastante en desacuerdo (casi nunca me comporto de ese modo)
3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo (a veces me comporto así, y otras veces no)
4= Bastante de acuerdo (casi siempre me comporto así)
5= Completamente de acuerdo (siempre me comporto de ese modo)

1. Intento aplazar la toma de decisiones	1	2	3	4	5
2. Siempre sé exactamente lo que quiero	1	2	3	4	5
3. Me resulta fácil tomar decisiones	1	2	3	4	5
4. Me cuesta mucho planificar mi tiempo libre	1	2	3	4	5
5. Me gusta estar en una posición que me permita tomar decisiones	1	2	3	4	5
6. En cuanto tomo una decisión, estoy bastante seguro de que es la correcta.	1	2	3	4	5
7. Cuando tengo que elegir un menú de la carta, normalmente me resulta difícil decidir qué pedir	1	2	3	4	5
8. Normalmente tomo las decisiones rápidamente	1	2	3	4	5
9. En cuanto tomo una decisión, dejo de preocuparme por ello	1	2	3	4	5
10. Tomar una decisión me pone nervioso	1	2	3	4	5
11. Muchas veces me preocupa haber tomado una decisión equivocada	1	2	3	4	5
12. Después de haber elegido o decidido algo, muchas veces me parece que he elegido mal o que he tomado la decisión equivocada	1	2	3	4	5
13. No acabo mis tareas a tiempo porque no puedo decidir por dónde debo empezar.	1	2	3	4	5
14. Me cuesta acabar las tareas porque no puedo dar prioridad a lo más importante.	1	2	3	4	5
15. Me parece que tardo mucho en decidir, incluso en las cosas más insignificantes	1	2	3	4	5

ENTREVISTA DE SANEB DECISIONAL

Leer al sujeto:

Gracias por completar la tarea de toma de decisiones.

Ahora me gustaría hacerle una serie de preguntas en relación con la tarea que acaba de hacer. El objetivo es comprender y estudiar una serie de sensaciones y pensamientos que puede haber tenido mientras realizaba esta tarea. Se trata de las “**SENSACIONES DE QUE ALGO NO ESTÁ BIEN**” (SANEB). Estas sensaciones se producen en momentos o situaciones en las que tenemos la impresión de que algo no es exactamente como debería ser, o de que no está exactamente como debería estar. En otras ocasiones, se puede tener esa sensación después de haber tomado una decisión sobre cualquier cosa. Por ejemplo, una sensación de que algo no está bien con la alternativa o la decisión que al final hemos elegido sin que podamos definir exactamente cuál es el problema. O por ejemplo, sentir que “no me he quedado a gusto” después de decidir o elegir algo. A veces, la sensación de que algo no está bien se tiene antes de haber tomado una decisión, o antes de haber elegido algo. Por ejemplo, justo antes de elegir una alternativa entre varias (por ej., comprar un abrigo en lugar de una chaqueta), aunque nos parezca que es racionalmente la mejor, podemos tener una sensación de incomodidad con el puro hecho de tener que decidir.

¿Tiene alguna duda? ¿Necesita que le explique algo más?

A continuación, le haré una serie de preguntas acerca de experiencias de este tipo, las que hemos llamado “**sensación de que algo no está bien**”, que puede haber tenido **MIENTRAS REALIZABA LA TAREA**.

1. ¿Cuántas veces, mientras realizaba la tarea, ha tenido esta sensación DESPUÉS de haber tomado una decisión?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
En ninguna ocasión		En varias ocasiones		En bastantes ocasiones		En todas las ocasiones

2. ¿Cuántas veces, mientras realizaba la tarea, ha tenido esta sensación ANTES de tener que tomar una decisión?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
En ninguna ocasión		En varias ocasiones		En bastantes ocasiones		En todas las ocasiones

Por favor, piense ahora en una ocasión en la que haya tenido de forma muy intensa la sensación de que “algo no estaba bien” **mientras realizaba la tarea**. (Dejar que piense unos minutos).

¿Me podría decir cuál ha sido esa ocasión? Anotarla aquí:

ANEXOS

Ahora voy a hacerle 8 preguntas sobre esa sensación que tuvo en ese momento.

