

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos)



TESIS DOCTORAL

Actividad cognitiva y trastorno obsesivo compulsivo

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

M^a Jesús Boticario Galavís

Directora

M^a Iciar Iruarrizaga Díez

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA II

(PROCESOS COGNITIVOS)



TESIS DOCTORAL

**ACTIVIDAD COGNITIVA Y
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

M^a Jesús Boticario Galavís

DIRIGIDA POR

M^a Iciar Iruarrizaga Díez

MADRID, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE DOCTORADO:

BASES PARA LA INTERVENCIÓN EN EL LENGUAJE



TESIS DOCTORAL

**ACTIVIDAD COGNITIVA Y
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

M^a Jesús Boticario Galavís

DIRIGIDA POR

M^a Iciar Iruarrizaga Díez

MADRID, 2015

*Vigila tus pensamientos, porque se convierten en palabras,
vigila tus palabras, porque se convierten en actos,
vigila tus actos, porque se convierten en hábitos,
vigila tus hábitos, porque se convierten en carácter y
vigila tu carácter, porque se convierte en tu destino*
(M. Gandhi)

En homenaje y memoria de Raúl y Marta...

Agradecimientos

Mi primer agradecimiento, como no podría ser de otra manera, es para la Dra. M^a Iciar Iruarrizaga Díez, mi directora de tesis. Gracias en primer lugar por aceptar dirigir este trabajo. Gracias por haberme abierto (literalmente) las puertas de su casa, por guiarme, acompañarme, enseñarme y permitirme llevar a cabo esta investigación, con total disponibilidad y entrega. Sin esta ayuda, sé que hubiera sido completamente imposible. Siempre lo agradeceré de corazón.

Esta tesis supone el final de un camino, largo, precioso y difícil a la vez. Gracias a todos los que han formado parte de él, desde aquel ya lejano día en el que inscribí mis datos en los cursos de doctorado de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Gracias al profesor Antonio Crespo León, del Dpto. de Psicología Básica de dicha Universidad, por darme aquella primera oportunidad.

Gracias a todo el Dpto. de Psicología Básica II de la Universidad Complutense de Madrid por la ayuda recibida en este tiempo. A quien es hoy su director el Dr. Ramón López Sánchez, gracias especialmente por sugerirme la dirección de la Dra. Iruarrizaga, y gracias también al Dr. Agustín Moñivas Lázaro por su apoyo constante.

Gracias a todos los compañeros que me han ayudado a llegar hasta aquí. El intercambio de impresiones y experiencias acerca del tratamiento del TOC, y de las manifestaciones obsesivas en sus pacientes ha sido muy enriquecedor; mil gracias por los contactos en las consultas que me han permitido acceder a más pacientes con esta sintomatología. Gracias a mi “Maestría” Cristina Pérez Díaz-Flor, y a todos mis compañeros del Instituto de la Familia, Formación e Intervención (IFFI) de Madrid, por hacer suya esta tarea. Gracias también a los que me han facilitado obtener mayor muestra, en especial a los profesores Manuel Serrano y Esther Gómez de la Facultad de Trabajo Social por el acceso a sus alumnos y nuevamente a M^a Iciar Iruarrizaga por los suyos. Gracias a Irene Jimeno por el cable para ir volcando los resultados en la base de datos, a José García por ayudarme con el estudio estadístico, a M^a José Espinosa por resolver mis dudas con el inglés y a Coque y Rodri por sus desvelos logísticos.

Gracias a mi familia y mis amigos por estar siempre ahí. Es un privilegio tenerlos. Gracias por la generosidad, la paciencia y el mimo conmigo.

Y por supuesto gracias, mil gracias, a mis pacientes, por permitirme entrar y salir en sus vidas, llevándome siempre un aprendizaje que queda en el corazón.

INDICE

RESUMEN	Pág. 11
ABSTRACT	Pág. 15
PARTE I – MARCO TEÓRICO	Pág. 19
1.- TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)	Pág. 21
1.1.- El TOC: Obsesiones y compulsiones	Pág. 21
1.2.- Prevalencia	Pág. 27
1.3.- Diagnóstico diferencial	Pág. 28
1.4.- Trastornos asociados y comorbilidad	Pág. 30
1.5.- Edad de aparición	Pág. 32
1.6.- Diferencias entre sexos	Pág. 33
1.7.- Influencia del estado civil	Pág. 34
1.8.- Etiopatogenia	Pág. 34
1.9.- Criterios diagnósticos del TOC: DSM - 5 y CIE – 10	Pág. 39
1.9.1.- Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)	Pág. 41
1.9.2.- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)	Pág. 45
1.9.3.- Otras clasificaciones descriptivas del TOC	Pág. 48
2.- ACTIVIDAD COGNITIVA: MODELOS COGNITIVOS DE ESTUDIO E INTERVENCIÓN EN EL TOC	Pág. 56
2.1.- Modelos Cognitivos	Pág. 58
2.1.1.- Las aportaciones de Carr	Pág. 59
2.1.2.- Modelo de Salkovskis (responsabilidad excesiva)	Pág. 60
2.1.3.- Modelo de Rachman (interpretación catastrófica)	Pág. 62
2.1.4.- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG)	Pág. 63
2.2.- Modelo de los Sesgos Cognitivos	Pág. 67
2.2.1.- Sesgos Atencionales	Pág. 69
2.2.2.- Sesgos Interpretativos	Pág. 72
2.3.- Modelo de Terapia Metacognitiva	Pág. 75
2.3.1.- Desarrollo del modelo de auto-regulación de la función ejecutiva (S-REF O FEA-R)	Pág. 76

3.- CULPA Y EMPATÍA COMO ELEMENTOS DE ANÁLISIS	Pág. 80
3.2.- Culpa	Pág. 80
3.3.- Empatía	Pág. 84
PARTE II – ESTUDIO EMPÍRICO	Pág. 91
4.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO	Pág. 96
5.- METODOLOGÍA	Pág. 98
5.1.- Población	Pág. 98
5.1.1.- Características socio-demográficas de la muestra	Pág. 99
5.1.2.- Características clínicas de la muestra	Pág. 102
5.2.- Descripción de instrumentos de medida	Pág. 102
5.2.1.- Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad-Subescala para el TOC (IACTA-TOC)	Pág. 103
5.2.2.- Cuestionario de Creencias Obsesivas (CCQ-31)	Pág. 105
5.2.3.- Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA)	Pág. 108
5.2.4.- MULTICAGE	Pág. 111
5.2.5.- SC – 35	Pág. 113
5.3.- Metodología estadística	Pág. 116
6.- RESULTADOS	Pág. 117
6.1.- Valores de predicción y correlaciones entre las diferentes dimensiones y grupos experimentales	Pág. 126
7.- CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	Pág. 154
8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág. 159
9.- ANEXOS	Pág. 183

RESUMEN

El estudio de la emoción y la cognición constituyen dos de las grandes áreas de interés en la psicología desde su origen. Fue necesaria la llegada del paradigma cognitivo-conductual para que el análisis de ambas áreas de estudio alcanzaran su mayor interés y desarrollo empírico, a través del estudio de su interrelación, implicaciones, evaluación y tratamiento, permitiendo dar validez científica a los supuestos teóricos y así alcanzar el nivel de ciencia en el que depositar todo ello.

Centrándonos en el desarrollo de los modelos cognitivos, revisaremos en primer lugar los conceptos fundamentales para el estudio del Trastorno Obsesivo Compulsivo (en adelante TOC), continuaremos con un acercamiento a los principales modelos explicativos, haciendo hincapié en el análisis de los sesgos cognitivos, especialmente aquellos que afectan a la tendencia obsesiva, es decir, los sesgos atencionales y los sesgos de interpretación, así como los más novedosos modelos metacognitivos de estudio e investigación. Así en el análisis de la actividad cognitiva, especialmente aquella que subyace al procesamiento de los pacientes con tendencias obsesivas o con un diagnóstico de TOC, partimos tanto de los enfoques que la explican a través de la perspectiva de que el pensamiento obsesivo es debido a un fallo en el procesamiento de la información, como aquellos modelos explicativos que postulan que la importancia para entender la actividad cognitiva TOC radica en la tendencia a desarrollar creencias disfuncionales que determinan el pensamiento y por tanto, las obsesiones y las consecuentes compulsiones que dificultan la vida de nuestros pacientes.

Junto a ambas perspectivas, que nos sitúan en el marco de lo cognitivo, nos acercaremos, ya de forma experimental al TOC y al pensamiento con tendencias obsesivas, para ahondar en su vinculación con los aspectos emocionales a través del papel que tienen el sentido de culpa y la empatía.

Hemos considerado el análisis del sentido de culpa en relación al papel que pudiera tener en torno al génesis y mantenimiento de la sintomatología de los pacientes TOC (Shafran, Watkins & Charman, 1996; Mancini & Gangemi 2004) y junto a ello, pretendemos evaluar cómo este sentido de culpa condiciona y afecta a quienes lo sufren en términos de empatía hacia los demás y comprensión hacia sí mismos, considerando la empatía como una emoción positiva que se torna en negativa cuando la carga de

estrés empático es superior a la razonable y genera un malestar importante en el sujeto. Igualmente nos interesó valorar hasta qué punto la falta de control de impulsos, y las adicciones, específicamente a qué contenidos adictivos responden especialmente los pacientes TOC, valorando la posible correlación de estos resultados.

Culpa y empatía resultan dos respuestas emocionales de particular interés para nosotros, por el hecho de que en nuestra experiencia clínica, ambos constructos aparecen de forma constante en el discurso de los pacientes con tendencias obsesivas o aquellos diagnosticados con TOC, así como los pacientes que presentan otros trastornos de ansiedad. Por ello, el cuestionamiento de qué vinculación puede encontrarse entre estas dos variables emocionales y la valoración de hasta qué punto los niveles de una y otra dimensión pudieran ser buenos descriptores para explicar la facilidad para desarrollar y mantener las creencias obsesivas. Por ello hemos comenzado por un análisis independiente de ambas y tras evidenciar estadísticamente la influencia de cada una de ellas en torno a la actividad cognitiva en los TOC, pasamos a tratar de expresar la influencia de su complementariedad, al tiempo que tratamos de asociar sus conductas con dificultades al control de impulsos, y cómo ello está determinado por la tendencia obsesiva en el pensamiento, resultando especialmente significativos en la adicción al alcohol, el gasto compulsivo y principalmente en estos momentos al uso de internet.

Igualmente enfatizaremos en la búsqueda de similitudes y diferencias que pudieran aparecer entre hombres y mujeres en ambos aspectos y, tal como esperábamos en las variables emocionales, las mujeres presentan mayores niveles de empatía, especialmente en los resultados relativos a las dimensiones de comprensión emocional y en alegría empática, así como niveles más altos en la tendencia o facilidad para sentirse culpables con respecto a los varones. La edad en cambio, no resulta especialmente relevante excepto en el grupo de 18 a 25 años, que supone un mayor índice de sentido de culpa con respecto a otros grupos de edad.

Asumimos, tal como señala Salkovskis (1985) que en un alto porcentaje de seres humanos tienen pensamientos intrusivos que surgen de una forma natural y que las personas consiguen eliminar de forma automática sin que supongan un sufrimiento importante. La intrusión se torna en problema cuando implica un sentimiento de responsabilidad y provoca un pensamiento automático negativo, que surge en la

interacción entre las intrusiones obsesivas y la escala de valores y sistema de creencias del sujeto, que resultan egodistónicas. Es de esta forma cómo emociones y cogniciones, aparecen ya como corresponsables del sufrimiento de nuestros pacientes.

Para Hoffman, la empatía es una emoción moral que supone una respuesta afectiva vicaria, es decir, una respuesta que funciona en una dirección hacia el otro, en el sentido que es más congruente con el estado afectivo de algún otro/a que con el propio, pero que cuando se torna hacia uno mismo y el sujeto siente lo que se puede denominar dolor empático (dolor por el sufrimiento del otro) y se percibe como responsable de ese dolor, su experiencia empática tiende a transformarse en culpa. (Retuerto, 2004; Etxebarria, 2009) De esta forma, el sentimiento de responsabilidad ante el dolor del otro deviene en sentimientos de culpa, al igual que el sentimiento de responsabilidad ante un pensamiento que se vive como egodistónico con los propios valores, genera obsesión.

Así, tal como hemos podido comprobar, los resultados en relación a los pacientes TOC relativos a cuatro dimensiones relacionadas con las tendencias obsesivas: Perfeccionismo y necesidad de certezas-Importancia otorgada a los pensamientos intrusivos-responsabilidad por daño y sobrestimación del peligro, resultan significativamente altos para aquellos pacientes que además alcanzan niveles igualmente elevados en los resultados de la prueba de empatía.

La sintonía, de hecho, es en términos generales sorprendente, ya que en contra de lo esperado, los pacientes TOC alcanzan niveles de empatía más altos que los pacientes sanos, pero en un análisis detallado de los resultados, tal como describimos en el apartado dedicado a ello, vemos cómo ese nivel alto de empatía se relaciona fundamentalmente con los niveles de la dimensión de “estrés empático”, es decir la variable que responde a hacerse responsable del dolor del otro por una magnificación de la responsabilidad en la que el sujeto, entra en contacto con esa emoción negativa.

Creemos que puede ser de sumo interés esta descripción ya que aunque la propuesta para este trabajo es evaluativa, quizás pueda ofrecer algunas propuestas para futuras investigaciones en términos de tratamiento.

ABSTRACT

The study of Emotion and Cognition are two of the major areas of interest in Psychology since its early days. The arrival of the cognitive-behavioral paradigm was the key so that the analysis of these two areas of study reach their greatest interest and empirical development through the study of their interrelationship, implications, assessment and treatment, allowing the scientific validity of the theoretical hypotheses, thus achieving the level of social science.

Focusing on the development of cognitive models, firstly we will review the fundamental concepts for the study of Obsessive Compulsive Disorders (OCD). Then we will approach to the main explanatory models, putting an emphasis on the analysis of cognitive biases (especially those affecting the obsessive tendency, that is, attentional and interpretation biases) as well as the newest metacognitive models of study and research. Thus in the analysis of cognitive activity, especially the one underlying the processing of patients with obsessive tendencies or with OCD diagnosis, we start from the approaches which explain this activity through the perspective of the obsessive thought due to an failure in the processing of the information, and also from those explicatory models which assume that the importance to understand OCD cognitive activity is actually in the tendency for developing dysfunctional beliefs that determine thought, and so, obsessions and compulsions which complicate our patients' life.

Beside both approaches, which locate us in the cognitive frame, we will experimentally present OCD and the thought with obsessive tendencies, in order to delve into their link with emotional aspects through the role that guilt and empathy play.

We have considered the analysis of the sense of guilt in relation to the role that it may have with the origin and maintenance of OCD patients' symptomatology (Shafran et al, 1996; Mancini & Gangemi, 2004) along with the assessment of how this sense of guilt determines and affects those who suffer it in terms of empathy towards others and understanding towards themselves (considering empathy as a positive emotion which becomes negative when the burden of empathic stress is higher than the reasonable and it generates a significant discomfort in the subject). We were interested as well in assessing to what extent the lack of stimuli control and addictions (specifically to

which addictive contents the OCD patients do respond to), assessing a possible correlation between these results.

Guilt and empathy are two emotional responses with a particular interest to us due to the fact that in our clinical experience, both constructs appear consistently in the speech of patients with obsessive tendencies or with a diagnosis of OCD and other anxiety disorders. Therefore, the question of which link can be found between these two emotional variables and the assessing of to what extent the levels of one and the other dimensions can be valid descriptors to explain the likelihood to develop and maintain obsessive beliefs. Thus, we have firstly started from an independent analysis of both (guilt and empathy) and then, after proving statistically the influence of each variable in the cognitive activity in OCD patients, we try to express the influence of their complementarity, while trying to associate their behaviors with difficulties in stimuli control and how that is determined by the obsessive thought tendency. Significant results were obtained in the analysis of data related to alcohol addiction, compulsive expense and, especially nowadays, Internet use.

Equally we will emphasize the search of similarities and differences that may arise between men and women in both aspects. As we expected, in the emotional variables, females have higher levels of empathy (especially in those levels concerning dimensions of emotional understanding and sympathetic joy) as well as higher levels in the likelihood of feeling guilty, regarding males. However, age factor does not make a significant influence except for the group between 18 and 25 years old, which shows a higher rate of sense of guilt regarding the other age groups.

We assume, as Salkovskis (1985), that a high percentage of human beings have intrusive thoughts which arise in a natural way and people can rule them out automatically without involving any significant suffering. Intrusion becomes a problem when it generates a sense of responsibility and when it produces a negative automatic thought which arises from the interaction between obsessive intrusions and the scale of values and belief system of the individual (which end up being ego-dystonic). It is thus how emotions and cognitions appear to be co-responsible of our patients' suffering.

Hoffman assumes that empathy is a moral emotion which implies a vicarious affective response, i.e., a response that works in direction to the other instead of working to ourselves, in the sense that it is more consistent with the emotional state of another than with the ourselves', although when it turns towards us the individual feel what can be referred as empathic pain (sorrow for the suffering of others) and the individual perceives himself as responsible for that pain, so that the empathic experience tends to become in guilt (Retuerto, 2004; Etxebarria, 2009). Thus, the responsibility for other's pain turns into a sense of guilt in the same way that the sense of responsibility for a thought is experienced as ego-dystonic with their own values, generating obsession.

Therefore, as we have seen, results concerning the four dimensions related to obsessive tendencies (regarding OCD patients) perfectionism and need for certainties, importance given to intrusive thoughts, responsibility for damage, and overestimation of danger, are significantly higher for those patients who reach equally high levels in the results of the empathy test.

The harmony, in fact, is generally surprising since, against what it was expected, OCD patients reach higher empathy levels than control group of healthy patients, although in a detailed analysis of the results (as it is described in the proper section) we can see that that high level of empathy is in a closer relationship with levels in the 'empathic stress' dimension, i.e. the variable which come up to be responsible for the pain of others due to a magnification of the responsibility in which the individual get in touch with that negative emotion.

We believe that this description can be of a great interest, although the proposal for this work is evaluative. It may offer some proposals for future researches in terms of treatment.

PARTE I

MARCO TEÓRICO

1.- TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

Vamos a comenzar con la descripción puramente etimológica de los dos conceptos que describen el trastorno objeto de nuestro estudio: Obsesión y Compulsión. Siguiendo la definición de la Real Academia Española de la Lengua (RAE, 2002), las definiciones de ambos son las siguientes:

Obsesión. (Del lat. *obsessio*, *-ōnis*, asedio)

1. f. Perturbación anímica producida por una idea fija.
2. f. Idea que con tenaz persistencia asalta la mente.

Compulsión. (Del lat. *compulsio*, *-ōnis*).

1. f. Inclinação, pasión vehemente y contumaz por algo o alguien.
2. f. *Der.* Apremio que se hace a una persona por parte de un juez o de una autoridad, compeliéndola a realizar algo o a soportar una decisión o una situación ajenas.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), siguiendo la definición que aparece en el Manual Diagnóstico y Estadístico en su 5ª y última edición (DSM-5) publicado en 2013 por la American Psychiatric Association (APA) es un trastorno mental que se define a partir de la presencia de una o dos sintomatologías, obsesiones y compulsiones, que requieren mucho tiempo (más de 1 hora diaria) o causan deterioro significativo en la vida personal de quien lo sufre, que no se debe a efectos causados por consumo de sustancias u alguna enfermedad médica y que no puede explicarse a través de los síntomas de otro trastorno mental (APA, 2014). Además, a la hora de definir el diagnóstico de TOC, los clínicos debemos tener en cuenta si hay o no introspección y en caso afirmativo qué cualidad tiene y si en la vida de la persona ha habido una historia cercana al momento en que se efectúa el diagnóstico de tics.

1.1.- El TOC: Obsesiones y compulsiones

Atendiendo a la definición antes descrita, vamos a centrar nuestro interés en primer lugar en definir los dos conceptos fundamentales que sustentan la descripción clínica del trastorno.

Las que aparecen en primer lugar y son consideradas en numerosas investigaciones (Abramowitz, Franklin, Kozak, Levine & Foa, 2000; Cabedo, 2007; García Soriano, 2008; Ladouceur, Gosselin & Dugas 2000; Morillo, 2004; Rachman, 1997) si no como raíz si al menos como el concepto central del trastorno, son las obsesiones, que son, siguiendo la definición publicada por la APA en el DSM – 5 *pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante. En dichas obsesiones, el sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión (APA, 2014).*

El segundo síntoma, que se suceden a las obsesiones y surgen, al menos en un primer momento como respuesta a ellas, son las compulsiones, que es como denominamos, siguiendo al DSM-5 (APA, 2014) a aquellos “*comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida*”. Dichos comportamientos o actos mentales tienen como objetivo *prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.*

Ambos conceptos, aparecen juntos en el 90% de los casos (Vallejo, 2001) y tal como señala este autor y se confronta en la práctica clínica, cuando se toman en cuenta como compulsiones los rituales cognitivos que no tienen representación comportamental, este porcentaje aumenta a prácticamente el 98% (Foa, Kozak, Goodman, Hollander, Jenike, & Rasmussen, 1995; Franklin & Foa, 1998) y ambos tienen una relación funcional, tal como describe Foa junto a Steketee y Ozarow en 1985, de una forma extremadamente simplificada, podríamos decir que hablamos de una serie de pensamientos que generan ansiedad, denominados obsesiones y para aliviar esta ansiedad, se llevan a cabo una serie de conductas, denominadas compulsiones.

De hecho, como señalamos anteriormente, numerosos investigadores señalan a las obsesiones como el componente imprescindible del TOC, siendo el grupo de trabajo

iTOC de la Universidad de Valencia, comandado por la Dra. Belloch uno de los defensores de la importancia fundamental de las obsesiones (Cabedo, 2007; García Soriano, 2008; Morillo, 2004). En sus investigaciones muestran cómo sólo se detectan compulsiones en aparente ausencia de obsesiones, en personas con enfermedad de larga evolución (Morillo, 2004), aunque entienden que la obsesión incluso en estos casos (p. ej. rituales repetitivos) está a la sombra de la compulsión. En la práctica clínica observamos que en ocasiones la compulsión queda como elemento residual, pero en realidad por un ajuste casi podríamos decir adaptativo del sujeto, en el sentido de que ya no es necesaria la presencia del pensamiento obsesivo para que aparezca la compulsión, que la aparición de ésta se habrá, de alguna manera, automatizado.

En cuanto a la diferenciación de las obsesiones, en el estudio que realizaron Foa y su equipo con una muestra de 431 pacientes diagnosticados de TOC en los que evaluó también las características de las obsesiones, se señala que bajo la percepción del paciente sólo el 10% vive sus compulsiones como independientes de las obsesiones. Así los contenidos más comunes en las obsesiones (Foa, Kozak, Goodman, Hollander, Jenike & Rasmussen, 1995; García Soriano, 2008) son:

- Obsesiones por contaminación (se incluye contaminación por suciedad, gérmenes o virus, fluidos corporales, diferentes sustancias, materiales tóxicos, etc.) (37.80%)
- Obsesiones por miedo al peligro (23.60%)
- Obsesiones por el orden y la simetría (10%)
- Obsesiones por el propio cuerpo y/o sintomatología física (7.20%)
- Obsesiones por pensamientos religiosos, místicos, sacrílegos, blasfemos (5.90%)
- Obsesiones por pensamientos con contenido sexual (5.50%)
- Obsesiones por necesidad de acumular objetos inútiles, rotos, etc. (4.80%)
- Obsesiones por pensamientos agresivos o violentos (4.30%)



Gráfico 1. Tomado de Foa et al, 1995

Siguiendo a Clark, en su investigación sobre las características de los pensamientos obsesivos, podemos entender que las éstas cumplen una serie de criterios (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011; Clark, 2005; García Soriano, 2008):

- A) **Intrusividad:** la aparición de la obsesión es súbita, aparece en la dinámica del pensamiento consciente y es completamente involuntaria.
- B) **Inaceptabilidad:** la obsesión se considera inaceptable por parte del paciente, ya sea porque le supone malestar, miedo, angustia, ansiedad o culpa.
- C) **Resistencia a su aparición:** los pacientes se resisten a la aparición de las obsesiones y parte de su energía se emplea en el intento de control cognitivo, creación de estrategias de evitación etc.
- D) **Incontrolabilidad:** el paciente siente que cualquier intento de control o supresión de la obsesión es frustrado y que es imposible eliminarlos.
- E) **Egodistonía:** El contenido de la obsesión es discordante con la manera de ser, pensar o actuar de quien lo sufre y supone por tanto una valoración negativa de

la persona por sí misma. (Purdon & Clark, 1999). Es uno de los generadores del sentido de culpa en la persona con TOC y supone un rechazo de la persona sobre sí misma.

En la literatura anterior sobre el TOC, la definición de obsesión más utilizada fue la acuñada por Rachman (1981): las obsesiones son *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* (citado en Belloch et al, 2011).

En cuanto al concepto de compulsión, es descrita por Rachman y Shafran en como *“acciones repetitivas, estereotipadas e intencionales. Las condiciones necesarias y suficientes para describir una conducta repetitiva como compulsiva, son la experimentación de una sensación de urgencia para actuar y la atribución de dicha presión a circunstancias internas”* (Rachman & Shafran, 1998, p.53).

Las compulsiones pueden ser expresadas manifiestamente y ser observables o bien ser encubiertas e imperceptibles externamente. Encontramos por tanto un número prácticamente ilimitado de posibles comportamientos compulsivos ya que cada persona puede crear una conducta concreta con el objetivo de neutralizar su obsesión. Así en el ámbito clínico encontramos conductas compulsivas de lo más variopinto, desde pacientes que nos refieren conductas más prototípicas (pisar rayas, cruzar según el número de portal, revisar focos de peligro un número determinado de veces, considerar fechas, números etc... como señales, lavados, repeticiones,...), si bien es cierto que desde nuestro criterio es muy difícil establecer una descripción de las compulsiones más comunes, sí es cierto que se pueden englobar identificando los contenidos de estas a través de observación y auto-informes. Recordamos que Foa et al. (1995) reúnen en su investigación, 431 referencias, entre las que podríamos nombrar por su alta aparición en la práctica clínica:

- ✓ Comprobación: “No tengo la completa seguridad de que haya quedado bien cerrado”. Revisión de cierres de llaves de gas, agua, ventanas y puertas cerradas, enchufes conectados etc., o cualquier aspecto que sin su comprobación genere en el paciente la falsa idea de peligro.

- ✓ Limpieza y lavado. “Me da la sensación de que estoy sucia y me preocupa poder contagiar”. La obsesión se centra en ver un potencial foco de suciedad en prácticamente cualquier objeto, manillares de puertas, asientos en lugares públicos: limpian estas superficies con geles desinfectantes, usan pinzas para coger las cosas que después han de tirar, guantes, etc.

- ✓ Repetir acciones: “Repaso para asegurarme que he dado los pasos adecuados en el proceso”. La obsesión aquí se convierte, en una suerte de superstición en la que si se ha tenido “protección” de una manera, se interioriza que es esto lo que “protege”. Bajar los escalones de una forma determinada, ir al baño antes de entrar en el despacho, pasar por el aula siempre primero por una zona de mesas, o en la Iglesia por una zona de bancos, etc.

- ✓ Compulsiones mentales: “Debo rezar 10 veces un Ave María ante esta situación; doy vueltas a este pensamiento sin llegar a ningún fin ni solución, sólo gira, gira, gira...” Es el uso del pensamiento ya sea para estructurar con rigidez un proceso de falsa protección mental o el tiempo invertido en pensamientos completamente recursivos e improductivos. Si pienso en esto quizás evite que suceda algo malo, ante viajes, enfermedades, etc.

- ✓ Orden y simetrías: “Las cajitas de la mesa tienen esta posición; para que las cosas vayan bien, hemos de colocar esto así; la separación entre estos objetos es esta, no debe ser otra” El orden y simetría de los objetos suponen el objetivo de falacia de control y protección de la situación. Ropa ordenada casi milimétricamente, libros en un orden inamovible, etc.

- ✓ Acumulación: “Nunca se sabe, quizás mañana lo pueda necesitar; sería horrible perderlo porque podría necesitarlo”. La obsesión sólo produce una acumulación en la que se concede valor de protección a la falsa utilidad o suposición de la misma a los objetos. Acumulan todo tipo de objetos inservibles, aunque reconocen que en este momento no les son de utilidad.

- ✓ Recuentos: “Cada vez que veo una pared de ladrillo o enlosada, lo primero que he de hacer es contar las baldosas o ladrillos; debo repasar las líneas de ese paso de cebra para asegurarme de que son las correctas”.

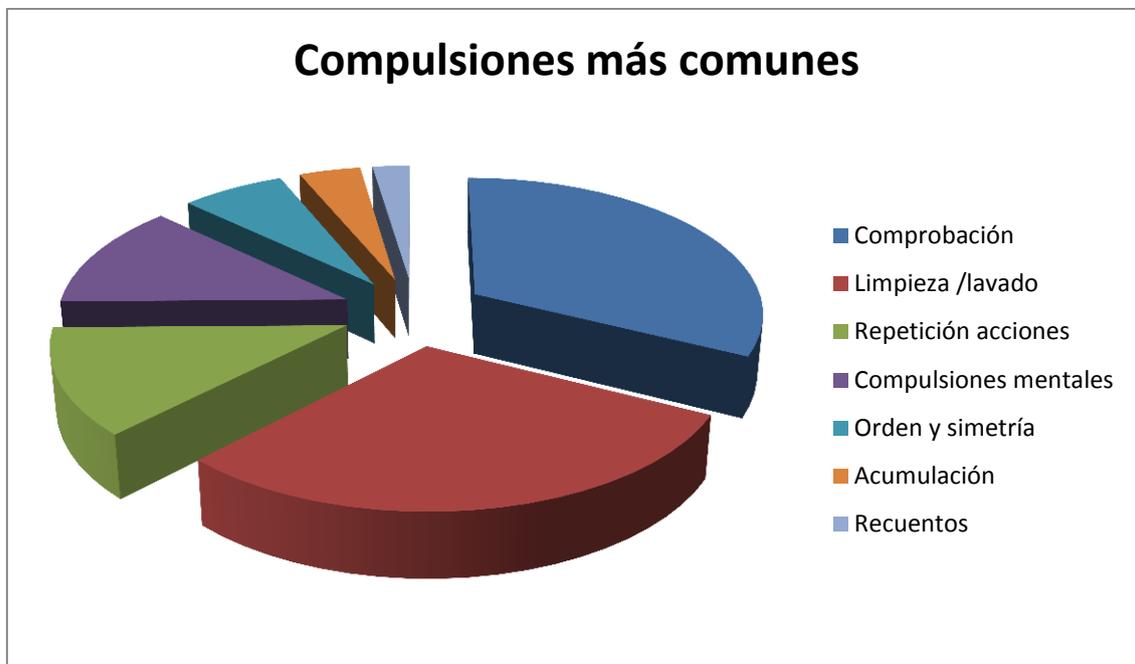


Gráfico 2. Tomado de Foa et al., 1995

1.2.- Prevalencia

Siguiendo los datos de la publicación de Estadísticas Sanitarias Mundiales de la Organización Mundial de la Salud en 2014, el TOC se encuentra entre las 5 enfermedades psiquiátricas más comunes y el nº 20 en el grupo de las enfermedades discapacitantes con una incidencia del 0.8% en adultos y un 0.25% en niños (OMS, 2014).

Quizás los datos que nos brinda la National Comorbidity Survey Replication (NCSR), elaborada por Ruscio, Stein, Chiu & Kessler (2010), sean los datos más actualizados en población estadounidense. En este caso una muestra de 2073 personas, se evaluó a través de los criterios de DSM-IV-R (APA, 1994). Casi un 25% del total, afirma haber padecido en algún momento obsesiones y compulsiones, pero sin cumplir todos los criterios necesarios para formalizar un diagnóstico de TOC. De este porcentaje, un 2.3% refiere el cumplimiento de los criterios TOC a lo largo de algún

momento de su vida y un 1.2% lo refiere en relación a los últimos 12 meses previos a la encuesta.

Siguiendo a Canals, Hernández-Martínez, Voltas & Cosí (2013), la tendencia en la clínica es a considerar que alrededor de un 1.8% de la población sufre criterios diagnósticos de TOC clínico, y un 5.5% es considerado TOC subclínico, entre estos últimos se enmarcan aquellas personas que aun teniendo obsesiones y/o compulsiones, no tienen ni sienten en cambio una disfunción grave, ni un malestar importante que les impida llevar una vida normal, lo que incumple la definición de obsesión susceptible de TOC de Rachman (1997).

En un estudio epidemiológico en población escolar española realizado en 2013 por un equipo de la Universidad Rovira i Virgili, con una muestra de 1514 escolares, señalan una prevalencia de sintomatología O – C de entre el 4.8% y el 30.4%, en función de la severidad del trastorno, de hecho en su estudio comprueban cómo la severidad del trastorno con 3 años de seguimiento supera el 30%, lo que apoya la consideración del TOC como un trastorno crónico (Canals et al., 2013). Igualmente, señalan la aparición de nuevos casos en las edades de la muestra (entre 8 y 12 años) como indicador de la frecuencia en esta etapa, siendo esta en torno al 1.1-1.4%.

1.3.- Diagnóstico diferencial

En el caso del TOC y desde el punto de vista procedimental, el objetivo es reconocer que la sintomatología en pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos ritualizados o repetitivos que presenta el paciente es debida a un TOC y no a otras posibles circunstancias y/o trastornos tal como señala el DSM-5 (APA, 2014) por ello señalamos aquí aquellos trastornos desde los que, desde nuestro criterio resulta más complicado realizar dicho diagnóstico diferencial:

Entre los trastornos de ansiedad:

- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, que puedan suponer la aparición de sintomatología obsesiva y/o compulsiva.
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, que es la que pueda provocar la sintomatología de obsesiones y/o compulsiones.

- Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), es el más delicado a la hora de hacer el diagnóstico diferencial, junto a la hipocondría y la Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsiva. Entre los aspectos a tener en cuenta, se encuentran será comprobar si las preocupaciones repetitivas, no son egodistónicas. En general en el TAG, las preocupaciones tienen que ver con aspectos de la vida cotidiana y tienen sentido en su contenido.
- Trastorno de Pánico: Dado que es frecuente que los pacientes TOC hayan sufrido crisis de pánico (ver Cascardo & Resnik, 2005). En este estudio, se confirma que un total del 38.2% de la muestra manifestó haber padecido una crisis de pánico en el último año, y un 26.5% las presentaba en el momento de realizar la investigación.

Entre los Trastornos del grupo Trastornos Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados:

- Trastorno dismórfico corporal: cuando la obsesión y/o compulsión únicamente atiende a criterios relacionados con la autoimagen o el propio cuerpo.
- Trastorno de acumulación: Es especialmente delicado este diagnóstico diferencial, teniendo en cuenta que hasta la publicación del último manual de la APA, en 2013, la acumulación se presentaba como uno de los síntomas del TOC. En los últimos años diversos investigadores (Hall, Tolin, Frost & Steketee, 2013; Mataix-Cols & Pertusa, 2012; Tolin, Stevens, Villavicencio, Norberg, Calhoun & Frost, 2012). han considerado que había evidencia científica para considerarlo un trastorno con entidad propia (Castelló, 2014) ya que parece que está comprobado que se involucran diferentes mecanismos neurológicos que en el TOC y la respuesta al tratamiento farmacológico TOC no es eficaz.

En cuanto a los trastornos depresivos:

- Trastorno Depresivo Mayor: al igual que en el diagnóstico diferencial del TAG, en este caso la sensación de duda permanente, o de sentimientos de culpa no producen egodistonía en los pacientes y por lo tanto no cumplen criterios TOC. Igualmente en las respuestas farmacológicas, los pacientes TOC no responden bien al tratamiento dual serotonina con noradrenalina al contrario que los pacientes con trastorno depresivo.

En el grupo de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados:

- Trastorno de ansiedad por enfermedad: En este caso el diagnóstico diferencial se centrará en las compulsiones y no en las obsesiones, ya que las primeras sólo aparecen cuando se trata de un paciente con TOC.

En el grupo de los trastornos del neurodesarrollo:

- Trastornos de tics: se ha de identificar la causa de los movimientos repetitivos como automáticos y motores y cerciorarse de que no son provocados por el individuo como las respuestas ritualizadas provocadas por un pensamiento obsesivo.

Y en lo que respecta a los trastornos de la personalidad:

- Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva: como síntoma podríamos nombrar la exacerbación del perfeccionismo hasta llegar a ser disruptivo para el funcionamiento cotidiano normal de un individuo. Igualmente, atendiendo a las obsesiones, la diferencia entre ambos trastornos radica en que en el TOC la persona reconoce que sus pensamientos son erróneos y en el trastorno de personalidad TOC el paciente entiende lo contrario. Las ideaciones además suelen centrarse en el perfeccionismo, orden y control.

1.4.- Trastornos asociados y comorbilidad

El TOC y su sintomatología representan uno de los trastornos con mayor comorbilidad dentro de los trastornos mentales. Quizás por ello, la comunidad científica ha precisado concederle una categorización independiente externa a los trastornos de ansiedad como evolución del DSM-IV (APA, 1994) y en su revisión DSM-IV-R (APA, 2001).