3. ¿Cómo de intensa fue esta sensación?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Nada intensa			Moderadamente intensa			Extremadamente intensa

4. ¿Cuánto le molestó esa sensación EN ESE MOMENTO?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Ningún malestar			Malestar moderado			Malestar extremo

5. ¿Le molestó esa sensación también más tarde, mientras seguía haciendo la tarea?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Ningún malestar			Malestar moderado			Malestar extremo

6. ¿Le pareció que no podía quitarse esa sensación de la cabeza?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Ninguna dificultad para quitarla de mi cabeza			Dificultad moderada para quitarla de mi cabeza			Dificultad extrema para quitarla de mi cabeza

7. ¿Sintió un impulso para hacer algo con esa sensación?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
No sentía ningún impulso a hacer nada			Sentí un impulso moderado a hacer algo			Sentí que tenía que hacer algo necesariamente

8. ¿Le pareció que tenía la responsabilidad de hacer algo con esta sensación?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
No me sentía nada responsable			Me sentía moderadamente responsable			Me sentía extremadamente responsable

TAREA 1: CONTENIDO DE LOS ESCENARIOS

BLOQUE 1 (SIN PRESIÓN TEMPORAL)

Zapatillas de paseo

Producto	Características
1	Precio de 45 euros Buena resistencia al rasgado La zapatilla es poco flexible
2	Precio de 40 euros Buena resistencia de la suela La piel es muy dura
3	Precio de 50 euros Buena amortiguación Mala absorción de la humedad por la plantilla

Miel

Producto	Características
1	Puntuación de 7,2 en la cata No pasteurizada: mantiene todas sus propiedades biológicas pero tiende a cristalizarse La de mayor precio
2	Puntuación de 6,8 en la cata Pasteurizada: se mantiene líquida a costa de perder parte de sus propiedades En la cata destaca por su mayor dulzor y buen color
3	Puntuación de 6,5 en la cata No pasteurizada: mantiene todas sus propiedades biológicas pero tiende a cristalizarse Envase con dosificador anti-goteo

Maletas pequeñas de viaje con ruedas

Producto	Características
1	Precio de 60 euros 3,20 kilos de peso 25 litros de capacidad Cierre con candado Resistencia a la perforación muy alta Buen acabado interior
2	Precio de 72 euros 4 kilos de peso 30 litros de capacidad Cierre seguro con combinación Resistencia a la perforación muy alta Es la más impermeable
3	Precio de 68 euros 3,65 kilos de peso 28 litros de capacidad Cierre con candado Resistencia a la perforación media La más resistente en pruebas de caída

Cereales para desayuno

Producto	Características
1	No contiene frutas ni frutos secos Los de menos proteínas (8,1%) y grasas (1,3%) Los segundos con más fibra (13%) Los de más vitaminas (B3, B12, B5, B9 y C), poco calcio y hierro Recibe un 7 de puntuación en la cata Los menos crujiente
2	Contiene frutas pero no frutos secos Contiene un 10,2% de proteínas y un 3,3% de grasas Los que contienen más fibra (31%) Los segundos con más vitaminas B y C, poco calcio y hierro Recibe un 6,7 de puntuación en la cata Alabado en la cata por su buena apariencia
3	Contiene frutas y frutos secos Los de mayor cantidad de proteínas (12%) y grasas (7%) Los de menor cantidad de fibras (7%) Los de menor cantidad de vitaminas B y C pero mayor de calcio y hierro Recibe un 7,5 de puntuación en la cata Los más crujientes

Reproductores de DVD

Producto	Características
1	1,2 kg de peso Duración de la batería de 2:35 horas Calidad de imagen de 7,5
2	1,5 kg de peso Duración de la batería de 3:20 horas Calidad de imagen de 7
3	1 kg de peso Duración de la batería de 2:30 horas Calidad de imagen de 6,8
4	2 kg de peso Duración de la batería de 3:10 horas Calidad de imagen de 8
5	1,3 kg de peso Duración de la batería de 2:30 horas Duración de la batería de 2:30 horas
6	1,6 kg de peso Duración de la batería de 2:50 horas Calidad de imagen de 7,3

Lavavajillas a mano concentrados

Producto	Características
1	1,80 euros/litro Nivel de concentración: 24% El mejor valorado por su olor
2	2,60 euros/litro Nivel de concentración: 43% El envase más cómodo
3	2,15 euros/litro Nivel de concentración: 28% El más ecológico
4	2,33 euros/litro Nivel de concentración: 34% El que crea más espuma
5	2,20 euros/litro Nivel de concentración: 25% El que mejor cuida la piel
6	2,40 euros/litro Nivel de concentración: 35% El de espuma más estable

Lavavajillas a mano concentrados

Producto	Características
1	Lente de color naranja-marrón Categoría de filtro 2 (nivel intermedio) Protección alta rayos UVA Protección media contra deslumbramiento Resistencia media al rayado Resistencia media a los golpes y al aplastamiento
2	Lente de color verde-marrón Categoría de filtro 3 (lentes oscuras) Protección alta rayos UVA Protección alta contra deslumbramiento Resistencia baja al rayado Resistencia media a los golpes y al aplastamiento
3	Lente de color lila Categoría de filtro 1 (lentes claras) Protección media rayos UVA Protección baja como deslumbramiento Resistencia media al rayado Resistencia elevada a los golpes y al aplastamiento
4	Lente de color verde Categoría de filtro 1 (lentes claras) Protección media rayos UVA Protección media contra deslumbramiento Resistencia elevada al rayado Resistencia media a los golpes y al aplastamiento
5	Lente de color marrón Categoría de filtro 4 (lentes muy oscuras) Protección alta rayos UVA Protección alta contra deslumbramiento Resistencia baja al rayado Resistencia elevada a los golpes y al aplastamiento
6	Lente de color gris Categoría de filtro 2 (nivel intermedio) Protección alta rayos UVA Protección media contra deslumbramiento Resistencia elevada al rayado Resistencia baja a los golpes y al aplastamiento