Gracias a los estudios que a lo largo de las dos últimas décadas se han realizado en torno al tema de la comorbilidad en TOC, podemos reflejar con bastante consenso científico aquellos más significativos al hablar de los trastornos asociados el TOC (Calamari, Chik, Pontarelli & Dellong, 2011; Denys, Zohar & Westenberg, 2004; Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1998; Nestadt, Samuels, Riddle, Liang;

Biennu & Hoehn-Saric, 2001; Rasmussen, Jane & Eisen, 2001; Ruscio et al., 2010; Steketee, 2011). Los resultados de las diferentes investigaciones nos permiten señalar los siguientes, siguiendo la valoración de Ruscio:

- Trastornos de ansiedad: hasta el 75.8%. Significativamente mayores en fobia social, específica ansiedad por separación y trastorno de pánico. Curiosamente los valores en trastornos por estrés resultan menores, a pesar de que en el TOC hay una respuesta sintomatológica importante asociada al mismo. Según Weissman (1994) la mayoría de los pacientes con diagnóstico TOC, en torno al 50%, tienen un diagnóstico de algún trastorno de ansiedad.
- Trastornos del estado de ánimo: 63.3%. Sin duda, para Ruscio, la mayor comorbilidad se registra con el Trastorno Depresivo Mayor, que puede agravar en gran medida el TOC: en el estudio de Weissman (1994), en cambio concluyen que un 27% cuenta con diagnóstico de depresión mayor. Quizás la diferenciación que explique esto tiene que ver con que el diagnóstico de trastorno de ansiedad, suele ser previo al diagnóstico TOC, justamente al contrario que la depresión mayor que suele ser diagnosticada con posterioridad al mismo (Odriozola, 2011).
- Trastornos del control de impulsos: 55.9% (Ruscio, 2010).
- Trastornos derivados del consumo de sustancias: 38.6%, especialmente investigado ha sido el abuso de alcohol con un porcentaje cercano al 8%. (Ruscio, 2010).
- Trastornos psicóticos: Aunque la comorbilidad no es excesivamente frecuente, señalamos la concurrencia de sintomatología obsesivo compulsiva en pacientes con esquizofrenia, con una comorbilidad cercana al 20/30%. En este ámbito, algunos autores sugieren la posibilidad de pertenencia de ambos trastornos a un mismo espectro cuando se analiza la comorbilidad (Castillo y Corlay, 2011); en concreto, se encuentra relación significativa entre la sintomatología obsesivo-compulsiva y psicótica, hasta el punto de que las tasas de comorbilidad diagnóstica asocian la aparición y exacerbación de ambos trastornos, es más, en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, se considera incluso una *categoría*

especial a los pacientes TOC, incluso se ha llegado a proponer una nueva categoría que respondería al nombre de trastorno esquizo-afectivo. Una de las circunstancias en las que no hay acuerdo científico, ya que nos encontramos en la clínica con muchos casos que demuestran lo contrario, es que no siempre desde el punto de vista del ejercicio clínico los sujetos conciben sus obsesiones como extrañas, irracionales o falsas; es más, en muchos casos justifican con un discurso bien razonado la causa de sus obsesiones, sobre todo en las relativas a contaminación. Esto ha favorecido a algunos investigadores para contemplar la asociación entre psicosis y TOC al estar en algunos momentos comprometido el pensamiento “fuera de la realidad”.

- Trastornos de la Personalidad: Aunque se podría pensar lo contrario debido a la similitud terminológica, el trastorno de personalidad obsesivo compulsiva no es el que presenta mayor nivel de comorbilidad, sino los otros dos trastornos de la personalidad que forman parte del denominado Grupo C (APA, 2014) junto con el Trastorno de la Personalidad Obsesivo Compulsiva (en adelante TPOC), es decir, el trastorno de personalidad evitativa y el dependiente. De hecho autores como Frost y Steketee (1997), defienden la independencia de ambos trastornos con el matiz de algunos aspectos representativos del trastorno de personalidad obsesivo compulsiva es el perfeccionismo, como rasgo característico del TOC en relación al cumplimiento de algunos rituales, en lo relativo a la limpieza, el orden, la simetría, etc.. (Clark, 2004; Frost & Steketee, 1997; García Soriano, 2008; Gibbs & Oltmanns, 1995; Tallis, 1996).

1.5.- Edad de aparición

En cuanto a aspectos relacionados con la edad, las investigaciones de Rasmussen y Eisen (1992) señalan la edad de inicio en la solicitud de ayuda hacia los 22 años en mujeres y sobre los 19 en varones. En todo caso este dato es relativamente concordante con las edades manejadas por la APA cuando abre su horquilla a los 20-29 años en mujeres y algo más baja cuando lo hace entre los 8- 15 en varones (APA, 2014)

En la práctica clínica consignamos como los pacientes reconocen en general un avance en la sintomatología y aunque hay quienes recuerdan un suceso vital estresante

(muerte, embarazo) como desencadenante del aumento de obsesiones/compulsiones, la mayoría de ellos refieren la pertenencia de ciertos pensamientos obsesivos desde los 6/8 años.

Teniendo en cuenta que la edad de aparición de sintomatología más disruptiva es tardía y asimismo la posibilidad de un diagnóstico tras solicitar ayuda profesional aún más, es difícil ofrecer en esta tesis una referencia fija e edad de inicio. Además las últimas investigaciones sobre edad en los trastornos mentales, señalan la circunstancia de un TOC de aparición temprana (García, Freeman, Himle & Berman, 2009) que podría rondar los 5 años, aunque la manifestación sea diferente; así, en la propia guía de consulta del DSM-5 (APA, 2014) aparece consignado tras la definición de obsesiones y compulsiones la siguiente nota: *“los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales”*; y también un TOC de inicio tardío (Carmin, Calamari & Ownby, 2011) que señala los 30 años como posible edad de inicio y con mayor presencia de obsesiones que de compulsiones.

1.6.- Diferencias entre sexos

En general la diferencia entre ambos sexos es poco significativa, contrariamente al resto del grupo de los trastornos de ansiedad clasificados en el DSM-5 (APA, 2014), donde hasta hace apenas dos años estaba integrado el TOC, y en los que la frecuencia de incidencia es mayor en mujeres que en hombres. En el TOC en cambio la diferencia es inexistente o apenas significativa (Lochner, Seedat, Hemmings, Kinnear, Corfield, Niehaus, Moolman-Smook, & Stein, 2004; Lochner, Kinnear, Hemmings, Seller, Niehaus, Knowles, Daniels, Moolman-Smook, 2005; Rasmussen & Eisen, 1992).

Sí se han encontrado datos empíricos que muestran que sí hay diferencia entre ambos sexos atendiendo a las obsesiones y/o compulsiones más frecuentemente utilizadas. Así las mujeres suelen manifestar más compulsiones relativas a la limpieza y los hombres a la comprobación, aunque según algunas investigaciones las compulsiones que realmente son significativas en los hombres son las que vinculan los pensamientos obsesivos con temas sexuales, religiosos o con contenidos agresivos (Mathis, Alvarenga, Funaro, Torresan, Moraes, & Torres, 2011). Igualmente se entiende que los hombres son más propensos a presentar mayor gravedad en el trastorno, mayor incidencia en su vida cotidiana y social y mayor precocidad (Lochner et al., 2004;

Mathis et al., 2011). En cuanto a la vinculación con otros trastornos en los hombres es frecuente la asociación con trastornos de tics y trastornos por abuso de sustancias, y en el caso de las mujeres con trastornos de ansiedad, de control de impulsos y de la conducta alimentaria (APA, 2014).

Arenas y Puigcerver, (2009) especifican que en las mujeres el inicio es más tardío que en los hombres y suele aparecer después de los 20 años, normalmente asociado a embarazos.

Algunas investigaciones sobre el TOC se han centrado en las posibles correlatos hormonales, ya que se han observado cambios en los momentos de fases premenstrual/menstrual, al igual que manifestaciones significativas como tras el embarazo y la menopausia (Lochner et al., 2004). En la actualidad se está abordando el estudio genético, y la posibilidad de predisposición. Concretamente el interés central está en la catecol-O-metil-transferasa (COMT), parece que la regulación a la baja de la COMT es un factor que contribuye a la predisposición al TOC sólo en pacientes varones (Pooley, Fineberg & Harrison, 2007).

1.7.- Influencia del estado civil

Rasmussen & Eisen (1992) analizaron esta variable con un resultado de apenas diferencia entre solteros (43%) y casados (52%). En cambio Yaryura-Tobías & Neziroglu (1997), encontraron que las circunstancias de la enfermedad y lo que suponen para la convivencia, crearán problemas a la hora de formalizar una convivencia de pareja o casarse, y pronostica la posibilidad de causa de fracaso de la pareja la incidencia de enfermedad o el avance de la sintomatología.

1.8.- Etiopatogenia

La etiopatogenia del TOC es bastante desconocida, aunque hay varias hipótesis que explican alguno de los aspectos más fundamentales para comprender las bases genéticas, biológicas, neuroanatómicas y neuroquímicas del TOC, así como la influencia de otros factores sociales y familiares.

A nivel neurobiológico y atendiendo a los resultados de las últimas investigaciones (Basile, Mancini, Macaluso, Caltagirone, Frackoviack & Bozzali, 2011; 2013; Basile, Mancini, Macaluso & Caltagirone 2011; Henning-Fast, Michl, Müller & Engel, 2015) claramente entendemos que hablamos de una enfermedad que tiene una raíz en este ámbito neurobiológico. Aunque no es motivo de nuestra investigación en este trabajo de tesis, si creemos que es importante señalar la dirección de las investigaciones en este campo (para una descripción más detallada ver Abramowitz; 2012; Bruno, Basabilbaso & Cursack, 2013; Pérez Garijo, Ruipérez & Barros, 2010):

Entre las investigaciones que a nivel genético han presentado avances más claros, hemos de remitirnos a los análisis realizados con muestras de hermanos gemelos. Los estudios presentados y expuestos en la publicación del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de Manchester (U.K.) que reflejan Hettrema et al. (2001) señalan que en un meta-análisis probaron la existencia de una asociación significativa entre padecer TOC y tener un familiar con el mismo trastorno. Desde nuestro punto de vista, este factor de heredabilidad, quizás no atiende sólo a factores puramente genéticos, sino que se ve influido por variables de aprendizaje que puedan determinar conductualmente a los niños. Sería muy interesante, en futuras investigaciones evaluar aquellos aspectos que a nivel familiar indiquen en el desarrollo o mantenimiento de obsesiones y compulsiones y qué peso se podría atribuir a la influencia del contexto socio-familiar.

Lo que esencialmente muestran Hettrema et al (2001) es que hay un elevado riesgo de aparición de síntomas TOC en familiares de una persona enferma, pero no exactamente por determinación exclusivamente genética. Sí es verdad que estudios experimentales avalan resultados en los que nos permiten reconocer al menos 5 genes asociados al TOC (Ávila, 2014; Nestadt et al., 2010; Nicolini, 2009; Pauls, 2010), aunque en esencia estas investigaciones aún precisan de contraste experimental. Lo que sí resulta evidente es que obsesiones y compulsiones, aparecen en hermanos gemelos fundamentalmente monocigóticos con una frecuencia mayor que en hermanos dicigóticos (Leahy & Holland, 2000), también en la medida en la que hay un pariente de primer grado con TOC, existe mayor probabilidad de desarrollarlo. Igualmente en estudios concretos en referencia a heredabilidad genética y otros trastornos asociados al TOC, se demuestra cómo la presencia de afección de síndrome de Tourette y de tics en

familiares de 1º grado hace aumentar hasta 11 veces la probabilidad de aparición de un TOC (do Rosario Campos, Leckman, Curi, Quatrano, Katsovitch & Miguel, 2005).

Otra de las claves en cuanto a aspectos clínicos tiene que ver con la evidencia de que la sintomatología asociada al TOC, las obsesiones y las compulsiones aparecen en otras enfermedades (Stein, 2000, citado en Ávila 2014) entre las que sobresalen Corea de Huntington, Corea de Sydenham, Síndrome de Tourette etc.

A nivel neuroquímico, la hipótesis que cuenta con mayor apoyo empírico y científico es la hipótesis serotoninérgica que explica cómo hay, por parte de los pacientes TOC, una buena respuesta a la clomipramina, un antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina (ISRS).

También los avances en el terreno de imagen funcional y su estudio, demuestran la importancia de las cortezas prefrontal y orbito frontal (Andersen & Thompson, 2012), de hecho, algunos estudios (Shah, Pesiridou, Baltuch, Malone & O'Reardon, 2008) demuestran un incremento de la actividad metabólica en los circuitos cortico-estriados-tálamo-corticales en pacientes expuestos a estímulos potencialmente obsesivos. Estas investigaciones más recientes se suman al interés en el estudio de la relación entre el desarrollo del TOC y la actividad en los ganglios basales que Rapoport (1989) explica en base a que estas estructuras a modo de núcleos contienen un repertorio de patrones fijos que se relacionan con una función puntualmente adaptativa y, por otro lado, se organizan en un sistema de integración de estímulos sensoriales que llegan a este conjunto de núcleos. En condiciones normales un patrón sólo se desencadenaría ante estímulos específicos y después cesaría, lo que no sucede en pacientes con TOC.

El TOC está entre las 10 condiciones más deteriorantes de la psicopatología y es la 4ª condición en psiquiatría, sólo detrás de los trastornos fóbicos, el abuso de sustancias y el trastorno depresivo (Gómez, Leyton & Núñez, 2010). De forma, casi podríamos decir acompañada, obsesiones y compulsiones van generando un hábito conductual que en los primeros momentos ni siquiera le supone un peso terrible a quien lo sufre, sino que más bien supone una estrategia que se interpreta como liberadora, ya que la angustia del pensamiento intrusivo va unida a la equivocada “calma” que supone

la neutralización por parte de la conducta compulsiva. Es así como el TOC va levantando las rejas de una cárcel de acción-reacción en el individuo.

Uno de los estudios pioneros en este aspecto y que abrió la puerta a ampliar la consideración del TOC desde el punto de vista de la influencia del contexto y del estilo educativo en personas con vulnerabilidad al TOC, fue el publicado por Rachman y Hodgson en 1980 (citado en Alonso, Menchón, Pifarré, Mataix –Cols, Urretavizcaya, & Crespo, 2001). En general, los sujetos de este estudio percibían a sus progenitores como sobreprotectores, controladores, poco expresivos emocionalmente y muy críticos. Posteriormente, algunos autores han trabajado en relación a las narrativas de sus pacientes dando espacio a la vivencia de la influencia de la propia biografía.

Estos autores muestran, en comunión con las nuevas corrientes en psicología que abogan por la importancia de las nuevas narrativas, cómo afecta al curso, seguimiento, gravedad de la sintomatología TOC y curación, la forma en que cada paciente crea su propia historia: *“... el DSM-III y DSM-IV han avanzado, pero sólo proveen una parte de la información que necesitamos. Pues la otra parte es la historia del paciente o su narrativa. Jaspers enfatiza la «empatía» como la clave para entender al paciente. Es vital que nosotros restauremos este aspecto en el proceso diagnóstico, que simplemente es comprender lo que cada paciente está experimentando y cómo sus relatos contienen los síntomas [...] Ha llegado la hora de combinar la psiquiatría empírica del DSM-IV con la historia de vida y la observación del paciente...”* (Tucker, 1998, pp.159-161).

Especialmente en el caso del TOC, estas narrativas adquieren aún un sentido mayor ya que, entendida desde este enfoque, una parte importante de la enfermedad tiene que ver con la importancia que los pacientes conceden a sus pensamientos obsesivos y en la influencia que permiten que tengan en sus vidas... Esos contenidos que les hablan de contagios, catástrofes o peligros son, al fin y al cabo, narrativas erróneas que les condicionan la vida.

Es por ello que diversos autores ponen en relación el contenido de las obsesiones y las compulsiones asociadas, con las vivencias familiares, educativas y socioculturales, ya que dicho contenido es un reflejo de los miedos, pensamientos “mágicos” generados a lo largo de la biografía y determinados al verse influidos por dichos factores. Existen

diferencias significativas, por ejemplo, en las personas con obsesiones relativas a temor por la contaminación y con compulsiones asociadas con la limpieza, que tendrían que ver con familias con fuerte nivel de sobreprotección y control, que facilitaría la vulnerabilidad a la sensación de falta de control y peligro ante los objetos susceptibles de ser peligrosos, a diferencia de aquellos con obsesiones por duda y compulsión por comprobación, que pertenecen a hogares donde se ha generado ambiente de crítica, ya sea propia o ajena (Leahy & Holland, 2000; Rachman & Hodgson, 1980). En ambos casos, previsiblemente impera la negatividad en el ambiente familiar.

Relativo al análisis de hogares con alto nivel de crítica, algunos autores no encuentran diferencias en cuanto a ambos grupos, comprobadores y con rituales de limpieza (Turner, Steketee & Foa, 1979). Algunas investigaciones en cambio, no conceden variabilidad en cuanto a la sintomatología TOC predominante cuando se trata de evaluar el ambiente de sobreprotección, y sí en cambio hay diferencias en cuanto a la interiorización de la figura materna en relación a un nivel mayor de meticulosidad (Steketee, Grayson, & Foa, 1985), pero no encuentran diferencias en cuanto a la percepción de sobreprotección, parece que en lo relativo a las relaciones familiares, los pacientes con TOC tienen mayor percepción de rechazo en la infancia por parte de sus progenitores que grupos control (Cortés, Uribe & Vásquez, 2005).

En nuestra práctica clínica, también trabajamos para valorar y transformar la influencia que estas interpretaciones de los factores sociales y familiares tienen para la persona (Pérez & Arias, 1997). Usamos de hecho, en múltiples ocasiones estas narrativas como una estrategia terapéutica, en el sentido de que trabajamos con los pacientes para que enfrentándose a sus propias narraciones puedan reelaborarlas y reinterpretarlas de una forma más valiosa y eficaz para ellos. Para ello nos servimos de un cuaderno de trabajo en el que el paciente va recogiendo por escrito las tareas que se le van encomendando y después nos las leerá en voz alta, así a través de la escucha de su propio discurso, el paciente va necesitando transformar su narrativa para “escucharse” un relato más positivo y egosintónico.

1.9.- Criterios diagnósticos del TOC: DSM-5 y CIE-10

Desde la comunidad científica, el estudio del TOC ha transitado por muy diversas circunstancias en función no sólo de su descripción clínica, sino también a tenor de la esperanza depositada por los profesionales sobre la posibilidad de curación total.

Una de las primeras descripciones de sintomatología asociada al TOC la encontramos en el documento titulado “Anatomía de la Melancolía” que publicó Robert Burton en 1632 y que reseña el miedo de un hombre religioso a interrumpir el sermón en el templo y pronunciar frases insultantes: “... *el individuo no se atrevía a atravesar un puente, pasar cerca de un embalse o peñasco o permanecer en una habitación con vigas, por miedo a que tuviera tentaciones de ahorcarse, ahogarse o precipitarse. Si se hallaba ante un auditorio silencioso, como por ejemplo en un sermón, temía que pudiera proferir en voz alta e incontroladamente palabras indecentes y malsonantes...*” (extraído en <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1995/revista-56/02-anatomia-de-la-melancolia.pdf>). Sin duda la religiosidad aparece como una variable asociada al sentimiento de culpa y al TOC desde el origen de los tiempos. Varios obispos, monjes etc., han consignado cómo personas que se acercaban a ellos presos de la angustia, les señalaban preocupaciones de este cariz (Albert, 2001).

El primer personaje famoso que aparece explícitamente reflejado en la literatura como TOC es Lady Macbeth, en la maravillosa obra de William Shakespeare publicada en 1623 en *First Folio*. En ella, la protagonista utiliza el lavado de sus manos como propiciación por el asesinato del rey Duncan, y se refleja cómo nunca es suficiente para lavar su culpa. Es significativo y seguramente no gratuito el valor simbólico “limpiador” del agua; de hecho, en muchas religiones se utiliza el símbolo del agua para borrar los pecados. Pero tal como le sucede a Lady Macbeth, los enfermos de TOC no terminan de verse limpios: ¿Es un trastorno de ansiedad? ¿Es un trastorno que trasciende esa nomenclatura? ¿Está bien reflejada en los criterios diagnósticos la verdadera dimensión de la sintomatología TOC?

La transición a la determinación clínica de esas conductas obsesivas y compulsivas se debe, en acuerdo con García & Miguel (2001), a Esquirol, quien en

1838 hizo la siguiente clasificación de las obsesiones en términos de monomanía volitiva inserta en lo que él llamó “locuras parciales” en su “Diccionario de Ciencias Médicas”. En la definición, por un lado señaló la resistencia contra los síntomas como elemento principal, y por otro incluyó estos fenómenos como una forma de locura, aunque distinta de la insania o locura general (Del Olmo, 2007).

Tras Esquirol, la sucesión de alternativas en cuanto a la definición del TOC hasta nuestros días es incesante (Casado, 2008). Desde Morel en 1866 con su consideración de las obsesiones como *delirios emocionales* o Westphal, incidiendo en la idea de que las personas encuentran sus ideas extrañas y hacen esfuerzos para rechazarlas, a pesar de lo cual, reaparecen nuevamente en la conciencia; Janet en 1903 presenta una propuesta de tratamiento en términos pre-conductistas en el manual “Las obsesiones y la psicastenia”; Freud (1909) que publica en su “Hombre de las ratas” la descripción clara de un caso de TOC, entonces llamada neurosis obsesivo-compulsiva, y que enraíza la corriente explicativa y de tratamiento terapéutico psicodinámico que durante décadas fue la principal alternativa de intervención en este trastorno.

Posteriormente, en la primera mitad del siglo XX, Lewis nos habla de la subjetividad de la compulsión y de la necesidad de que el sujeto presente resistencia ante las obsesiones y es cuando el enfoque conductual aparece con fuerza como esperanza de tratamiento ante esta enfermedad que empezaba a creerse irresoluble (Coryell, 1981). Desde esta perspectiva conductista, enfocada en lo perceptible y observable, se prescinde de la subjetividad para hacer hincapié en lo conductual, por lo que las obsesiones en sí mismas no se atienden hasta la llegada del paradigma cognitivo que aborda el TOC desde un prisma múltiple en el que lo observable y lo subjetivo tienen cabida en el objetivo de estudio.

La aparición de las clasificaciones diagnósticas, en un primer momento al menos, permite situar el TOC en una esfera común a toda la comunidad científica. Más allá de ello, están las consideraciones que durante años han provocado discusiones sobre la certeza de la inclusión o no del TOC en la esfera de los trastornos de ansiedad, resuelto, por los miembros de la APA, independizándolo y concediéndole un espacio propio, tal como comentábamos al comienzo de este apartado, en la última publicación del DSM-5.

1.9.1.- Clasificación del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)

Desde 1952, las sucesivas ediciones del manual de criterios diagnósticos DSM, han ido ayudando a la comunidad científica a establecer descripciones de categorías diagnósticas que han evolucionado a través de los años atendiendo a consideraciones y aportaciones de investigadores y clínicos, tratando de crear una clasificación valiosa para la mayoría de la comunidad científica.

Esta evolución ha desembocado hace apenas dos años, concretamente el 18 de mayo de 2013, en la ciudad de San Francisco, durante la celebración del Congreso Anual de la American Psychiatric Association, en la publicación del nuevo manual de criterios diagnósticos DSM-5, con una serie de cambios que han afectado de forma directa al contenido de la presente tesis doctoral ya que uno de los más importantes en esta nueva edición es considerar el TOC como un espectro en sí mismo catalogado como “TOC y Trastornos relacionados” y no como aparecía en las ediciones anteriores inserto en el espectro de Trastornos de Ansiedad.

La definición de TOC aparece reflejada en la primera edición del DSM- I publicada en 1952 como: *“La característica principal de estos trastornos es la ansiedad, que puede ser directamente sentida y expresada o bien puede ser controlada automática e inconscientemente por la utilización de varios mecanismos de defensa. En contraste con aquellos con psicosis, los pacientes con trastornos psiconeuróticos no exhiben una gran distorsión de la realidad (delusiones, alucinaciones, ilusiones) y no presentan una desorganización de la personalidad grave”* (APA, 1952, p.33)

En general los cambios de la última edición de 2013 son debidos a varias circunstancias:

- a) Especificaciones que afectan a la organización de los trastornos. En esta edición se respeta más la guía del propio ciclo evolutivo y la diferenciación en edad, sexo y otras características específicas de cada paciente, por lo que nos situamos en el continuo, desde los trastornos generales del desarrollo hasta los trastornos neurocognitivos, y eliminándose el formato de evaluación de ejes multiaxiales.

- b) Se establecen los criterios priorizando las similitudes en cuanto a comorbilidad – neurobiología, circuitos cerebrales y respuesta al tratamiento (Castelló, 2014).
- c) Aparecen aspectos etiopatogénicos y de pronóstico en los distintos trastornos.

De esta forma el TOC, ya no aparece reflejado dentro de los trastornos de ansiedad, sino que aparece en la publicación inmediatamente después, consignando el grupo como “Trastorno Obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados”. Los cambios en cuanto a esta apreciación independiente del TOC tienen que ver con la exigencia de conciencia de la problemática de la sintomatología, que el paciente sienta sus pensamientos intrusivos como no reales, no saludables. Tal como veremos más adelante, en el DSM - 5 se establece en base a criterios de grados de introspección, y en cambio en el DSM - IV y DSM - IV - R, se especificaba en base a nivel de conciencia.

En un primer esbozo, se trata de la siguiente diferenciación:

- 1.- Trastorno obsesivo compulsivo 300.3 (f42)
- 2.- Trastorno dismórfico corporal 300.7 (F45.22)
- 3.- Trastorno de acumulación 300.3 (F42)
- 4.- Tricotilomanía 312.39 (f63.3)
- 5.- Trastorno de excoriación 698.4 (I98.1)
- 6.- Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias / medicamentos
- 7.- Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados debido a otra afección médica {294.8. F(06.8)}
- 8.- Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados especificados {300.3 f(42)}
- 9.- Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados no especificados {300.3 f(42)}

Una de las especificaciones que en este DSM 5 encontramos en relación al DSM-IV- R, está en la consideración por parte del paciente de los pensamientos intrusivos como verdaderos o no. En la antigua edición, existía este precepto que desaparece como tal en la vigente clasificación. Tal como señala la edición del manual

DSM – 5, los criterios para el diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo como tal son los siguientes:

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamiento (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej. ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los elementos fisiológicos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento) o a otra afección médica.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p.ej. preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; la preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía; rascarse la piel, como en el trastorno de excoiación; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento

alimentario ritualizado, como los trastornos de la conducta alimentaria; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos; impulsos, como en los trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor, inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista).

Especificar si:

Con introspección buena o aceptable: El sujeto piensa que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son probablemente ciertas.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

Especificar si:

El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics.

Esta última especificación tiene que ver con la consideración de la importancia de la relación entre pacientes con TOC y TICS (entre un 20 – 30 %), sobre todo en TOCS de inicio en la infancia, en torno a los 10 años de edad (Castelló, 2014)

Entre los cambios a nivel general más significativos con respecto a las ediciones anteriores, el más determinante tiene que ver con la estructura de la exposición, que sigue una línea evolutiva, de forma que en primer lugar aparecen los trastornos de desarrollo y en última posición los que suponen afectación neurocognitiva. Para los clínicos es importante el cambio de orden en cuanto a estructura, ya que se abandona el tradicional sistema multiaxial y se enmarca en relación a edad, sexo y aspectos de desarrollo del paciente.

La consideración del TOC hasta esta publicación y en cuanto a criterios diagnósticos, se circunscribía a los trastornos de ansiedad. A día de hoy, con una fuerte presión científica, basada en múltiples aportaciones experimentales, la comunidad científica comandada por la APA ha deshecho definitivamente ese lazo y ha dado

consistencia al TOC como trastorno con entidad propia y peso específico para considerarlo de manera independiente.

1.9.2.- Clasificación internacional de enfermedades (CIE)

Aunque tanto desde nuestra práctica clínica y nuestras pautas de investigación para este trabajo de tesis seguimos los criterios reseñados en el apartado anterior referidos al manual DSM, vamos a reseñar someramente los criterios diagnósticos de esta clasificación. La CIE es una publicación que se publica desde 1948 por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que surge con fines puramente estadísticos, ya que dicha organización buscaba elaborar una ratio estadística de mortalidad/morbilidad como causas de muerte. En la actualidad, la comunidad científica cuenta con la CIE – 10 publicada en 1992 que aporta datos generales, aunque algunos países han creado sus propias estadísticas nacionales. En el próximo mes de octubre de 2015, momento en el que esperamos que esta tesis ya se encuentre en trámites de lectura, se publicará la edición estadounidense que suscita gran interés entre los clínicos. En dicha clasificación, en el capítulo V, con la nomenclatura F00-F99 encontramos la clasificación de los “Trastornos Mentales y del comportamiento”, entre los que se encuentra el TOC.

Pero nuestro interés en este apartado no es estadístico sino clasificatorio, y en este sentido nos interesa la ampliación de dicha clasificación estadística al campo de la intervención clínica. Así, el CIE-9-MC es la clasificación con aportación de modificación clínica (MC), en la que se detallan las características de las enfermedades así como los procedimientos de actuación.

En España, contamos con la aplicación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad denominada eCIEmaps desde la que se puede acceder (necesariamente se ha de ser profesional médico o sanitario) a la clasificación vigente CIE-9-MC y se ha publicado recientemente el borrador del CIE – 10 – ES que se prevé que se publique en su formato definitivo en enero de 2016.

En cuanto a la consideración del TOC, esta clasificación lo refleja de la siguiente forma:

F00-F99. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

F40-F49. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F42 Trastorno Obsesivo Compulsivo:

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables (por su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido) y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos. Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable. Suele tratarse de rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros. A menudo, aunque no siempre, este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido o de eficacia, y hace reiterados intentos para resistirse a él. En casos de larga evolución, la resistencia puede haber quedado reducida a un nivel mínimo. Casi siempre está presente un cierto grado de ansiedad. Existe una íntima relación entre los síntomas obsesivos, en especial pensamientos obsesivos, y la depresión. Los enfermos con trastornos obsesivo-compulsivos tienen a menudo síntomas depresivos y en enfermos que sufren un trastorno depresivo recurrente (F33.-) a menudo se presentan pensamientos obsesivos durante sus episodios de depresión. En ambas situaciones el incremento o la disminución en la gravedad de los síntomas depresivos se acompaña por lo general por cambios paralelos en la gravedad de los síntomas obsesivos.

El trastorno obsesivo-compulsivo es tan frecuente en varones como en mujeres y la personalidad básica suele tener rasgos anancásticos destacados. El comienzo se sitúa habitualmente en la infancia o al principio de la vida adulta. El curso es variable y, en ausencia de síntomas depresivos significativos, tiende más a la evolución crónica.

En cuanto a las pautas para el diagnóstico desde la CIE señalan que para un diagnóstico definitivo deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas, síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos. Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:

- a) Son reconocidos como pensamientos o impulsos propios.
- b) Se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista.
- c) La idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido).
- d) Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos. Incluye: Neurosis obsesivo-compulsiva. Neurosis obsesiva. Neurosis anancástica.

F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos

Pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos a actuar. Su contenido es muy variable, pero se acompañan casi siempre de malestar subjetivo. Por ejemplo, a una mujer le puede atormentar el temor de no poder resistir en algún momento el impulso de matar al hijo querido, o por la cualidad obscena o blasfema y ajena a sí mismo de una imagen mental recurrente. A veces las ideas son simplemente banales en torno a una interminable y casi filosófica consideración de alternativas imponderables. Esta consideración indecisa de alternativas es un elemento importante en muchas otras rumiaciones obsesivas y a menudo se acompaña de una incapacidad para tomar las decisiones, aún las más triviales, pero necesarias en la vida cotidiana. La relación entre rumiaciones obsesivas y depresión es particularmente íntima y se elegirá el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo sólo cuando las rumiaciones aparecen o persisten en ausencia de un trastorno depresivo.

F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)

La mayoría de los actos compulsivos se relacionan con la limpieza (en particular el lavado de las manos), con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se ha

evitado una situación potencialmente peligrosa, o con la pulcritud y el orden. En la conducta manifiesta subyace por lo general un miedo a ser objeto o motivo de un peligro y el ritual es un intento ineficaz o simbólico de conjurar ese peligro. Los rituales compulsivos pueden ocupar muchas horas de cada día y suelen acompañarse a veces de una marcada incapacidad de decisión y de un enlentecimiento. En conjunto, son tan frecuentes en un sexo como en el otro, pero el lavado de manos ritual es más frecuente en las mujeres y el enlentecimiento sin repeticiones es más común en los varones. Los rituales están menos íntimamente relacionados con la depresión que los pensamientos obsesivos y responden con mayor facilidad a las terapéuticas de modificación del comportamiento.

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos

La mayoría de los enfermos con un trastorno obsesivo-compulsivo presentan tanto pensamientos obsesivos como compulsiones. Esta subcategoría debe ser usada cuando ambos son igualmente intensos, como es frecuente, aunque es útil especificar sólo uno cuando destaca con claridad ya que pensamientos y actos pueden responder a tratamientos diferentes.

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación

1.9.3.- Otras clasificaciones descriptivas del TOC

En la práctica clínica con pacientes diagnosticados con TOC y desde un punto de vista que podríamos denominar descriptivo y no estadístico, encontramos claras diferencias no sólo en cuanto a los contenidos de las obsesiones y a las compulsiones que las acompañan, sean estas conductuales o rumiadoras, sino también la prevalencia, pronóstico etc. Por ello, son numerosas las propuestas de clasificación no estadística, que encontramos en la literatura sobre el trastorno a lo largo de las últimas décadas (Belloch et al., 2011), algunas de ellas más enfocadas en relación a las obsesiones y otras en cambio, atendiendo especialmente a la manifestación comportamental, también sobre otros factores, por ejemplo las manifestaciones clínicas, algunos de los conocidos como subtipos clínicos, reconocidos a través de las exposiciones de los propios

pacientes, o las que surgen en función de las variables que generan y suavizan la sensación de angustia en ellos.

En el presente trabajo de tesis vamos a tomar en cuenta lo que desde nuestro criterio es la clasificación más representativa (citados por Belloch et al., 1995) de cada uno de estos criterios clasificatorios:

A.- Clasificación de Marks

Esta propuesta fue elaborada por Marks en 1987 y se realizó en función de las distintas manifestaciones clínicas, entre las que especifica las siguientes:

- 1) Rituales compulsivos con obsesiones. Se desarrollan cuando los sujetos tratan de evitar aquellos estímulos que favorecen, generan o evocan la aparición del ritual. En este grupo se incluyen quienes elaboran los rituales atendiendo a:
 - a. Rituales de limpieza: El intento de no tener contacto directo con ningún foco que pudiera ser susceptible de contaminar (andar cerca de contenedores de basura o vertederos, pasar por donde haya hospitales o laboratorios clínicos, pasear por una zona sucia, etc.) Estos pacientes representan un 51% de las personas que sufren TOC y tal como señala Marks (1987), es más frecuente en mujeres que en hombres. Para reducir la angustia, el paciente elabora rituales de limpieza que se van alargando con el paso del tiempo.
 - b. Rituales de repetición: Se trata de crear líneas de repetición, suelen elaborarse con palabras o en ocasiones son repeticiones conductuales aunque la mayor parte de las veces se realizan con números. Son series que los pacientes van repitiendo hasta realizarlas de manera adecuada porque esto les genera la sensación de estar protegidos. Un ejemplo se encuentra en las series de números primos, en el encadenamiento de tablas de multiplicar, progresiones geométricas etc. Constituyen un 40% del total de pacientes con TOC en la muestra utilizada por Marks (1987).
 - c. Rituales de comprobación: Normalmente asociados a factores de protección ya se hacia uno mismo o hacia el entorno. Es una de las formas más conocidas de TOC y

representa a un 38% del total. Las comprobaciones más comunes son las que tienen que ver con la seguridad en casa (llave del gas, aparatos eléctricos, cierre de puertas y ventanas) en el coche (freno de mano, sistema de cierre). En casos más patológicos la duda se extiende a posibilidades de lo más remoto, llegando por ejemplo a la necesidad de comprobar si se ha cometido un delito (robo, homicidio...). Este tipo de rituales es más frecuente en hombres que en mujeres.

- d. Rituales de acumulación: Son algo menos frecuentes, aunque un 9% de la población lo sufre. Estos pacientes van a ir acumulando objetos, contemplando la remota posibilidad de que en algún momento sean necesarios. Igualmente los objetos son con frecuencia objetos rotos que se guardan en la fantasía de poder arreglarlos si se necesitaran, pero que normalmente no se vuelven a tocar. La dificultad de este ritual a nivel familiar es evidente y se va agravando aún más cuando las dimensiones de la casa no admiten más objetos y los pacientes siguen sintiendo la necesidad de continuar acumulando.
- e. Rituales de orden: Tener todo ordenado de una forma concreta, simétrica o en progresión, siempre con sentido para quien la organiza e inamovible en el orden de quien lo estableció, es la casuística de este tipo de rituales, que sufre un 2% de la población TOC.

2) Lentitud sin rituales visibles. No suponen rituales observables, pero la lentitud en la ejecución de la tarea tiene que ver con que los pacientes desarrollan sus conductas acompañados de o bien repeticiones del todo o partes de la tarea en ejecución, o bien de secuencias de pensamientos que les mantienen como como ensimismados, llevando a la lentitud en esas tareas en concreto, aunque en otras áreas de su vida, realice otro tipo de tareas con una velocidad normal.

3) Obsesiones. Se trata de pensamientos o rumiaciones que los pacientes sienten como disruptivos e involuntarios. Las obsesiones se mantienen a pesar de que los pacientes se esfuercen en hacerlos desaparecer (Salkovskis y Wahl, 2003) y en muchos casos tienen que ver con la inseguridad ante la vida, las circunstancias potencialmente peligrosas o ante las propias acciones.

B.- Clasificación de Silva y Rachman.

Sin duda la clasificación propuesta por de Silva y Rachman (1992) supone una de las claves que nos facilitan en mayor medida poder hacer un estudio de base cognitiva del TOC. Para ellos, existen subtipos clínicos dentro del TOC que se representan en general a través de las compulsiones que acompañan la obsesión y que pueden ser una o varias; también señalan, y por ello es especialmente relevante para nosotros este aspecto (Leal, 2013), que aparecen obsesiones sin asociarse con compulsiones ni rituales.

Los subtipos clínicos son cinco:

- 1) Compulsiones de limpieza/lavado: similares a los rituales de limpieza definidos por Marks (Marks, 1987; Marks y O'Sullivan, 1989) que acabamos de revisar, las personas que desempeñan este tipo de compulsiones, sufren tanto por la posibilidad de contagio propio o ajeno y la posibilidad de infectarse, que desatan una cadena conductas ritualizadas con el único objetivo de la desinfección. Es una compulsión evitativa tremendamente desgastante para quien lo sufre.
- 2) Compulsiones de comprobación: Íntimamente relacionadas con la responsabilidad inflada (Salkovskis y Warrick, 1985) hasta el punto de ser uno de los ejes que permite su mantenimiento. Si la duda se pudiera disipar y ya hubiera certezas y seguridades, desaparecería la compulsión de comprobación. Es una medida de protección para el paciente. Su incidencia es bastante equitativa a nivel de sexos, e implica una vinculación permanente entre la inseguridad y la responsabilidad, retroalimentándose una y otra.
- 3) Otro tipo de compulsiones manifiestas: Son, de hecho, repeticiones y conductas preventivas que surgen de forma muy parecida al subtipo anterior, es decir, secuencias que el paciente establece, en base a una acción realizada de forma determinada o a una repetición de acciones, como una forma de prevención o protección. De igual forma, aparece en hombres y mujeres indistintamente.

- 4) Obsesiones no acompañadas por conducta compulsiva manifiesta: Son procesos cognitivos en principio no acompañados de rituales, aunque la experiencia clínica, nos habla de que en ocasiones sí se establecen compulsiones mentales que, aunque no son exactamente como los rituales manifiestos, en la dinámica mental y en las consecuencias sí se asemejan. Se busca reducir de forma urgente la sensación de angustia.