Pan de molde

Producto	Características
1	2,90 euros/kilo Porcentaje de grasa del 4,7% Valor calórico: 254 Kcal/100g Puntuación en la cata: 6,3 Fibra total: 4,1% Tiene la corteza más blanda
2	2,60 euros/kilo Porcentaje de grasa del 5,1 % Valor calórico: 245 Kcal/100g Puntuación en la cata: 6,8 Fibra total: 3,8% Las rebanadas más grandes
3	3,20 euros/kilo Porcentaje de grasa del 4,2% Valor calórico: 260 Kcal/100g Puntuación en la cata: 6,6 Fibra total: 8,5% Contiene semillas
4	2,45 euros/kilo Porcentaje de grasa del 2,3% Valor calórico: 227 Kcal/100g Puntuación en la cata: 6,1 Fibra total: 5% Contiene la menor cantidad de sal
5	3,05 euros/kilo Porcentaje de grasa del 4,7% Valor calórico: 254 Kcal/100g Puntuación en la cata: 6,7 Fibra total: 4,4% Alabado en la cata por ser el más tierno
6	2,90 euros/kilo Porcentaje de grasa del 5,8% Valor calórico: 248 Kcal/100g Puntuación en la cata: 7 Fibra total: 3,3% Algo seco pese a su buen sabor

BLOQUE 2 (CON PRESIÓN TEMPORAL)**Bolígrafos de tinta azul**

Producto	Características
1	Escribir 1.000 metros cuesta 0,27 euros Escritura de trazo fino El más resistente al aplastamiento
2	Escribir 1.000 metros cuesta 0,30 euros Escritura de trazo medio El que menos emborrona el papel
3	Escribir 1.000 metros cuesta 0,25 euros Escritura de trazo fino El mejor diseño

Pañuelos de papel

Producto	Características
1	Resistencia del papel muy alta El de menor absorción Suavidad media
2	Resistencia del papel media Absorción media El más suave
3	Resistencia del papel alta El de mayor absorción El de menor suavidad

Champú

Producto	Características
1	Color marfil 9,5 euros por litro El menos viscoso (muy líquido, se puede escurrir entre los dedos) Espuma abundante Poca estabilidad de la espuma El más difícil de aclarar
2	Color verde nacarado 10 euros por litro El más espeso (cuesta sacarlo del envase cuando queda poco) Gran cantidad de espuma Espuma muy estable El peor en brillo del cabello
3	Color blanco nacarado 11 euros por litro Viscosidad media Cantidad media de espuma Espuma estable El peor en facilidad de peinado después del lavado

Camisetas térmicas

Producto	Características
1	Protección contra el frío media Muy buena transpiración Sin cuello alto Con cremallera Secado lento Ligero tintado tras lavado
2	La de mayor protección contra el frío Transpira poco Sin cuello alto Sin cremallera Secado rápido Encoge ligeramente
3	La de menor protección contra el frío Buena transpiración Con cuello alto Sin cremallera Secado lento Se forman bolitas tras lavado

Zumos de naranja

Producto	Características
1	86,3 mg/100ml de vitamina C 6,1 puntos en la cata Enriquecido artificialmente en vitamina C
2	34,7 mg/100ml de vitamina C 7 puntos en la cata Con azúcar añadido
3	55,7 mg/100ml de vitamina C 6,5 puntos en la cata El único que no procede de concentrados
4	40,1 mg/100ml de vitamina C 6,3 puntos en la cata El único con pulpa
5	35,4 mg/100ml de vitamina C 7,3 puntos en la cata El que tiene mayor número de calorías
6	31,3 mg/100ml de vitamina C 6,3 puntos en la cata Enriquecido con calcio

Pasta de dientes

Producto	Características
1	0,15% de flúor Blanqueante Mayor sensación de frescor
2	0,13% de flúor Antiplaca Mayor cantidad de espuma
3	0,10% de flúor Blanqueante El más fácil de dosificar
4	0,14% de flúor Protector de encías El mejor valorado por su olor
5	0,16% de flúor Antiplaca El de mayor sensación de limpieza
6	0,11% de flúor Protector de encías El de sabor más dulce

Cámaras digitales

Producto	Características
1	Resolución de 5,0 megapíxels Tarjeta de memoria de 256 Mb Grosor de 42 mm Peso de 235 gramos Pantalla de 1,8 pulgadas Duración de la batería de 305 imágenes
2	Resolución de 8,0 megapíxels Tarjeta de memoria de 512 Mb Grosor de 49,5 mm Peso de 274 gramos Pantalla de 1,8 pulgadas Duración de la batería de 195 imágenes
3	Resolución de 6,0 megapíxels Tarjeta de memoria de 512 Mb Grosor de 45 mm Peso de 205 gramos Pantalla de 1,5 pulgadas Duración de la batería de 220 imágenes
4	Resolución de 5,0 megapíxels Tarjeta de memoria de 256 Mb Grosor de 20 mm Peso de 140 gramos Pantalla de 1,5 pulgadas Duración de la batería de 130 imágenes
5	Resolución de 6,0 megapíxels Tarjeta de memoria de 1 Gb (1024 Mb) Grosor de 37,5 mm Peso de 180 gramos Pantalla de 2,1 pulgadas Duración de la batería de 120 imágenes
6	Resolución de 8,0 megapíxels Tarjeta de memoria de 1 Gb (1024 Mb) Grosor de 45 mm Peso de 300 gramos Pantalla de 2,1 pulgadas Duración de la batería de 156 imágenes

Detergente para lavadoras

Producto	Características
1	0,25 euros/lavado En polvo Buena eliminación de manchas Buen grado de blancura Muy buena protección del color Desteñido bajo
2	0,27 euros/lavado Líquido Eliminación de manchas aceptable Muy buen grado de blancura Muy buena protección del color Desteñido muy bajo
3	0,30 euros/lavado En polvo Muy buena eliminación de manchas Buen grado de blancura Buena protección del color Desteñido muy bajo
4	0,24 euros/lavado Líquido Buena eliminación de manchas Buen grado de blancura Protección del color aceptable Desteñido bajo
5	0,27 euros/lavado En polvo Buena eliminación de manchas Grado de blancura aceptable Muy buena protección del color Desteñido muy bajo
6	0,29 euros/lavado Líquido Muy buena eliminación de manchas Buen grado de blancura Buena protección del color Desteñido bajo

TAREA 2: CONTENIDO DE LOS ESCENARIOS

ESCENARIOS NEUTROS (NO AMENAZANTES)

Teatro

Unos amigos vienen a visitarle a la ciudad y han decidido ir al teatro. Debe elegir entre las dos siguientes OBRAS DE TEATRO:

Opción	Características
1	Valorada positivamente por el 90% de los espectadores Los intérpretes principales son conocidos actores de cine Valorada por los críticos con una nota media de 7,5 Vista por 5.230 espectadores El guión es la adaptación de una novela éxito de ventas
2	Valorada positivamente por el 86% de los espectadores Los intérpretes principales son conocidos actores de series de televisión Valorada por los críticos con una nota media de 7,9 Vista por 5.825 espectadores El guión es obra original de un prestigioso autor de teatro

Casa rural

Vas a pasar 3 días de vacaciones con la familia en una CASA RURAL en una provincia cercana. Debes elegir entre las dos siguientes casas rurales:

Opción	Características
1	Reformada en el año 1997 A 15 km de la población más cercana Con calefacción central Se llega a través de un camino rural Con 2 cuartos de baño
2	Reformada en el año 2000 A 30 km de la población más cercana Con chimenea en el salón Se llega a través de una carretera en buen estado Con 3 cuartos de baño

ESCENARIOS AMENAZANTES**Fondo de inversión**

Has heredado de forma inesperada una cantidad importante de dinero por lo que has decidido invertir parte de él. Debes decidir entre los dos siguientes FONDOS DE INVERSIÓN:

Opción	Características
1	<p>8 de las 9.000 personas que invirtieron en él perdieron todo su dinero</p> <p>En el tercer lugar en un ranking de fondos de inversión más rentables</p> <p>Recomendado por el 68% de los expertos</p> <p>Está en funcionamiento desde el año 2000</p> <p>Elegido por el 11% de los inversores</p>
2	<p>5 de las 9.000 personas que invirtieron en él perdieron todo su dinero</p> <p>En el quinto lugar en un ranking de fondos de inversión más rentables</p> <p>Recomendado por el 64% de los expertos</p> <p>Está en funcionamiento desde el año 2004</p> <p>Elegido por el 13% de inversores</p>

Alquiler hostel

Quieres contratar unas vacaciones en Nueva York, y como tienes un presupuesto algo limitado te alojarás en un hostel algo alejado del centro. Debes elegir entre dos hostales de la misma cadena y de las mismas características situados en dos BARRIOS diferentes:

Opción	Características
1	<p>Patrullado por 10 coches de policía</p> <p>Conocido por su gran número de restaurantes extranjeros</p> <p>El año pasado se produjeron 225 atracos</p> <p>Tercer distrito de NY con más tráfico de drogas</p> <p>El distrito periférico con el mejor servicio de taxis</p>
2	<p>Patrullado por 12 coches de policía</p> <p>Conocido por su gran número de bares de copas</p> <p>El año pasado se produjeron 240 atracos</p> <p>Quinto distrito de NY con más tráfico de drogas</p> <p>El distrito periférico mejor conectado por transporte público</p>

Coche y sistemas de seguridad

Te vas a comprar un coche y te preocupan especialmente los aspectos relacionados con la seguridad. Debes elegir entre los 2 siguientes MODELOS DE COCHE:

Opción	Características
1	<p>Elegido tercer coche más seguro del año según una asociación de automovilistas</p> <p>Consumo medio de 7,8 litros cada 100 km</p> <p>Puntuación del 80% en seguridad según una revista especializada</p> <p>Incluye control automático de estabilidad de serie</p> <p>Con conexión Bluetooth de serie</p>
2	<p>Elegido cuarto coche más seguro del año según una asociación de automovilistas</p> <p>Consumo medio de 7,5 litros cada 100 km</p> <p>Puntuación del 83% en seguridad según una revista especializada</p> <p>Incluye airbags laterales de serie</p> <p>Con reproductor MP3 de serie</p>

Intervención quirúrgica

Tu padre tiene problemas cardíacos y necesita un transplante de corazón de forma urgente. La operación es arriesgada y las habilidades del cirujano son un factor importante a tener en cuenta. Debes decidir entre dos CIRUJANOS para llevarla a cabo:

Opción	Características
1	<p>Tres de sus últimos cien pacientes fallecieron durante la operación</p> <p>El 70% de sus pacientes operados siguen vivos un año después de la operación</p> <p>Trabaja en un hospital privado considerado el 4º mejor del país en cirugía cardiovascular</p> <p>Es autor de 26 trabajos de investigación sobre cirugía</p> <p>15 años de experiencia como cirujano cardiovascular</p>
2	<p>Cinco de sus últimos cien pacientes fallecieron durante la operación</p> <p>El 75% de sus pacientes operados siguen vivos un año después de la operación</p> <p>Trabaja en un hospital privado considerado el 3º mejor del país en cirugía cardiovascular</p> <p>Es autor de 30 trabajos de investigación sobre cirugía</p> <p>12 años de experiencia como cirujano cardiovascular</p>

ANEXOS

Vacuna malaria

Vas a viajar a un país africano y tienes que vacunarte contra la malaria, pero te preocupan los efectos secundarios de la vacuna. Debes elegir entre los dos siguientes tipos de VACUNA:

Opción	Características
1	Cuatro de cada mil pacientes vacunados desarrollan reacciones graves 95% de efectividad en protección contra la malaria Se usa desde hace 20 años Provoca fiebre en el 17% de los casos Escogida por el 35% de hospitales
2	Seis de cada mil pacientes vacunados desarrollan reacciones graves 97% de efectividad en protección contra la malaria Se usa desde hace 17 años Provoca fiebre en el 20% de los casos Escogida por el 40% de hospitales

ESCENARIOS TOC-RELEVANTES

Horno de gas

Vas a comprar un HORNO DE GAS y te preocupa que pueda tener escapes. Decide cuál de los siguientes dos hornos comprar:

Opción	Características
1	Produce pequeños escapes en 8 de cada 1000 hornos Recomendado como el más seguro por una revista especializada Ha provocado 44 incendios domésticos en los últimos 5 años Una alarma detecta los escapes de gas en el 89% de los casos Recomendado por el 85% de los compradores
2	Produce pequeños escapes en 10 de cada 1000 hornos Recomendado como el más seguro por una asociación de consumidores Ha provocado 41 incendios domésticos en los últimos 5 años Una alarma detecta los escapes de gas en el 92% de los casos Recomendado por el 82% de los compradores

Alarma de incendios

Ha habido varios incendios en tu vecindario en los últimos meses y has decidido comprar una ALARMA ANTIINCENDIOS. Debe escoger uno de los dos siguientes modelos de alarma:

Opción	Características
1	<p>Tarda una media de 20 segundos en detectar fuentes de humo</p> <p>El detector de infrarrojos funciona en un rango de 25 metros</p> <p>Las baterías duran una media de 5 años</p> <p>El 40% de veces que se dispara se trata de una falsa alarma</p> <p>Incluye alarmas visuales</p>
2	<p>Tarda una media de 28 segundos en detectar fuentes de humo</p> <p>El detector de infrarrojos funciona en un rango de 40 metros</p> <p>Las baterías duran una media de 6 años</p> <p>El 50% de veces que se dispara se trata de una falsa alarma</p> <p>Permite elegir entre 5 diferentes tipos de tono de alarma</p>

Ensaladilla y salmonelosis

Estás preparando una comida familiar y decides comprar ENSALADILLA RUSA preparada para ahorrar tiempo. Sin embargo, Te preocupa que esté contaminada por salmonelosis ya que se han producido varios casos durante el verano. Decide qué marca de ensaladilla vas a comprar.