- 5) Lentitud obsesiva primaria: Es sin duda el subtipo clínico menos frecuente y más discapacitante para quien lo sufre. Una de las descripciones más exactas la hizo Rachman (1974) quien ya describe la baja incidencia en la población TOC y en todo caso con mayor número de varones. Implica una lentitud excesiva en algunos momentos de la vida cotidiana, aunque no en otros. La peligrosidad de este subtipo clínico estriba en que estos pacientes no se ven como sufrientes, al contrario del resto de los subtipos, no sienten los pensamientos que provocan la lentitud como algo molesto y es por ello que poco a poco se van aislando del entorno. Este subtipo clínico suele aparecer en el inicio de la vida adulta.

C.- Clasificación del grupo de Foa

El criterio de clasificación en este caso (Foa & Kozak, 1986; Kozak, Foa, & McCarthy, 1987) se enfoca en torno al tratamiento, en el sentido de diferenciar la señal de alarma que evoca la sensación de angustia y la conducta que la hace desaparecer o al menos la reduce. Así Foa, Kozak, Salkovskis, Coles & Amir (1998) nos orientan a revisar la presencia y el tipo de ideas que manifiesta el paciente y así surgen tres dimensiones que más tarden se vincularán, dando lugar a los distintos tipos de TOC que se verán definidos atendiendo a las siguientes dimensiones:

- 1) Presencia o ausencia de pensamientos catastrofistas (PPC-APC) Estos pensamientos son elaboraciones del paciente relativas a señales, internas o externas a las que dotan de significado potencialmente amenazante y que disparan en quien lo sufre temores o miedos indiscriminados a desastres, catástrofes etc...

- 2) Tipo de indicios o estímulos que provocan la respuesta de angustia o síntomas de ansiedad. Estos estímulos pueden ser externos (IEx), relativos a cualquier variable del ambiente que el sujeto interpretará de forma errónea o bien internos (IIn), de base propioceptiva pero cuyo proceso de elaboración posterior será similar.

- 3) Tipo de compulsión que se usa para reducir la ansiedad. Esta compulsión puede ser motora/comportamental (CM) y por tanto observable y manifiesta o bien puede tratarse de compulsiones mentales, no observables y encubiertas que se denominan, compulsiones cognitivas (CC). (Foa et al., 1995; citado en García Soriano, 2008).

D.- Clasificación de Rachman.

El interés de Rachman (2004), en cuanto a la clasificación de la obsesión y compulsión relativa a la limpieza se centra en identificar las razones por las que la persona, a pesar de haber llevado a cabo un ritual de limpieza, puede continuar sintiéndose sucio. Es lo que determina que se acuñe el concepto de “polución de la mente”. Para Rachman, la importancia fundamental radica en diferenciar entre suciedad y polución (Belloch et al., 1995; 2011) y añade el miedo a la enfermedad, que aparece con tanta frecuencia en la práctica clínica. Así este autor constata que:

- 1) Sentirse sucio, va a provocar rituales o conductas compulsivas de limpieza. Si el paciente se encuentra en este caso, es posible que el lavado permita dejar de sentirse así.

- 2) El concepto de polución de la mente en cambio supone una suciedad en la que las estrategias de limpieza no resultan útiles, sino que se trata de una sensación de suciedad interior, que no es visible ni cuantificable, pero que le pertenece a la persona, y que puede derivarse de diferentes circunstancias y/o pensamientos, incluso de culpas interiorizadas, por ideas, acciones, representaciones mentales o impulsos incoherentes con los valores morales del paciente.

- 3) Tener miedo a la enfermedad. En muchos casos surge más por el miedo a contaminarse que por el propio miedo al sufrimiento, al dolor o a la muerte. Es por ello

que la dificultad en estos pacientes se encuentra en acudir a centros sanitarios, estar en lugares donde hayan estado enfermos o situaciones potencialmente contaminantes.

Por último, a modo de resumen y como cierre del presente capítulo en el que hemos tratado de ofrecer siquiera un acercamiento al concepto del TOC, vamos a señalar una definición en la que relacionamos las obsesiones con las estrategias de neutralización consecuentes y sería la siguiente:

- **Lavado-Limpieza:** La obsesión se centra en la posible contaminación y la compulsión genera una serie de rituales de lavado y de limpieza extremos que van además ampliándose con el transcurso del tiempo.
- **Verificación:** La obsesión se centra en diversas dudas, sobre todo relativas a aspectos de seguridad, tanto personal como interpersonal, ya sea, si se han cerrado puertas, ventanas, conductos de gas, electricidad etc. La compulsión en este caso, se utiliza para el intento de verificar que la duda es incierta. Pero específicamente en las personas con compulsión verificadora, apenas hay espacio para la tranquilidad ya que suele suceder que aparece la duda sobre la duda, es decir, ¿habré mirado bien la ventana? ¿estoy seguro que estaba completamente cerrada cuando lo he comprobado? ¿no se ha podido abrir al rozarla? son preguntas con las que trabajamos frecuentemente en el ámbito clínico.
- **Repetición:** La obsesión tiene que ver con temores de índole personal, sobre todo aquellos que se relacionan con el temor a perder estabilidad y bienestar en la persona (suelen tener relación con el ámbito afectivo, laboral, de la salud, etc.). La compulsión no está relacionada con la obsesión sino que son estrategias neutralizantes que construye el paciente y que son series de repetición, en muchos casos relacionadas con la religión (recitar oraciones de forma repetitiva o en un número concreto) o bien alfanuméricas (contar números, letras) o de otro tipo (contar ladrillos, ponerse la ropa en un orden determinado, etc.) que, para el paciente, constituyen la fuerza para la evitación de la situación desestabilizante.
- **Orden-Simetría:** La obsesión es igual que en el caso anterior, el miedo por parte del paciente a perder elementos de su seguridad. En este caso la compulsión no es mental

sino comportamental y trata de crear un orden “lógico” para el paciente, que tiene que ver normalmente con la simetría y que él previamente establece y no cede hasta que lo ve expresado correctamente, ya que este ritual de orden les permite crear sensación de prevención a eventos catastróficos propios o de otros (por ejemplo colocar las cosas en la mesilla de noche ordenadas simétricamente, los cubiertos antes de comer...).

- **Acumulación:** La obsesión se relaciona con acumular todo tipo de objetos sin seguir un criterio de utilidad ni de valor personal o económico, ni tan siquiera afectivo. El criterio podríamos decir que tendría que ver con la seguridad al pensar en la remota posibilidad de que en algún momento podría ser necesario y útil y por ello el paciente siente que debe guardarlo. La compulsión se centra en ir guardando todo este tipo de objetos.

- **Rituales mentales:** La obsesión tiene que ver al igual que en los casos anteriores con el miedo a no controlar las situaciones y la posibilidad de que sucedan eventos negativos. En este caso las compulsiones son también mentales, y no tienen una manifestación observable, puede tratarse de repetir frases internamente, buscar provocarse pensamientos que contradigan cogniciones negativas, etc.

- **Obsesiones puras:** La nota diferenciadora de este tipo de pacientes es que sólo encontramos obsesiones y no compulsiones neutralizantes. En estos casos, desde el punto de vista puramente diagnóstico, estarán englobados en los sujetos TOC con ausencia de compulsión. Hay quienes entienden que la respuesta que los pacientes tienen a sus obsesiones, que suele tratarse intentos de evitación cognitiva, tendrían que ver con conducta compulsiva, aunque no siempre cumplirían los criterios de compulsión establecidos por la APA en el DSM-5. En general, en este último tipo de TOC especificado, podemos encontrar con bastante frecuencia el miedo por parte de los pacientes que lo sufren a pensamientos que sean muy contradictorios con su forma de pensar y sus valores morales.

2.- ACTIVIDAD COGNITIVA RELACIONADA CON EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

El abordaje de los modelos explicativos, de estudio y tratamiento del TOC a lo largo de la historia, ha ido recorriendo un camino lamentablemente más costoso que en otros trastornos (Beck, 1997; 1976). Quizás ha influido en ello, la complejidad intrínseca del TOC al poder abordarse desde múltiples líneas de investigación ya sea desde una perspectiva que ponga su interés principal en la sintomatología conductual, lo observable, como son las compulsiones y los rituales, en los aspectos cognitivos que lo determinan o lo explican, como las obsesiones, o bien en las implicaciones afectivas que suponen o tal y como se enfatiza en la actualidad, en las observaciones neurobiológicas que permiten resaltar la base química y biológica del trastorno (Pérez-Garijo et al, 2010). Por ello, aunque el objetivo de este apartado es detenernos a conocer en concreto en los modelos cognitivos que explican el trastorno y su propuesta de tratamiento, proponemos un breve acercamiento a las raíces de corte conductual que permitieron llegar a los enfoques actuales.

Un paso fundamental en la terapia conductual tratando de explicar los mecanismos que subyacen al TOC, fue el dado con la Teoría de los Dos Factores desarrollada por Mowrer en 1939 y que fue llevado a la práctica clínica a mediados del s. XX, por Dollard y Miller concretamente en 1942 (Gondra, 2008; Steketee & McKay, 1998), explicando cómo las respuestas de miedo y de evitación son mutuamente necesarias para la adquisición (a través del condicionamiento clásico), mantenimiento (con el refuerzo negativo asociado por condicionamiento instrumental) y la extinción de la respuesta. Hasta entonces, la teoría psicodinámica (que utilizaba el término neurosis obsesiva) en primer lugar y posteriormente el enfoque conductista centrado en el control de pensamiento y de las contingencias, habían tratado de lidiar con la sintomatología obsesivo – compulsiva de los pacientes sin demasiado éxito; ejemplo de ello son desde las descargas eléctricas con las que Lazarus (1965) trató de eliminar las compulsiones del lavado de manos, o la confesión de Beck en cuanto a sus pocas esperanzas en relación a un tratamiento de corte cognitivo factible para el TOC (Beck, Emmery & Greenberg, 1985) en la que afirma que desde la terapia cognitiva poco se podrá hacer por este trastorno.

El problema en este sentido, a la hora de trabajar con pacientes con TOC sobreviene cuando no existe, o al menos no de forma consciente, una circunstancia que pueda justificar la asociación de un estímulo con otro o con una respuesta determinada. Sin embargo, podemos decir que esta explicación además de ser valiosa en algunos tipos de TOC, es también útil para explicar los mecanismos asociativos que están a la base de algunos trastornos de ansiedad, como el TAG. Así, al contrario que para otros trastornos que tienen una base más conductual, en el TOC se precisaba dar un paso más en el que poder atender a la variable cognitiva que afecta a los pacientes. Surgen así los modelos cognitivos y cognitivo – conductuales que imperan en el panorama de tratamiento clínico en este momento.

Siguiendo a Rachman (1997) y tal y como describe Vallejo (2001) los trabajos de Meyer en 1966 suponen otro punto de inflexión importante en cuanto al tratamiento del TOC, ya que su experimento permitió sentar las bases y evolucionar dando ese giro necesario en el tratamiento de este trastorno. El trabajo consistió en primer lugar en seleccionar dos pacientes diagnosticados de TOC, a quienes expuso a estímulos potencialmente ansiógenos para ellos (uno de ellos referido a rituales de limpieza y al otro a ideaciones obsesivas sobre daños derivados de sus acciones). Estuvieron expuestos y supervisados en todo momento para controlar las compulsiones y mostraron una clara mejoría en 24 meses de revisión (Neziroglu, Hericksen & Yaryura, 2006) y supone la puesta en práctica del aprendizaje de la evitación que hasta ese momento se había centrado en el contexto animal.

Esta metodología es la antesala de la conocida como Exposición y Prevención de Respuesta (EPR). De esta forma la EPR tal y como se aplica en la actualidad surge de estas raíces conductuales, pero aportaciones como las de Mc Fall y Wollersheim (1979), tal y como recogen Foa y Kozack (1986), suman determinadas técnicas cognitivas que completan la técnica hasta el punto de que hasta hoy en día constituye uno de los elementos fundamentales en el tratamiento del TOC (Abramowitz & Foa, 2003; Foa & Kozak, 1997; Kozak & Foa, 1996; Rachman, Cobb, Gray, McDonald, Mawson, Sartory. & Stern, 1979; Rachman & Hodgson, 1980; Steketee & Shapiro, 1993). En síntesis la exposición, (generalmente en vivo aunque ocasionalmente se trabaja de forma imaginativa) si bien hay autores que dudan de la eficacia de esta alternativa (Steketee, Eisen, Dyck, Warshaw & Rasmussen, 1999), se provoca durante aproximadamente

entre una y dos horas ante aquellas situaciones que provocan ansiedad, de forma que el paciente se expone al miedo pero no puede realizar la compulsión (algunas de las guías terapéuticas más utilizadas son las de Foa, Yadin & Lichner (2012) y Andrews, Crino, Hunt, Lampe, & Page, (1994), lo que favorece la paulatina desaparición de la sintomatología compulsiva e igualmente se van suavizando las obsesiones hasta ser controlables.

2.1.- Modelos cognitivos

El término cognitivo, es debido a Aaron Beck, quien en su experiencia clínica como psicoanalista centró su interés a partir de la intervención con su paciente “Lucy”, (Beck, 1997) en relación al tratamiento de la depresión y a cómo el pensamiento del paciente, su surgimiento, la generalización, y en definitiva el conocer la respuesta a la pregunta: “¿Qué está Ud. pensando?” le reportaba información muy útil a la hora de enfocar el tratamiento.

Beck, entiende, tal y como relata en su obra que, en realidad, la percepción del individuo y sus experiencias y la estructura de estas, resultan fundamentales para comprender los sentimientos y las conductas de las personas. Así define lo que él denomina esquemas, como estructuras cognitivas que dominan los procesos de pensamiento y que pueden conducir a distorsiones cognitivas; son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior (Beck & Clark, 1988). Estas estructuras cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del entorno, actuando como “filtros cognitivos”. En este sentido, cuando los estímulos tienen contenidos congruentes con los de los esquemas a los que se atiende, entonces se elaboran y codifican (Sánchez López, 2011), y en cambio, en el caso de que la información no resulta congruente, se tiende a eliminar y olvidar.

De esta forma su definición de terapia cognitiva es la siguiente: *“La terapia cognitiva es un enfoque estructurado, activo, directivo y con límite temporal empleado para tratar una variedad de trastornos psiquiátricos (por ejemplo, depresión, ansiedad, fobias, dolor, etc.). Se basa en una formulación teórica subyacente que plantea que el afecto y la conducta de un individuo están sobre todo determinadas por la forma en que*

estructura el mundo (Beck, 1976). Sus cogniciones (“acontecimientos” verbales o pictóricos en su flujo de conciencia) se basan sobre las actitudes o supuestos (esquemas), desarrollados a partir de experiencias previas” (citado en Caro, 2013, p.40).

Estos modelos afirman en general que la principal fuente de malestar para las personas aquejadas de un TOC son las cogniciones desadaptativas ya que, en realidad, la mayoría de los sujetos “sanos” admiten en algún momento haber tenido “pensamientos inaceptables e intrusivos negativos” parecidos en cuanto al contenido a las obsesiones que tiene un paciente con TOC. Los diferentes modelos que veremos a continuación nos aportan los distintos enfoques desde los que se puede explicar las dificultades cognitivas relativas a creencias, interpretaciones, valoraciones, etc., a las que se enfrentan las personas que sufren un TOC.

2.1.1.- Las aportaciones de Carr

En 1974, Alan Carr construye un nuevo modelo explicativo también en torno a la idea de “valoraciones”. Por un lado, señala la valoración de la amenaza (lo que él denomina valoración primaria) del paciente en cuanto a la sensación amenazante incluso anticipatoria de catástrofe, que puede suponer para él una circunstancia concreta; esta valoración errónea sobrestima el poder amenazante y fuerza la aparición de rituales que suavizan la sintomatología de ansiedad, es decir, para Carr este tipo de valoraciones, primarias, producen respuesta de angustia o temor (Belloch et al., 1995) que favorecen la aparición de las compulsiones.

Como un avance a este modelo de Carr, McFall y Wollersheim en 1979 consideran que en concreto las valoraciones primarias, que surgen por una valoración amenazante, están determinadas por pensamientos equivocados o irracionales y son generadores de ansiedad y crean el concepto de valoración secundaria, que serían evaluaciones erróneas en torno a una subestimación de su propia capacidad para enfrentarse a dicha amenaza (Bellack & Hersen, 1998; citado por Belloch et al., 2011). En ambos, casos percepciones subjetivas equivocadas que el paciente toma en cuenta añadiendo una responsabilidad ante ellas que se transforma en patología.

2.1.2.- Modelo de Salkovskis (Responsabilidad Excesiva)

El modelo postulado por Paul Salkovskis, representa otro de los hitos más significativos en el estudio y análisis del TOC en la actualidad; este hecho se produce concretamente en 1985 con la publicación de su artículo “*Obsessional Compulsive Problems: A Cognitive-Behavioural Analysis*” en el que propone diferenciar entre pensamientos intrusos comunes y obsesiones intrusivas.

La idea de pensamiento intruso surge de los planteamientos de Beck, quien los define como pensamientos automáticos (en este caso negativos) que serían aquellos que “*describen más adecuadamente la forma en que se experimentan los pensamientos como si fueran un reflejo, sin reflexión o razonamiento previo y se graban como plausibles y válidos*” (Beck, 1976, p. 237) Esta cualidad de plausibles y válidos, es la gran diferencia que se encuentran con los pensamientos intrusivos obsesivos (PIO) que resultan irracionales e inaceptables (Loízaga, 2003).

Es por ello que se puede decir (Belloch et al, 1995) que en realidad el sufrimiento de los pacientes surge por sus pensamientos automáticos sobre la intrusión obsesiva y no por la intrusión en sí misma. De hecho, desde el punto de vista de Salkovskis, la intrusión se torna en problema cuando implica un sentimiento de responsabilidad y provoca un pensamiento automático negativo, que surge en la interacción entre las intrusiones obsesivas y la escala de valores y sistema de creencias del sujeto, que resultan egodistónicas.

Así una dificultad añadida que cierra el círculo del TOC es la necesidad de neutralizar estas intrusiones obsesivas, que en realidad es la que supone un aumento de los niveles de ansiedad (Emmelkamp & Van Oppen, 2000). Los pacientes, sienten la necesidad inmediata de efectuar esa neutralización y lo hacen a través de las compulsiones ya sea en términos de ejecución (cumpliéndolas) o evitación (retirándose) (Emmelkamp, Visser & Hoekstra, 1988; Emmelkamp & Beens, 1991) en ambos casos se trata de conductas dirigidas a paliar la obsesión.

En su trabajo experimental Salkovskis comprueba cómo los pacientes con TOC tienen los mismos pensamientos intrusos que según diversas investigaciones de otros

autores que lo confirman, experimenta entre un 80 y un 90 % de la población (Clark & de Silva, 1985; Freeston, Ladouceur, Thibodeau & Gagnon, 1991, Purdon & Clark, 1999), con la única diferencia de que quien sufre TOC hará una interpretación de los mismos de forma catastrofista y conllevando una responsabilidad personal excesiva antagónica con sus valores personales y su sistema de creencias (Salkovskis, 2000; Salkovskis & Forrester, 2002).