Opción	Características
1	<p>Su consumo se relaciona con 27 casos de intoxicación entre 4000 consumidores</p> <p>Los consumidores podrían haber evitado las intoxicaciones con una mejor refrigeración en el 63% de los casos</p> <p>10 días hasta la caducidad</p> <p>La cadena de frío queda garantizada por la distribución por la mayor empresa de transporte frigorífico del país</p> <p>Envase de plástico</p>
2	<p>Su consumo se relaciona con 29 casos de intoxicación entre 4000 consumidores</p> <p>Los consumidores podrían haber evitado las intoxicaciones con una mejor refrigeración en el 66% de los casos</p> <p>12 días hasta la caducidad</p> <p>La calidad de la mayonesa queda garantizada por su fabricación por el principal fabricante del país</p> <p>Envase de cristal</p>

ANEXOS

Puerta blindada

En tu vecindario se han producido una serie de robos recientemente, por lo que quieres garantizar la seguridad de tu hogar instalando una PUERTA BLINDADA. Decida cuál de los dos siguientes modelos instalarás:

Opción	Características
1	Instalada en 21.000 viviendas De las anteriores viviendas, 340 han sufrido robos Plancha de acero de 1,2 mm de espesor Cerradura de 6 anclajes Marcos reforzados con perfiles de hierro
2	Instalada en 18.000 viviendas De las anteriores viviendas, 300 han sufrido robos Plancha de acero de 1,5 mm de espesor Cerradura de 4 anclajes Llaves de seguridad (más difíciles de copiar)

Trabajo hospital

Eres enfermero/a y debes elegir entre dos HOSPITALES en los que trabajar. Te preocupa contraer una enfermedad infecciosa. Escoge entre los dos siguientes hospitales:

Opción	Características
1	El año pasado 4 enfermeras de 300 contrajeron una infección Tiene el mejor servicio de medicina preventiva de la provincia El 35% de las infecciones contraídas por el personal fueron leves El 82% de las infecciones fueron debidas a descuidos y se podrían haber evitado 1 enfermera contratada por cada 4,5 pacientes
2	El año pasado 5 enfermeras de 300 contrajeron una infección Ofrece cursos de prevención de riesgos laborales El 39% de las infecciones contraídas por el personal fueron leves El 79% de las infecciones fueron debidas a descuidos y se podrían haber evitado 1 enfermera contratada por cada 4,8 pacientes

MUESTRA PANTALLAS TAREA

Te vas a comprar un coche y te preocupan especialmente los aspectos relacionados con la seguridad. Debes elegir entre los 2 siguientes MODELOS DE COCHE:

COCHE A

Elegido tercer coche más seguro del año según una asociación de automovilistas

Consumo medio de 7,8 litros cada 100 km

Puntuación del 80% en seguridad según una revista especializada

Incluye control automático de estabilidad de serie

Con conexión Bluetooth de serie

COCHE B

Elegido cuarto coche más seguro del año según una asociación de automovilistas

Consumo medio de 7,5 litros cada 100 km

Puntuación del 83% en seguridad según una revista especializada

Incluye airbags laterales de serie

Con reproductor MP3 de serie

Aprieta la barra espaciadora cuando hayas decidido

**Escribe el número de la alternativa que has elegido.
A continuación aprieta la tecla ENTER.**

TAREA 3 (MUESTRA CLÍNICA): CONTENIDO DE LOS ESCENARIOS

ESCENARIOS NEUTROS (NO AMENAZANTES)

Teatro

Unos amigos vienen a visitarte a la ciudad. Quieren ir a ver una obra de teatro. Debes elegir entre las dos siguientes:

Opción	Características
OBRA DE TEATRO 1	<p>Valorada por los críticos con una nota media de 7,5</p> <p>Los intérpretes principales son conocidos actores de cine</p> <p>Valorada positivamente por el 90% de los espectadores</p> <p>Vista por 5.230 espectadores en los últimos 3 meses</p> <p>El guión es la adaptación de una novela éxito de ventas</p>
OBRA DE TEATRO 2	<p>Valorada por los críticos con una nota media de 7,9</p> <p>Los intérpretes principales son conocidos actores de series de TV</p> <p>Valorada positivamente por el 86% de los espectadores</p> <p>Vista por 5.825 espectadores en los últimos 3 meses</p> <p>El guión es obra original de un prestigioso autor de teatro</p>

Casa rural

Vas a pasar 3 días de vacaciones con la familia. Habéis decidido ir a una casa rural en una provincia cercana del interior. Debes elegir entre las dos siguientes casas rurales:

Opción	Características
CASA RURAL 1	<p>Fue reformada por última vez en el año 1997</p> <p>Se encuentra a 15 km de la población más cercana</p> <p>Está equipada con calefacción central</p> <p>Se llega a través de un camino rural no asfaltado</p> <p>Sus tres dormitorios están equipados con literas</p>
CASA RURAL 2	<p>Fue reformada por última vez en el año 2000</p> <p>Se encuentra a 30 km de la población más cercana</p> <p>Está equipada con chimenea en el salón</p> <p>Se llega a través de una carretera en buen estado</p> <p>Sus cuatro dormitorios están equipados con literas</p>

ESCENARIOS ANSIÓGENOS

Plan de pensiones

Has heredado una cantidad importante de dinero. Te preocupa tu jubilación por lo que has decidido invertirlo en un plan de pensiones. Debes elegir entre los dos siguientes:

Opción	Características
PLAN DE PENSIONES 1	<p>8 de las 9.000 personas que invirtieron en él perdieron todo su dinero</p> <p>Elegido por el 11% de los inversores</p> <p>En el tercer lugar en un ránking de rentabilidad</p> <p>En funcionamiento desde el año 2000</p> <p>Seleccionado como el más seguro por el 34% de los expertos</p>
PLAN DE PENSIONES 2	<p>5 de las 9.000 personas que invirtieron en él perdieron todo su dinero</p> <p>Elegido por el 13% de inversores</p> <p>En el quinto lugar en un ránking de rentabilidad</p> <p>En funcionamiento desde el año 2004</p> <p>Seleccionado como el más seguro por el 31% de los expertos</p>

Viaje

Te han regalado dos noches de hotel en otra provincia. Hace tiempo que no haces un viaje largo y quieres que sea lo más cómodo posible. Debes elegir entre los dos siguientes medios de transporte:

Opción	Características
TRANSPORTE 1	<p>La duración total del viaje es de 4 horas</p> <p>Se proyecta una película durante el trayecto</p> <p>Se producen 4 accidentes cada 10.000 viajes</p> <p>Ofrece una manta y una almohada</p> <p>Es posible bajar del medio de transporte a mitad del trayecto</p>
TRANSPORTE 2	<p>La duración total del viaje es de 3 horas</p> <p>Se ofrece un aperitivo gratuito durante el trayecto</p> <p>Se producen 5 accidentes cada 10.000 viajes</p> <p>Ofrece hilo musical</p> <p>No existe la posibilidad de bajar del medio de transporte durante el viaje</p>

Entrevista de trabajo

Estás buscando trabajo y te han citado para dos entrevistas de trabajo pero sólo puedes ir a una. Te preocupa qué impresión vas a dar. Debes elegir a qué entrevista de trabajo acudirás:

Opción	Características
ENTREVISTA 1	<p>La realizará un solo entrevistador</p> <p>La empresa es la tercera que mejor paga del sector</p> <p>Se grabará la entrevista en vídeo</p> <p>La empresa ofrece días extra de vacaciones</p> <p>La entrevista requiere redactar y leer en voz alta una descripción de tus funciones en tu último trabajo</p>
ENTREVISTA 2	<p>La realizarán dos entrevistadores</p> <p>La empresa es la segunda que mejor paga del sector</p> <p>Se grabará la entrevista en audio</p> <p>La empresa ofrece horarios flexibles</p> <p>La entrevista requiere redactar y leer en voz alta una carta de presentación de tus capacidades</p>

Intervención quirúrgica

Tu padre necesita un trasplante de corazón urgentemente. Las habilidades del cirujano son un factor muy importante. Debes elegir entre dos cirujanos para llevarla a cabo:

Opción	Características
CIRUJANO 1	<p>Tres de sus últimos cien pacientes fallecieron durante la operación</p> <p>Trabaja en el 4º hospital más grande del país</p> <p>15 años de experiencia como cirujano cardiovascular</p> <p>Es autor de 26 trabajos de investigación</p> <p>El 70% de sus pacientes operados siguen vivos un año después de la operación</p>
CIRUJANO 2	<p>Cinco de sus últimos cien pacientes fallecieron durante la operación</p> <p>Trabaja en el 3º hospital más grande del país</p> <p>12 años de experiencia como cirujano cardiovascular</p> <p>Es autor de 30 trabajos de investigación</p> <p>El 75% de sus pacientes operados siguen vivos un año después de la operación</p>

ANEXOS

Vacuna malaria

Vas a viajar a un país africano y tienes que vacunarte contra la malaria. Te preocupan la efectividad y los efectos secundarios de la vacuna. Debes elegir entre los dos siguientes tipos de vacuna:

Opción	Características
VACUNA 1	Cuatro de cada mil pacientes vacunados desarrollan reacciones graves Se usa desde hace 20 años Provoca fiebre en el 17% de los casos Escogida por el 35% de hospitales Tiene un 95% de efectividad en protección contra la malaria
VACUNA 2	Seis de cada mil pacientes vacunados desarrollan reacciones graves Se usa desde hace 17 años Provoca fiebre en el 20% de los casos Escogida por el 40% de hospitales Tiene un 97% de efectividad en protección contra la malaria

ESCENARIOS TOC-RELEVANTES

Horno de gas:

Vas a comprar un horno de gas. Te preocupa que pueda tener escapes. Debes elegir cuál de los siguientes dos hornos comprar:

Opción	Características
HORNO 1	Produce pequeños escapes en 8 de cada 1000 hornos Recomendado como el más seguro por una revista especializada Ha provocado 43 incendios domésticos en los últimos 5 años Recomendado por el 85% de los compradores Una alarma detecta los escapes de gas en el 93% de los casos
HORNO 2	Produce pequeños escapes en 10 de cada 1000 hornos Recomendado como el más seguro por una asociación de consumidores Ha provocado 41 incendios domésticos en los últimos 5 años Recomendado por el 82% de los compradores Una alarma detecta los escapes de gas en el 88% de los casos

Encimera antibacterias

Vas a reformar la cocina y has decidido instalar una encimera antibacterias. Quieres evitar que los alimentos se contaminen. Debes elegir entre las dos siguientes encimeras:

Opción	Características
ENCIMERA 1	<p>Inhibe el crecimiento de bacterias asociadas a enfermedades humanas con una eficacia del 97%</p> <p>Disponible en 8 colores diferentes</p> <p>Para garantizar su eficacia antibacteriana hay que limpiarla con un producto especial cada 7 días</p> <p>Recomendada por las asociaciones de consumidores</p> <p>Mantiene su eficacia antibacteriana durante 10 años</p>
ENCIMERA 2	<p>Inhibe el crecimiento de bacterias asociadas a enfermedades humanas con una eficacia del 95%</p> <p>Disponible en 16 colores diferentes</p> <p>Para garantizar su eficacia antibacteriana hay que limpiarla con un producto especial cada 9 días</p> <p>Recomendada por la principal revista del sector</p> <p>Mantiene su eficacia antibacteriana durante 12 años</p>

Cuchillos

Vas a sustituir los cuchillos que tienes en la cocina. Tienes hijos y te preocupa que puedan resultar heridos. Debes elegir entre las siguientes alternativas de cuchillos seguros que te ofrecen en una tienda:

Opción	Características
CUCHILLO 1	<p>Su punta redondeada disminuye su peligrosidad en caso de clavarse en un 85%</p> <p>El más vendido en España</p> <p>Se guardan en una caja con cierre de seguridad</p> <p>Incluye 5 tipos de cuchillos</p> <p>Su sierra no afilada disminuye su peligrosidad al cortar en un 70%</p>
CUCHILLO 2	<p>Su punta redondeada disminuye su peligrosidad en caso de clavarse en un 80%</p> <p>Recomendado por una revista de consumidores</p> <p>Se guardan en fundas individuales de seguridad</p> <p>Incluye 4 tipos de cuchillos</p> <p>Su sierra no afilada disminuye su peligrosidad al cortar en un 75%</p>

ANEXOS

Puerta blindada

En tu vecindario se han producido una serie de robos recientemente. Quieres garantizar la seguridad de tu hogar instalando una puerta blindada. Debes elegir cuál de los dos siguientes modelos instalarás:

Opción	Características
PUERTA 1	Su plancha de acero tiene 1,2 mm de espesor Se puede elegir entre 8 tipos de madera diferentes Está equipada con una cerradura de 6 anclajes Ha sido instalada en 21.000 viviendas De las anteriores viviendas, 340 han sufrido robos
PUERTA 2	Su plancha de acero tiene 1,5 mm de espesor Se puede elegir entre 6 tipos de madera diferentes Está equipada con una cerradura de 4 anclajes Ha sido instalada en 18.000 viviendas De las anteriores viviendas, 300 han sufrido robos

Trabajo hospital

Eres enfermero/a y debes elegir entre dos hospitales en los que trabajar. Te preocupa contraer una enfermedad infecciosa. Debes elegir entre los dos siguientes hospitales:

Opción	Características
HOSPITAL 1	El año pasado 4 enfermeras de 300 contrajeron una infección 1 enfermera contratada por cada 4,5 pacientes El 35% de las infecciones contraídas por el personal fueron leves Ofrece cursos gratuitos de informática e idiomas El 82% de las infecciones fueron debidas a descuidos y se podrían haber evitado
HOSPITAL 2	El año pasado 5 enfermeras de 300 contrajeron una infección 1 enfermera contratada por cada 4,8 pacientes El 44% de las infecciones contraídas por el personal fueron leves Ofrece cursos gratuitos de prevención de riesgos laborales El 79% de las infecciones fueron debidas a descuidos y se podrían haber evitado