La interpretación errónea del pensamiento y la implicación de responsabilidad personal, constituyen los ejes fundamentales de este modelo que explica de esta forma cómo se transforma un pensamiento normal en un pensamiento obsesivo. Para este autor, cuando las interpretaciones implican sentido de responsabilidad, se transforman en TOC y en cambio, cuando hablamos de una implicación de miedo por una posible catástrofe o pérdida hablaremos de trastornos de ansiedad o episodios depresivos.

Desde esta aproximación, las obsesiones se conceptualizan como pensamientos intrusivos “normales” en los que el paciente que desarrolla el TOC los malinterpreta como un signo de daño para ellos mismos o para los demás (Salkovskis & Freeston, 2001), y esto supone un riesgo grave del que se sienten responsables (Salkovskis & Warwick, 1985; Salkovskis, Wroe, Gledhill, Morrison, Forrester, Richards, Reynolds, & Thorpe, 2000; Salkovskis & Forrester, 2002). Esta responsabilidad, clave en la explicación de este modelo, puede referirse no sólo a la consideración del daño sino también a la prevención del mismo.

La diferencia entre el pensamiento intrusivo y las obsesiones, tiene que ver con la frecuencia de aparición y la forma de afectar a la persona en función de su intensidad, la valoración que se hace de ellos, la necesidad de controlarlos y los intentos de neutralización (Freeston et al., 1991; Salkovskis, 1985; Salkovskis & Freeston, 2001)

Los efectos que esta responsabilidad excesiva pueden tener a grandes rasgos son dos:

- 1) Se produce un incremento del malestar, que puede incluir (aunque no determina) ansiedad y depresión.

- 2) La focalización de la atención tanto en los pensamientos intrusivos en sí mismos como en los elementos del medio que los disparan o que pueden favorecer su aparición.

Para Salkovskis, el tratamiento requiere la modificación de las creencias que permiten y facilitan esa mala interpretación de los pensamientos intrusivos como indicadores de responsabilidad excesiva y las conductas asociadas al mantenimiento de dichas creencias. Los pacientes TOC sienten angustia porque tienen una percepción particularmente amenazante de su experiencia obsesiva, la esencia del trabajo desde este modelo propuesto por Salkovskis es ayudarles a construir y verificar cómo existe otra manera menos amenazante y angustiosa de interpretar su experiencia.

2.1.3.- Modelo de Rachman (Interpretación Catastrófica)

Rachman, tal como veíamos en primer capítulo de esta tesis, dedicado a la descripción del TOC se basa en el inicio, en el mismo postulado en el que apoya Salkovskis su modelo, es decir en que los pensamientos intrusos en sí mismos no implican necesariamente un pensamiento obsesivo, sino que desde esta posición (Rachman, 1997, 1998) entiende que las obsesiones se crean y mantienen en relación a la implicación que la persona crea en su interpretación sobre el hecho. Es decir, lo importante es la interpretación catastrófica o no que el paciente hace de su pensamiento y, por tanto, en la equivocada sobrevaloración de las consecuencias que siente que esta situación podría tener para su vida, la de los suyos etc.

Al igual que en el modelo anterior, se significa la responsabilidad personal del paciente, pero a diferencia de él en cambio, en lugar de centrarse en la responsabilidad el énfasis se pone en las interpretaciones. En realidad, desde nuestro punto de vista, se trata en ambos casos de interpretaciones erróneas pero quizás compatibles a la hora de explicar los mecanismos cognitivos que subyacen al TOC.

Un aspecto común en ambos modelos, especialmente interesante para nosotros en la elaboración del presente trabajo de tesis doctoral tiene que ver con la importancia que se concede a la egosintonía o egodistonía de los pensamientos con el sistema de creencias y valores del paciente; en la medida que los pensamientos resultan más

alejados y antagónicos con sus expectativas en relación a su propia manera de ser y pensar los pacientes sufren más.

Es en este matiz en el que Rachman (citado por García Soriano, 2008 y Leal, 2013) señala que hay otros procesos cognitivos que se ven implicados en el error de interpretación de los pensamientos a través del concepto de Fusión Pensamiento – Acción, con dos modos específicos, por un lado el tipo “moral”, que supone la idea de que es equiparable el pensamiento con la acción, y por otra parte el de tipo “probabilidad” que implica la creencia de que cuanto más se piensa en algo, se aumentan las probabilidades de que esto suceda (Rachman 1997, 1998, 2004; Rachman & Shafran 1998). Estos dos sesgos cognitivos (Leal, 2013) determinan en gran medida la propensión a la obsesión, ya sea a través de la tendencia a hacer interpretaciones catastróficas y/o a valoración equivocada de la responsabilidad.

Así, al comprender que la tendencia natural en las obsesiones tiene que ver con material religioso, sexual, somático y/o agresivo (tal como se muestra gráficamente en el cuadro de la página 17) surgió la idea de valorar en esta tesis la influencia en el sentido de culpa de las personas, que suele verse influenciado por sentimientos relativos a dichos términos. De hecho, ya se han llevado a cabo varios estudios que ponen en consideración la influencia del sentido de culpa en relación al TOC, con resultados muy significativos. Se suele señalar en la literatura que relaciona ambos aspectos el famoso experimento de Niler y Beck, quienes en un estudio realizado con 76 alumnos universitarios, comprobaron cómo la culpa aparecía como el mejor predictor de pensamientos e impulsos obsesivos (Niler & Beck, 1989) y también como predictor de la personalidad obsesivo compulsiva (Shafran et al., 1996).

2.1.4.- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG)

Hace apenas 20 años, en 1995, se formó el Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) entre especialistas, investigadores y teóricos de diversos países, interesados en el estudio del TOC. A lo largo de las reuniones celebradas en el marco del Congreso Mundial de Terapias Cognitivo Conductuales, y con Gail Steketee y Randy Frost a la cabeza, surge la idea de crear un espacio de encuentro en el que intercambiar avances en las distintas investigaciones, poner en común estrategias de

tratamiento, técnicas y nuevas propuestas y ser un motor para el desarrollo de nuevas formas de tratamiento que ayuden a los pacientes con TOC.

Así reza el resumen de su presentación a la comunidad científica: *“Las recientes teorías sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) enfatizan en la importancia de los contenidos cognitivos (creencias y valoraciones) y procesos cognitivos, en la etiología y mantenimiento del TOC. Con el objetivo de evaluar estas teorías y valorar los mecanismos de tratamiento que favorecen el cambio, es necesario desarrollar medidas de los contenidos y procesos cognitivos más relevantes. Se han desarrollado varias escalas, aunque muchas de ellas son inéditas y tienen una gran cantidad de solapamiento. La propuesta de este artículo es describir los avances de un grupo internacional de investigadores que ha comenzado a coordinar sus esfuerzos para desarrollar un conjunto estandarizado de medidas. Este artículo describe las bases teóricas y la importancia clínica de tales esfuerzos, así como las actas de resumen de las reuniones del grupo. Se ha revisado varios métodos de evaluación, incluyendo métodos idiográficos, paradigmas de procesamiento de la información y medidas de auto-informe. El grupo de trabajo está desarrollando y evaluando las medidas de auto-informe de valoraciones sobre las intrusiones y de creencias obsesivo – compulsivas...”* (OCCWG, 1997 p. 667).

Entre las áreas de estudio de mayor interés se encuentra el profundizar en los factores cognitivos que afectan y determinan el TOC y las pruebas de evaluación y valoración de los factores cognitivos asociados al TOC (Fonseca, Lemos, Paño, Villazón, Sierra & Muñoz, 2009), aspectos ambos que remitían al análisis de aquellas creencias disfuncionales (Belloch, et al., 2011) que tienen que ver con el inicio del trastorno y su mantenimiento, con su concepto y su variabilidad. La definición de creencia, publicada en dicho artículo por este grupo en 1997 fue: *“asunciones relativamente duraderas que son mantenidas por un individuo y que son pan-situacionales y no específicas de un suceso particular”* (OCCWG, 1997 p. 667).

En la primera fase de análisis encontraron 19 dominios cognitivos o creencias disfuncionales que a lo largo de las evaluaciones posteriores se convirtieron en 6 (OCCWG, 1997):

- 1) Sobrevaloración de los pensamientos obsesivos. Se refiere a la consideración de que el hecho de que un pensamiento esté presente en la mente ya significa que es importante. En este dominio los autores incluyen:
 - Fusión Pensamiento y Acción de tipo Moral es decir, creer que los malos pensamientos son tan condenables como las malas acciones y
 - Fusión Pensamiento y Acción de tipo Probabilidad, esto es, creer que pensar en algo aumenta la probabilidad de que ello ocurra de verdad.
- 2) Responsabilidad inflada o excesiva: *“Creencia de que uno tiene el poder de prevenir posibles consecuencias negativas”* (OCCWG, 1997, p.677)
- 3) Sobrevaloración de la importancia del control: *“La sobrevaloración de la importancia del completo control de los pensamientos intrusos, y la confianza en que ese control es factible y deseable”* (OCCWG, 1997, p.678)
- 4) Sobrestimación del peligro: *“Exageración de la probabilidad o gravedad del daño”* (OCCWG, 1997, p.678)
- 5) Intolerancia a la incertidumbre: *“Creencias sobre la necesidad de estar seguro, la incapacidad para afrontar cambios impredecibles y la dificultad para funcionar en situaciones ambiguas”* (OCCWG, 1997, p.678)
- 6) Perfeccionismo: *“Tendencia a creer que hay una solución perfecta para cualquier problema, que es posible y necesario hacer algo perfecto (sin errores) y que cualquier pequeño error tendrá graves consecuencias”* (OCCWG, 1997, p.678)

A lo largo de varios años se han sucedido las reuniones de estos investigadores, sumándose algunos más (entre ellos la profesora. Belloch, de la Universidad de Valencia como representante española). Como resultado de sus investigaciones (OCCWG 1997, 2001) se han ido revisando las primeras conceptualizaciones y se creó un cuestionario de creencias disfuncionales, el OBQ Obsessive Beliefs Questionnaire (OCCWG, 2003, 2005). Este cuestionario inicialmente constituido por 87 ítems, (OBQ - 87) precisó de una reformulación al hacer un análisis psicométrico en él aunque presentaba un nivel óptimo de consistencia interna: en cambio en cuanto a su validez

discriminante evidenció dificultades al tratar de diferencias los pacientes TOC con otros trastornos de ansiedad, por lo que se reformuló en un cuestionario de 44 ítems (OBQ - 44) con buenos índices de fiabilidad y validez (OCCWG, 2005).

La validación de este cuestionario para España se denomina Cuestionario de Creencias Obsesivas (CCO). Dicha validación (Rodríguez-Biglieri & Vetere, 2008) para población castellano hablante (anexo a esta tesis doctoral) evalúa en escala Likert de 7 puntos el grado de acuerdo/desacuerdo con la frase presentada, identificando tres dimensiones experimentales de creencias, más específicas del TOC que son:

- 1) Responsabilidad por daño y sobrestimación de la probabilidad de peligro.
- 2) Importancia otorgada a los pensamientos intrusivos y necesidad de controlarlos
- 3) Intolerancia a la incertidumbre y Perfeccionismo.

Igualmente, debemos al OCCWG la definición de tres niveles de conceptualización (Leal, 2013) o constructos (García Soriano, 2008) sobre los que se basa la concepción cognitiva del TOC:

a) Intrusiones. En este grupo se encuentran aquellos pensamientos, que de alguna manera se introducen en la conciencia del individuo y llegados a una gravedad clínica, denominamos obsesiones. Igualmente la intromisión puede partir de imágenes y/o impulsos.

b) Valoraciones. En este ámbito, hablamos de valoraciones en el sentido de las evaluaciones que se realizan sobre los pensamientos, imágenes o impulsos intrusos.

c) Creencias. Se trata de ideas, con cierta estabilidad que se pueden generalizar a diversidad de situaciones y ser específicas para el TOC así como ser supuesto generales sobre uno mismo. (García Soriano, 2008) A esto, se añade el hecho de que diversos investigadores (Clark, 2002; Rachman, 1993; Taylor, 2002) consideran que cada una de estas creencias puede valorarse con criterios de mayor a menor, lo que concedería cualidad dimensional específica para el perfil cognitivo de cada persona.

Existen autores que añaden a estas tres la creencia tipo Fusión pensamiento - acción como identitaria del TOC (Wells, 1997, 2000) pero no se ha llegado a un acuerdo definitivo sobre el hecho de que no sea una creencia más específica del TOC que de otros trastornos u otros perfiles cognitivos (Taylor, 2002).

2.2.- Modelo de los sesgos cognitivos

Partiendo de la definición que encontramos en el diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2002), sesgo es:

(De *sesgar*).

1. adj. Torcido, cortado o situado oblicuamente.
 2. adj. Grave, serio o torcido en el semblante.
 3. adj. p. us. quieto (|| pacífico, sosegado).
 4. m. Oblicuidad o torcimiento de una cosa hacia un lado, o en el corte, o en la situación, o en el movimiento.
 5. m. Corte o medio término que se toma en los negocios dudosos.
 6. m. Curso o rumbo que toma un negocio.
 7. f. nesga.
- al ~.
1. loc. adv. oblicuamente.

En los últimos años, como hemos visto en el apartado anterior, el enfoque cognitivo ha sido el que ha primado en los modelos clínicos de intervención en el tratamiento del TOC. Pero no debemos olvidar que, aunque en este momento la conceptualización del trastorno se hace a través del DSM – 5, como independiente de los trastornos de ansiedad (hasta hace apenas un año la consideración del TOC en términos de criterios diagnósticos se englobaba como uno de ellos (DSM-IV-R, 1994)), la respuesta de ansiedad juega un papel fundamental para entender la aparición y el mantenimiento del trastorno.

Entre los modelos explicativos de la ansiedad, en términos cognitivos sobresale la perspectiva de Eysenck y su Modelo de los Cuatro Factores (Eysenck & Derakshan, 1997; Eysenck & Eysenck, 2007). Desde este modelo, se entiende, al igual que en los

revisados anteriormente (Rachman 1997; Salkovskis, 2002), que existe una responsabilidad excesivamente importante y sobrevalorada ante la situación que vive el paciente. Esto supone desde el modelo de Eysenck, la consideración inmediata de amenaza o de no amenaza para el sujeto (Eysenck, 1997 citado en Cano, Dongil, Salguero & Wood, 2011) a través de cuatro fuentes de información relevantes para el sujeto, o cuatro direcciones a las que se dirigen los sesgos, que son estimulación ambiental, actividad fisiológica, conducta y cogniciones del individuo y que producen determinados trastornos relacionados con la ansiedad.

En concreto desde el Modelo de los Cuatro Factores, entendemos que hay una correspondencia entre (Eysenck, 2007; citado en Cano et al., 2011):

- Fobia y sesgos en relación a la estimulación ambiental.
- Angustia en relación a la propia activación fisiológica.
- Fobia social en relación a sesgos sobre la conducta propia.
- TOC y sesgos sobre las propias cogniciones.
- Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) sesgos relacionados con todas las direcciones anteriores.

La medida en la que cada una de estas “direcciones” influye sobre la ansiedad percibida por el sujeto está modificada por medio de los sesgos cognitivos. Estos sesgos son tendencias erróneas en el procesamiento de la información, que aparecen en forma de sesgos de interpretación, sesgos atencionales o sesgos de memoria. Se trata de preferencias que el sujeto realiza de forma sistemática en la selección de información basada en variables de tipo emocional, es decir que los factores emocionales presentes en el sujeto en una determinada situación influyen a la hora de atender, interpretar o recordar un tipo de información concreta sobre otra.

Brevemente, podemos decir que:

- 1) Los sesgos atencionales representan la tendencia a prestar mayor atención a los estímulos amenazantes y no a los positivos ni neutros.
- 2) Los sesgos interpretativos suponen la tendencia a valorar las situaciones como amenazantes, aunque pudieran serlo como positivas o neutras.

- 3) Los sesgos de memoria, que explican la tendencia a recordar las situaciones concordantes con estímulos negativos y/o con un estado de ánimo negativo.

Tradicionalmente en los trastornos de ansiedad en general se ha hecho especial hincapié en los dos primeros, atencionales e interpretativos, poniendo en el caso concreto del TOC el énfasis en los siguientes aspectos

2.2.1.- Sesgos Atencionales

Surgen como una respuesta de hipervigilancia que permite al paciente TOC detectar la posibilidad de amenaza de forma rápida a la vez que desdeña el resto de posibles implicaciones no amenazantes, lo que resulta congruente con su emocionalidad y justifica sus acciones.

Una de las teorías de las que parte la explicación de los sesgos atencionales es la Teoría de la Red Asociativa de Bower, quien sostiene que nuestras emociones tienen una representación semántica en la memoria (Bower, 1981) y que se crea una red asociativa o semántica entre los conceptos y esquemas semánticos, en los que la unidad básica de procesamiento es la proposición y el proceso básico la activación (Castillo, 1996). Los eventos se representan en la memoria mediante las proposiciones que los describen, y los conceptos que a partir de ellas se extraen se representan como nodulos dentro de la red. El proceso de activación se generalizaría de un concepto a otro o de un nodo a otro, siguiendo los lazos asociativos existentes entre ellos.

De esta forma entendemos a través de esta teoría cómo cuando sentimos una emoción se activa ese “nodo” emocional que en forma de red asociativa se amplía o expandiéndose a otros nodos cercanos. Como resultado de esta activación las emociones funcionan como señales para el recuerdo del material asociado previamente a ellas e igualmente este *arousal* emocional (Ruiz & Bermúdez, 1992) podría activar las categorías perceptuales relacionadas con la emoción. De esta forma, la activación de un nodo emocional va a facilitar el acceso al material congruente con el estado de ánimo (hipótesis de la congruencia del estado de ánimo), además el material memorizado se recuerda mejor si existe acoplamiento entre las condiciones en las que se aprendió originalmente y aquellas bajo las que se trata de recordar (hipótesis de la dependencia

del estado de ánimo), es decir, es más probable que las ideas concordantes con el afecto alcancen el umbral de activación y sean utilizadas para dirigir selectivamente la atención, el aprendizaje, las asociaciones y el recuerdo, sin embargo, es el avance experimental que desde hace dos décadas y desde el punto de vista cognitivo se ha generado en relación a los sesgos atencionales, el que nos va a ayudar a conocer los componentes y los mecanismos que subyacen a este sesgo, así como la etapa del procesamiento en la que se produce el mismo. (Cisler & Koshler, 2010; Fox, Russo, Bowles & Dutton, 2001; Fox, Russo & Dutton, 2002; Koster, Leyman, De Raedt & Crombez, 2011).

En cuanto a los componentes del sesgo atencional, se señalan tres aspectos interrelacionados como fundamentales para entender cómo se lleva a cabo el procesamiento de la información desde esta perspectiva, y serían las características observables y medibles como:

- 1) Atención facilitada, en la que actúa un mecanismo de detección de la amenaza. Se trata de un proceso previo al procesamiento.
- 2) Dificultad para la retirada de la atención que está determinada por la capacidad de control atencional. Se trata de un procesamiento estratégico.
- 3) Evitación de la atención, que se sirve de la regulación emocional y resultaría una mezcla entre procesamiento automático y estratégico (McNally, 1995; 1996; Moors & de Houwer, 2006; Schiffrin & Schneider, 1977, citado en Cisler & Koshler, 2010).

El procesamiento automático generalmente se refiere al que presupone una capacidad ilimitada y que ocurre sin intención, control, ni conciencia, mientras que el procesamiento estratégico general se refiere a la transformación que es intencional, controlable, con capacidad limitada y que depende de la conciencia (Schiffrin & Schneider, 1977).

Hay evidencia empírica que muestra cómo esta línea de procesamiento de la información en términos de amenaza tiene un correlato altamente significativo en pacientes con trastornos de ansiedad y TOC (Bar-Haim, Lamy, Pergamin & Bakermans-Kranenburg, 2007; Mogg & Bradley, 1998; Williams, Mathews & MacLeod, 1996).

En cuanto a los mecanismos que subyacen al sesgo atencional se refieren a los que pueden producir las características observables del mismo. Por ejemplo, la amígdala se ha señalado como un mecanismo neuronal que pueden mediar la hipervigilancia a la amenaza (Anderson & Phelps, 2001; Davis & Whalen, 2001; Öhman, 1,996; 2,005; Öhman & Wiens, 2004), también el control de la atención, entendido como capacidad cognitiva para regular la dirección de la atención (Derryberry & Reed, 2002; Eysenck et al., 2007; Posner & Rothbart, 2000), se ha estudiado como un posible mecanismo mediador en personas con dificultades para desligar su atención del estímulo amenazante (Eysenck et . al, 2007). (Citado en Cister, 2010)

Esta concepción complementa la propuesta de la diferenciación entre ansiedad estado/rasgo en el estudio de los sesgos que facilitan el procesamiento de la información negativa (Mercado, 2004), en la que se afirma (Williams et al., 1996) que el nivel de amenaza es asignado por el sujeto a un estímulo en relación a su ansiedad estado, a mayor nivel de ansiedad estado, mayor nivel de valor potencialmente amenazante asignado a la estimulación. (Mecanismo de Decisión Afectiva) y en cuanto a la ansiedad rasgo, actúa en el momento en el que tras la valoración de amenaza, el sujeto siente la necesidad de asignar recursos atencionales (Mecanismo de Asignación de Recursos). Entendemos que aun estando de acuerdo con esta perspectiva, sería de gran utilidad enlazar la investigación con otros criterios como las expectativas del paciente o la vulnerabilidad emocional del mismo para poder utilizar estas diferencias en ansiedad estado/rasgo y la información del paciente como elementos de tratamiento en una devolución que permita una nueva reconstrucción cognitiva.

Desde esta perspectiva se entiende que un enfoque general explica la alteración clínica en la regulación emocional como efecto de un autoconocimiento pobre del propio funcionamiento cognitivo ya que dicho funcionamiento estaría favoreciendo la vigilancia de la sensación de amenaza y la perseverancia en la preocupación. (Matthews & Wells, 2000). Los trabajos experimentales en relación a los sesgos atencionales, tienen como punto de partida el comprobar cómo efectivamente los pacientes TOC muestran ese sesgo ante información amenazante y estímulos neutros.

Una de las tareas más utilizadas para este análisis es la conocida como Tarea Stroop, creada por Stroop en 1935 y en la que se presentan a los sujetos diferentes

palabras (con contenido amenazante y neutro) en diferentes colores. Aunque la tarea es relativa al color de las letras que forman cada palabra y no al significado de las mismas, se evidencia que el tiempo de respuesta es mayor en las palabras con contenido amenazante que en palabras de contenido neutro, para una revisión más exhaustiva en pacientes TOC con experimentación de sesgo atencional, recomendamos las investigaciones de McNally (1990) y Williams et al. (1996).

Una mención especial precisa también la tarea de dirección de la atención (McLeod y Mathews, 1988), en ella el sujeto debe atender al mismo tiempo a dos palabras presentadas juntas en una pantalla, una de ellas con contenido amenazante y la otra con contenido neutro, con una separación de unos centímetros, durante un espacio de 500 milisegundos. Al desaparecer de la pantalla, aparece un punto en el lugar de una de ellas. La tarea del sujeto es señalar la aparición en pantalla de ese punto y se mide el tiempo de reacción. Aparece el sesgo atencional en el momento en el que se observa que el sujeto es más rápido en su respuesta cuando el punto aparece en el espacio en el que se encontraba la palabra con contenido amenazante que cuando aparece en la zona donde estaba la palabra con contenido neutro.

Han surgido numerosas alternativas tanto a la tarea Stroop como de a la tarea de dirección de la atención (Bar-Haim et al., 2007; Mogg y Bradley, 1998), aquellas que analizan los procesos atencionales a través de los movimientos oculares, medidos a través del Eye Tracking System (Bradley, Mogg & Millar, 2000) o la tarea modificada de la señal espacial constituyen ejemplos de las nuevas líneas de investigación que están tratando de avanzar en torno a la orientación atencional, los patrones de la atención y el mantenimiento de la misma.

2.2.2.- Sesgos Interpretativos

Los sesgos interpretativos surgen al procesar la información ambigua como potencialmente amenazante en lugar de neutra, cuando en realidad la interpretación sería factible en la primera opción.

La facilidad para este sesgo en la interpretación de la información ambigua se ha comprobado en población clínica con trastornos de ansiedad (tal y como se ha

encontrado al TOC hasta hace apenas dos años, como ya hemos comentado en el apartado relativo al DSM – 5) y es en ella en la que hemos de basar nuestra descripción. Así, se ha comprobado cómo en determinadas circunstancias, como en situaciones de alto nivel de ansiedad social o en situaciones que constituyen un desafío (como la defensa de una tesis doctoral) es extremadamente frecuente la aparición de este sesgo, en el que quien lo sufre suele realizar estimaciones de riesgos potenciales ante situaciones de incertidumbre.

Las tareas que más se han utilizado en primer lugar son las que trabajan con palabras homófonas (Gutiérrez & García, 1997), en las que se presenta el sonido de una palabra con dos posibles transcripciones escritas; los sujetos con niveles de ansiedad más altos, elegían la transcripción del sonido en su vertiente más amenazante en lugar de la neutra (Eysenck, Mogg, May, Richards & Mathews, 1991). En un segundo lugar, se realizan tareas de reconocimiento de frases ambiguas, en las que se miden los tiempos de reacción de los sujetos, y cuya evidencia empírica permite inferir que el sesgo interpretativo es estratégico y no automático (Richards & French, 1992; citado en Gutiérrez & García, 1997).

Otro de los sesgos interpretativos más comunes aparece cuando la persona debe hacer una estimación o un juicio predictivo sobre una situación determinada. Los pacientes con TOC son tendentes a sobrestimar la posibilidad de peligro/daño/riesgo así como a minusvalorar sus propias capacidades personales de afrontamiento, al igual que sucede con otros pacientes con diagnóstico de ansiedad (Tripp, Tan, & Milne, 1995).

Clark y Purdon (1995) y Salkovskis (1985; 1989) consideran de igual forma la importancia de las valoraciones erróneas de los pensamientos intrusos como uno de los precursores inmediatos del desencadenamiento de las obsesiones (García Soriano, 2008), pero Salkovskis considera la responsabilidad inflada como uno de los factores más determinantes del TOC mientras que los dos primeros consideran que ese énfasis en la responsabilidad es exagerado y proponen como factor principal las valoraciones y creencias disfuncionales en que es posible controlar estos pensamientos intrusos y la sucesión de esfuerzo y frustración que suponen esos intentos de control (Clark & Beck, 2012).

De hecho, detallan lo que desde su criterio es contraproducente y paradójico en sus intentos de control por:

- 1) La presencia de un sesgo de desconfirmación: si el paciente cree erróneamente que la neutralización ha sido efectiva y por tanto la hace responsable de que no suceda aquello que teme y de reducir la ansiedad (Rachman, 2004; Rachman & Shafran, 1998), la neutralización aparecerá así como la vencedora y evitará la exposición a cualquier evidencia que refute la idea de que la responsabilidad de que no suceda aquello que temen es externa a ello.
- 2) Atención elevada: se aumentará el nivel de atención a las posibilidades de aparición de pensamientos indeseados o temidos, por la intención de controlarlos lo que a efectos del procesamiento supondrá una búsqueda atencional de mayor prioridad y paradójicamente, el intento de control favorecerá la aparición.
- 3) Elevada responsabilidad personal: una vez que el sujeto supone que ha podido controlar un pensamiento aversivo, equivocadamente aumentará la consideración respecto a la responsabilidad en dicho control, lo que supondrá una alarma permanente para el paciente en aras del ejercicio de dicha responsabilidad. (Salkovskis, 1989).
- 4) Excesivos esfuerzos de control y “reglas de detención” más ambiguas: como si de una cascada se tratara, podemos entender el proceso por el cual, la percepción de éxito por parte del paciente en relación al control del pensamiento intrusivo, conducirá a mayor esfuerzo por continuar controlando, y provocará nuevas dudas en cuanto a la eficacia y niveles de control (Salkovskis & Forrester, 2002) que a su vez requerirán nuevos intentos y mayores esfuerzos. (Tomado de Clark & Beck, 2012).

2.3.- Modelo de terapia metacognitiva

Uno de los creadores del concepto de la metacognición fue John H. Flavell, quien en sus estudios sobre desarrollo, aprendizaje y memoria (Flavell, 1979), nos alumbró el término “metamemoria” aludiendo a la reflexión que en sus trabajos con niños hacían éstos sobre su propio conocimiento de su proceso de memoria.

En la evolución del concepto podemos entender la metacognición desde los trabajos de Flavel (1979, 2000) como el tener conciencia cierta de nuestros propios procesos cognitivos, poder experimentar en relación a ellos e igualmente regularlos a nuestro criterio. Se trata en esencia de la oportunidad del ser humano de conocer en profundidad la actividad cognitiva y controlarla.

La definición que él mismo acuña sobre metacognición es la siguiente: “Metacognición significa el conocimiento que uno tiene acerca de los propios procesos y productos cognitivos o cualquier otro asunto relacionado con ellos, por ejemplo, las propiedades de la información relevante para el aprendizaje. Así practico la metacognición (metamemoria, meta-aprendizaje, meta-atención, metalenguaje, etc.) cuando caigo en la cuenta de que tengo más dificultad en aprender A que B; cuando comprendo que debo verificar por segunda vez C antes de aceptarlo como un hecho; cuando se me ocurre que haría bien en examinar todas y cada una de las alternativas en una elección múltiple antes de decidir cuál es la mejor, cuando advierto que debería tomar nota de D porque puedo olvidarlo... la metacognición hace referencia, entre otras cosas, a la supervisión activa y consecuente regulación y organización de estos procesos en relación con los objetos o datos cognitivos sobre los que actúan, normalmente al servicio de alguna meta u objetivo concreto” (Nisbet & Shucksmith, 1997; citado en Mateos, 2001 p.24).

Para Flavel, además, se puede distinguir entre estrategias cognitivas (el proceso de la actividad cognitiva orientado a un fin) y las estrategias metacognitivas (la supervisión de dicho proceso) e igualmente establece la diferenciación de dos dominios metacognitivos complementarios, por un lado, el conocimiento metacognitivo (sobre la propia persona, las tareas a las que se enfrenta y sus estrategias) y por otro la experiencia metacognitiva (lo que supone para el sujeto esa tarea).

Para Ann Brown (1987), propone cuatro puntos fundamentales al abordar el estudio de la metacognición (Allueva, 2002) desde el punto de vista del aprendizaje: 1) Saber cuándo uno sabe (autoconsciencia) 2) Saber lo que uno sabe 3) Saber lo que necesita saber y 4) Conocer la utilidad de las estrategias de intervención. Asimismo, encuentra las raíces de la metacognición tal como detallan Mayor, Suengas & González (1995), en los análisis de: *a) los informes verbales, b) los mecanismos ejecutivos del sistema del procesamiento de la información; c) de los problemas que plantea el aprendizaje y desarrollo de la autorregulación y la reorganización conceptual y d) del tópico de la heterorregulación.* (Mayor et al.,1995, p.52)

En cuanto a la capacidad de regular los procesos cognitivos éste se producirá en base al conocimiento sobre los mismos en tres categorías (Moses & Baird, 1999):

- 1) Variables personales
- 2) Variables de tarea
- 3) Variables estratégicas

Desde el punto de vista del desarrollo del aprendizaje y de la mano de la Dra. McCobs (1993), se entiende que el conocimiento y las destrezas metacognitivas suministran la estructura básica para el desarrollo del autocontrol positivo y de la autorregulación de los propios pensamientos y sentimientos.

2.3.1.- Desarrollo del modelo de auto-regulación de la función ejecutiva. (S-REF o FEA-R)

El modelo de Terapia Metacognitiva (en adelante TMC), pertenece a los modelos cognitivos, aunque hay autores que los incluyen en las llamadas terapias de tercera generación (Hayes, 2004). El desarrollo del modelo, tiene como principales baluartes a los profesores Dr. Adrian Wells, profesor de la Universidad de Manchester, quien junto al Dr. Gerald Mathews, de la Universidad de Cincinatti, es uno de los investigadores más activos a la hora de trabajar en relación a los sesgos atencionales en los procesos de ansiedad (Mathews, 1990) y trata de ahondar en los factores cognitivos

y metacognitivos que tienen influencia en la génesis y mantenimiento de determinados trastornos.

Wells desarrolla la TMC porque los abordajes de tratamiento anteriores no dan cuenta de algunos aspectos importantes de la cognición, aspectos que repetidamente emergen en pacientes, como la excesiva preocupación en torno a determinados pensamientos, como si estos hubieran sido contrastados y fueran una realidad, y en los datos que muestran los resultados empíricos de evaluación de la experiencia mental en el trastorno psicológico, como con la consideración de la preocupación como una amenaza. (Wells, 2000; Wells, Fisher, Myers, Wheatley, Patel, & Brewin, 2009; Wells & Mathews, 1996).

Así la metacognición se asume como la creencia sobre el propio pensamiento y lo que lo hace funcional o disfuncional, saludable o patológico es el signo positivo o negativo de dicha creencia, de hecho, cuando se relacionan con cogniciones de preocupación (García Higuera, 2004) pueden determinar a ésta como amenaza y posibilitar así la aparición de un pensamiento intrusivo capaz de desencadenar un trastorno. De alguna forma, las creencias metacognitivas podrían considerarse un factor de vulnerabilidad a la psicopatología. Para Wells y Mathews (1996) y Wells (2000) las estrategias cognitivas auto reguladoras conscientes y propositivas son las que ayudan a evaluar el trastorno psicológico.

El Modelo de Funciones Ejecutivas Autorreguladas, utiliza técnicas que provienen en su esencia de la terapia cognitiva, pero se aplican directamente en un nivel metacognitivo.

Así el modelo permite estudiar si la implicación en la interpretación de la metacognición podría ser un factor de vulnerabilidad al TOC a través de estas dos posibilidades:

- a) Identificar las meta-creencias que favorecen el TOC.
- b) Identificar las estrategias de control cognitivo que ligadas a meta-creencias desadaptativas las favorecen.

En parte la trampa del paciente TOC está en que se auto-castiga la falta de control. La base está en la equivocación de creer que se pueden controlar las situaciones, lo que retroalimenta equivocadamente la falsa necesidad de control que consiste en la necesidad de prever cada posibilidad lo que genera equivocadamente una “base falsa” de control y seguridad que se enfrenta a la realidad de que la vida es incontrolable; es por ello que emerge entonces la desregulación emocional y el uso de estrategias de control equivocadas y desadaptativas.

En nuestro trabajo es precisamente este el objeto de interés. ¿Cómo afectan al TOC las creencias metacognitivas? ¿Cómo influyen el uso de estrategias de control cognitivo al desarrollo y mantenimiento en el TOC?

Para Mathews y Wells (2000) desde un punto de vista general, se podría decir que la alteración clínica en la regulación emocional surge como consecuencia de un pobre autoconocimiento por parte del paciente de su funcionamiento cognitivo, ya que éste, en lugar de favorecer la impresión de irrelevancia de un pensamiento intrusivo (Salkovskis, 1985), pone un énfasis mayor en la vigilancia de la sensación de amenaza y por tanto se mantiene y persevera la preocupación entendida como el intento de solucionar mentalmente un problema o un asunto cuyo resultado es incierto pero contiene la posibilidad de una o más consecuencias negativas (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983, citado en Ramos-Cejudo & Cano-Vindel, 2008)

Así las estrategias de control cognitivo, son fundamentales en la valoración de la patología, cuando se estudia la influencia de una alta necesidad de control tanto en lo que se refiere a un peligro percibido como a la impresión de no controlar el propio funcionamiento cognitivo. (Steketee & Frost, 2007).

De hecho, el estudio del control cognitivo ha estado tradicionalmente ligado a procesos automáticos y básicamente atencionales así como a determinados sesgos. Hoy en día (Yiend, 2004) esta concepción ha evolucionado hacia otros procesos como pueden ser los procesos de evaluación y otros sesgos interpretativos.

Fisher y Wells (2005) muestran cómo se confirman los datos que consideran al Metacognitions Questionnaire (MCQ) un buen instrumento para la valoración de la

sintomatología TOC, ya que la totalidad de sus sub-escalas (Consideración positiva acerca de la preocupación-consideración negativa sobre la incontrolabilidad/peligrosidad de los propios pensamientos-confianza en las propias habilidades cognitivas-consideración negativa sobre supersticiones, castigo y responsabilidad y autoconciencia cognitiva.

Myers y Wells (2005) en sus investigaciones en torno a la responsabilidad y a la preocupación y a las creencias metacognitivas. Sus resultados demuestran cómo cuando se controlan preocupación y creencias metacognitivas, no se evidencian correlaciones significativas con sintomatología obsesivo-compulsiva, en cambio, cuando se trata de valorar las creencias metacognitivas, aún controlado las variables de responsabilidad y preocupación, aquellas resultan un buen predictor.

Wells y Papageorgiov (1998) de hecho, en su investigación muestran cómo los pacientes TOC correlacionan su sintomatología de forma positiva con creencias metacognitivas sobre la incontrolabilidad/peligrosidad del pensamiento aún con independencia de la tendencia a la preocupación mayor o menor.

3.- EMPATÍA Y CULPA COMO ELEMENTOS DE ANÁLISIS

Una emoción es el resultado de la suma de la respuesta neurofisiológica de un ser vivo y la generación de un impulso conductual que surgen ante un evento, que puede ser interno (por la propia cognición del sujeto) o externo (circunstancias ambientales). Cuando el ser humano trata de avanzar en el conocimiento de la vinculación entre emociones y conductas, es necesario que contemple la mutua interconexión entre ambas estrategias adaptativas del ser humano, para llegar a entender el porqué de las conductas, de sus afectos y de sus efectos en sí mismos y en otros seres humanos.

Culpa y empatía resultan dos respuestas emocionales de particular interés para nosotros. En nuestra experiencia clínica, ambos constructos aparecen de forma constante, en el discurso de nuestros pacientes y subyacen a su conducta, al igual que la tendencia obsesiva en el pensamiento. Por ello, el cuestionamiento de qué vinculación puede encontrarse entre estas dos variables emocionales ha sido objeto de nuestro interés. Comenzaremos por un análisis independiente de ambas para pasar a tratar de expresar el sentido de su complementariedad.

3.1.- Culpa

Como siempre encabezamos el contenido de este apartado con la definición que nos ofrece el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, (RAE, 2002)

(Del lat. *culpa*).

1. f. Imputación a alguien de una determinada acción como consecuencia de su conducta. *Tú tienes la culpa de lo sucedido.*
2. f. Hecho de ser causante de algo. *La cosecha se arruinó por culpa de la lluvia.*
3. f. *Der.* Omisión de la diligencia exigible a alguien, que implica que el hecho injusto o dañoso resultante motive su responsabilidad civil o penal.
4. f. *Psicol.* Acción u omisión que provoca un sentimiento de responsabilidad por un daño causado.

~ teológica.

1. f. Pecado o transgresión voluntaria de la ley de Dios.

absolver a ~ y pena.

1. loc. verb. Absolver plenariamente, como en los jubileos.

echar la ~ a alguien.

1. loc. verb. Atribuirle la falta o delito que se presume ha cometido.

Por lo tanto, tomando esta definición, comprendemos que es coherente con la idea, de que la culpa consta principalmente de tres elementos (Pérez , Martín-Santos, Bulbena & Berrios, 2000, citado en Echeburúa, Corral & Amor, 2001) que son:

- 1) El hecho que de forma real o fantaseada supone la causa de la culpa.
- 2) El hecho de que la persona perciba y realice una valoración negativa de su conducta.
- 3) El hecho de que ambas circunstancias anteriores provocan una emocionalidad negativa.

Entendemos sin embargo, que en los elementos de la culpa sería necesario sumar al menos la intencionalidad de reparación. Sentimos que de no hacerlo el sentimiento de culpa se alejaría de la responsabilidad moral que supone y la compensación del daño (a efectos morales) que se sobrentiende en ella y entonces hablaríamos de vergüenza ante un hecho provocado.

De hecho, la diferencia entre vergüenza y culpa vendría establecida por una mayor gravedad, en términos patológicos de la vergüenza, al ser una emoción de autojuicio, en el que a diferencia de la culpa, en la que la persona se prepara para la reparación, en el caso de la vergüenza la persona se devalúa profunda y dolorosamente, ya que la responsabilidad del hecho vergonzante queda sólo atribuida a ella.

Así lo confirmamos en la práctica clínica cotidiana, en la que en los casos en los que el paciente se arrepiente de su comportamiento pero siente vergüenza, la tendencia habitual es a la huida o a la ocultación, en cambio cuando el sentimiento que prevalece es el de culpa, entonces la tendencia es, como decimos, de búsqueda de compensación y reparación por el daño hecho al otro, es decir, en términos psicológicos podríamos decir que se trata de una actitud basada en la empatía.

Las funciones de la culpa, siguiendo al profesor Enrique Echeburúa (Echeburúa et al., 2001) son las de regulación y control de los comportamientos erróneos de los individuos así como el principal motor de cambio hacia una conducta reparadora.

Pensamos que la emoción es la antesala de la conducta y que además la determina, desde ese punto de vista, compartimos la tesis (G. Fernández Abascal, 2009; Chóliz, 2005, Palmero, 2002) de que la emoción, ya sea ésta positiva o negativa, tiene una función adaptativa que puede actuar a dos niveles: uno que sería previo a la conducta por la que se podría sentir culpa, en cuyo caso elicitaría una conducta evitativa y por otro lado una culpa posterior al hecho, en cuyo caso se trataría de una conducta de búsqueda de compensación por el daño o de reparación. Esto confirma el hecho de que la culpa ha de coadyudarse de conducta moral, razonamiento moral y conciencia moral, (Eisenberg & Fabes, 1998; Hoffman, 2000) que serán del sentido de responsabilidad (Echeburúa et al., 2001)

Un aspecto que sería muy interesante replicar en futuras investigaciones es el relativo a las diferencias entre madres/padres en cuanto a los estilos de relaciones afectivas. En una investigación realizada en 2002, por parte de Ortiz et al (2011) se ha observado como hay diferencias en cuanto al contexto de socialización para la regulación moral y resulta más potente la relación afectiva con la madre que la relación afectiva con el padre. Siguiendo a los autores, este resultado podría tener sentido con la circunstancia de que en la medida de la regulación moral se incluyen empatía, culpa y reparación, tres dimensiones especialmente basadas en la interacción emocional y en lo interpersonal y relacional. Esto podría explicarse desde las investigaciones que muestran confirmación experimental a la idea de que es la madre la que suele mostrar mayores niveles de sensibilidad y responsividad y mayores niveles de implicación en estos aspectos basados en la interacción emocional (Parke, 2002; Volling, McElwain, Notaro & Herrera, 2002; citado en Ortiz, Apodaca, Etxebarria, Fuentes & López, 2011).

En cuanto a la relación entre el sentido de culpa y el TOC ha sido ya ampliamente defendida a lo largo de toda esta tesis doctoral. Uno de los condicionantes que hace que un pensamiento intrusivo devenga en obsesión es precisamente el sesgo de atribución de una responsabilidad que a su vez proviene de un sentimiento de culpa, las

más de las veces anticipatoria y fantaseada y lamentablemente con mucha frecuencia entremezclada con perfeccionismo y las raíces en cuanto a estilo educativo que ello sugiere.

Igualmente, parece que existe evidencia científica acerca de la relación entre la culpa y la valoración cognitiva de responsabilidad (Steketee, Chambless & Tran, 2001). Esto es concordante con la idea que venimos defendiendo de la egodistonía de la situación con la valoración personal de la persona, en cuanto a la concordancia con los valores personales. Por eso ante una responsabilidad no bien resuelta, la persona sentirá culpa que precisa de una conducta de reparación para compensarla. (Shafran et al., 1996; Steketee et al., 2001).

Otras de las sugerencias (Shapiro & Stewart, 2011) es que la culpa tiene un efecto de impacto negativo tanto en relación con la estimación de gravedad como en las dificultades del tratamiento de una persona con TOC, aunque quizás no hay tanta evidencia científica como correspondería. Desde esta perspectiva, se entiende que quizás la comunidad científica enfocada al tratamiento del TOC, podría resultarle de sumo interés tomar en cuenta la superación de la culpa como factor ayudante en el tratamiento del TOC, ya que tratando esa variable, se eliminaría la fuerza de perpetuación de las obsesiones que supone el sentimiento de culpa.

Desde nuestro criterio, apoyamos la visión de Hoffman, en el sentido en el que entiende la diferenciación de la culpa en dos vertientes, por un lado nos habla de la culpa interpersonal o verdadera y por otro de la culpa deontológica o moral (citado en Etxebarría, 2008). En nuestra investigación, utilizaremos el concepto de culpa interpersonal en el sentido en que una persona puede sentirse culpable por la influencia que sus actos o palabras hayan podido suponer a otro ser humano. Esta responsabilidad empática transformada en culpa, en la mente de una persona con tendencia obsesiva es nuestro centro de interés.

3.2.- Empatía

Desde la Real Academia de la Lengua Española, la definición del término empatía resulta la siguiente:

A partir del gr. ἐμπάθεια *empátheia*.

1. f. Sentimiento de identificación con algo o alguien.
2. f. Capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos.

Hablar de empatía en términos de investigación en psicología supone sin duda uno de los grandes retos que ha tenido el desarrollo del estudio de la conducta prosocial (Coke, Batson & McDavis, 1978) desde el comienzo.

Son muy numerosas las referencias históricas en relación a la investigación sobre valores humanos, que hacen énfasis sobre el papel de la empatía, (Davis, 1986; Wispé, 1986, 1991), pero las primeras referencias en las que se nombra la palabra empathy - empatía datan de 1909 y se deben a Titchener, quien traduce de esta forma el término alemán Einfühlung, de R. Vischer, en referencia a la cualidad de “sentirse dentro” en términos de afinidad sujeto - objeto. Este autor, hacía referencia al concepto Einfühlung en relación a la Teoría de la Estética, donde encontraba que una persona podía entender el significado de una obra de arte, tratando de pensar lo que desde su punto de vista el autor quería reflejar.

Fue Lipps quien lo tradujo al lenguaje psicológico utilizándolo como una de las variables a atender para llegar a conocer cómo sienten otras personas. Tras él, son numerosas las definiciones que de empatía y sus distintos enfoques podemos encontrar en la literatura (Fernández-Pinto, López-Pérez & Márquez, 2008) pero sin duda hay dos momentos fundamentales que suponen un giro en cuanto a la consideración de la empatía. Por un lado, el giro cognitivo, que se debe a Köhler, quien defiende la idea de que la empatía es la comprensión de los sentimientos de los demás apoyada años más tarde por Mead (1934) y por otra parte la afirmación de Dymond (1950) quien propone como elemento a tener en cuenta en relación al estudio de la empatía la adopción de perspectivas.

Esta perspectiva de enfoque cognitivo ha sido la que favoreció la idea de que la empatía consiste en la “adopción de la perspectiva cognitiva del otro” (Fernández-Pinto et al., 2008) y fue la que imperó hasta los años 60 aproximadamente (Mead, 1934, Hogan, 1969) hasta que se trasladó el interés en el estudio de la empatía a su manifestación afectiva, en lo que se denomina un sentimiento vicario, de forma que se parte del supuesto de que la empatía es la respuesta emocional de una persona que se da cuando percibe que hay vivencia de una emoción en otra persona, o que la va a experimentar (Stotland, 1969). Son múltiples los trabajos de investigación y teorías referidas a esta disquisición sobre la primacía de lo cognitivo o de lo afectivo en la empatía (para una revisión más desarrollada ver Martí, 2011).

Es por ello que a partir de los años 80 con la definición de Davis, que marca un punto de inflexión en el abordaje al estudio de la empatía, se contemplan ambas perspectivas, resultando un concepto que precisa de ambos componentes cognitivo y afectivo. Davis, postula que la empatía precisa de un enfoque multimodal, así define la empatía como “conjunto de constructos que incluyen los procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas” (Davis, 1983).

Esta autora, sugiere por tanto hacer una diferenciación entre quienes consideran la empatía a través del análisis de esta como respuesta afectiva, con el foco de interés puesto en los resultados de la interacción social, y por otra parte quienes consideran el estudio de la empatía en relación al proceso cognitivo de interacción que facilita el resultado de una relación empática. Ambas unidades de estudio, respuesta afectiva y proceso cognitivo, y los aspectos de interrelación constituyen nuestro objeto de estudio, en personas que tienen alterada su actividad cognitiva, entre ellos los pacientes con TOC (Davis, 1996).

En síntesis su propuesta multimodal asume que hay cuatro componentes a tener en cuenta, dos de ellos relacionados con la dimensión cognitiva, que serían la fantasía, en el sentido de la identificación con personajes de ficción y la adopción de perspectivas cognitivas; en cuanto a los otros dos componentes que parten de la dimensión afectiva se trataría de la angustia empática, entendida como la facilidad o tendencia para experimentar sentimientos de compasión y/o preocupación por el otro y de la aflicción

personal, siendo la ansiedad el resultado de la experiencia de una situación desagradable para otro.

Esta idea es coherente con la propuesta por Chlopan, McCain, & Hagen (1985) quienes diferencian entre el modelo de empatía que supone el hacer un esfuerzo mental por entender las circunstancias desde el lugar del otro o más bien el modelo que se refiere a sentir la emoción de forma vicaria.

Decía Hoffman cuando señalaba las razones de su interés en investigar sobre el concepto de empatía y el altruismo, que su “idea central” era la integración entre afecto y cognición, y que dicha conjunción iba más allá de una aproximación al procesamiento de la información (Hoffman, 1985; 2000; Retuerto, 2004) lindando este con el desarrollo social y moral. De hecho, desde su perspectiva, la empatía sería la causa del altruismo, en términos de predisposición empática hacia una activación moral en positivo. En este sentido, surge el estudio de la symhedonia, que enfatiza el poder del estado emocional positivo (Royzman & Rozin, 2006).

Esta integración entre afecto y cognición es realmente el punto en el que nació la idea de esta tesis doctoral, con el deseo de ofrecer una explicación con sentido a un problema que encontramos en el ámbito clínico: las personas con tendencia obsesiva y con diagnóstico TOC responden a sus pensamientos intrusivos de forma patológica; ¿esto supone en ellos cierta sensación de culpa cuando se evalúan desde una perspectiva empática? ¿Son personas que resuelven empáticamente en relación a los demás? ¿En qué medida reacciona el individuo TOC ante una situación que afecte a otra persona, que percibe que es provocada por ella misma?

Si recogemos la definición de Batson (1991) en torno a la empatía como una “emoción vicaria congruente con el estado emocional del otro, o en otras palabras, como sentimiento de interés y compasión orientados hacia la otra persona que resultan de tener conciencia del sufrimiento de ésta” entendemos mejor la influencia tan importante que ha tenido, a nivel empírico y en su reflejo experimental, la empatía como objeto de estudio en el abordaje del desarrollo moral.

La empatía adulta refleja una sensibilidad para diferenciar la gravedad y la calidad de las consecuencias que una misma acción puede tener en distintas personas. De esta manera la empatía contribuye a juicios morales informados (Eisenberg & Strayer, 1987) que presuponemos pueden afectar de una forma diferenciada a pacientes enfermos de TOC, aquellos con tendencias a creencias obsesivas aunque no cumplan exactamente los criterios de dicho trastorno y pacientes con una actividad cognitiva sana.

Así de acuerdo con Goleman (1999), entendemos que en lo referente a la empatía hay tres tipos: la empatía cognitiva, ser capaz de saber cómo ve las cosas la otra persona, la empatía emocional, sentir lo que siente la otra persona, y la preocupación empática, o simpatía, estar dispuesto a ayudar a alguien necesitado; a esta diferenciación, Hoffman añade que diferencia entre lo que denomina empatía comprensiva (ponerse en el lugar del otro cuando se le vive como “víctima”) y empatía con malestar (ponerse en el lugar del otro cuando se le vive como “culpable”).

De hecho Hoffman, considera que, *“Sería razonable imaginar que en el curso del desarrollo de una persona, los afectos empáticos se irán asociando significativamente con principios morales, de modo que cuando surja un afecto empático en un encuentro moral, éste activará los principios morales. Entonces los principios, junto con el afecto empático, podrán guiar el juicio moral, la toma de decisiones y la acción del individuo. En algunos casos la secuencia puede quedar invertida: el principio puede activarse primero y luego provocarse su afecto empático asociado”* (Hoffman, 1987, p. 71).

Eisenberg da un paso más y retoma las concepciones de Kohlberg y el juicio moral coincidiendo con éste en la consideración de la empatía como elemento fundamental a valorar en el desarrollo del razonamiento moral de las personas. (Eisenberg, 2000; Kohlberg, 1984) y con todo ello, llegamos a la vinculación de este término como elemento de estudio objeto de nuestra tesis unido al concepto de culpa, evidentemente, culpa en relación, que surge en el intercambio social o como la denomina Hoffman, culpa interpersonal o verdadera (Hoffman, 1983, 1987, 1990, 2000).

Para Hoffman, tal como venimos sosteniendo, la empatía es una emoción moral que supone una respuesta afectiva vicaria, es decir, una respuesta afectiva que funciona en una dirección hacia el otro, en el sentido que es más congruente con el estado afectivo de algún otro/a que con el propio, pero que cuando se torna hacia uno mismo y el sujeto siente lo que se puede denominar dolor empático (dolor por el sufrimiento del otro) y se percibe como responsable de ese dolor, su experiencia empática tiende a transformarse en culpa. (Etxebarria, 2009; Retuerto, 2004) Tal como señala, el sentimiento de responsabilidad ante el dolor del otro es lo que genera culpa, al igual que es el sentimiento de responsabilidad ante un pensamiento que se vive como egodistónico, genera obsesión.

La evolución del dolor empático se representaría de la siguiente forma:

- 1º año de vida-empatía global, debida a la falta de diferenciación del bebé no podemos decir que exista una experimentación del dolor ajeno como tal, sino que probablemente la percepción del estímulo de dolor se confunda con las propias sensaciones.
- 2º año de vida-empatía egocéntrica, así denominada, porque aunque ya pueden reconocer al otro como entidad diferenciada de ellos, los niños en esta etapa aún no pueden diferenciar las necesidades del otro y suelen tratar de compensar las muestras de dolor de los demás con aquellos estímulos que les resultarían importantes a ellos mismos.
- 3º año de vida-hasta la preadolescencia-empatía con los sentimientos de los demás: Se comienza a contemplar en los demás los sentimientos independientes de los propios. A medida que el niño va conociendo emociones y respuestas ante ellas. En un principio, un requisito en la posibilidad de empatizar para el niño es la presencia de la emoción en un plano perceptible (ver, escuchar) y llegando a la preadolescencia, va siendo capaz de comprender el dolor en ausencia del estímulo que lo muestra, simplemente basta para tener sentimientos de empatía el pensar en el dolor que estará sufriendo el otro.

- Adolescencia-vida adulta-empatía con la desgracia general de los demás: comienza la etapa en la que se encontrará la plena diferenciación con el otro y la posibilidad de acercarse desde SU lugar al del otro sin perder el propio. Es por ello que en esta etapa es frecuente que surjan los sentimientos altruistas que ya detallamos en el apartado anterior. El problema surge, cuando la empatía supone una exigencia en el ser humano, en el sentido de percibir el dolor en los demás por un hecho concreto en el que la persona se conmueve pero no mantiene una actitud proactiva y de ayuda. Es posible que en ese momento se traten de reducir los sentimientos empáticos para así evitar los sentimientos de culpa (Pilavin, Dovidio, Gaertner & Clark, 1981).

Hoffman, añade un aspecto muy interesante en torno al peso y la influencia de la empatía en las relaciones afectivas, cuando afirma no sólo que el nivel de complejidad que alcanzan o pueden alcanzar estas relaciones afectivas se podrá equilibrar gracias a la empatía y a los afectos en general, ya que el nivel de relación es generalmente, directamente proporcional a la afectación que nos supone lo que acontece en la vida de los demás, sino también como una ayuda ante el prejuicio de cara a los demás y a nuestra propia cognición sobre el estado de ánimo propioceptivo.

Este mismo autor, defiende en este campo relativo a la empatía el papel fundamental del sentido de culpa. En esencia lo que proponen Hoffman (1982; 2000) y Eisenberg (1986) es considerar que tanto la empatía como la culpa son “*antecedentes motivacionales de las conductas prosociales y de la conducta moral en general*” (Etxebarría, 2009, p.3)

De hecho, contamos con los datos de la investigación realizada sobre la culpa en términos del carácter interpersonal o no interpersonal de las situaciones o eventos que la provocan (Etxebarría, Isasi & Pérez, 2002). Desde estos puntos de vista, se entiende la culpa como poseedora de una importante función social. Así se torna la visión tradicionalmente negativa de la culpa en una variable más adaptativa y positiva que nace de los efectos internos de las relaciones interpersonales. Así, se entiende (Baumeister, Stillwell & Heatherton, 1994; Jones, Kugler & Adams, 1995) que la culpa surge a raíz de la interrelación social, ya sea por ejecución o por omisión, la persona siente que ha infringido un daño al otro y por lo tanto asume una cierta responsabilidad en la reparación de su acción o de su omisión (Etxebarría, 2000).

Siguiendo a Batson, en este sentido para comprender la tendencia a la conducta de ayuda, crea una diferenciación importante entre:

a) Empatía (o empatía centrada en la *víctima*), la atención se deposita en el otro, en sus sentimientos y la respuesta se da hacia él.

b) Malestar personal (o empatía centrada en *uno mismo*): la atención se deposita en uno mismo y en los sentimientos que genera la situación del otro en su propia persona.

Como vemos, a pesar de la tradicional percepción de la empatía como una respuesta emocional positiva en relación a los demás, en relación uno mismo, no sólo en ocasiones se trataría de una suerte de empatía cuasi egoísta, antónimo de la conducta altruista sino dirigida a calmar la angustia personal, sino que puede surgir como explicación a un sentimiento de responsabilidad ante la idea de ser causante o responsable del dolor de los demás. En ambos casos la empatía se usaría para calmar la propia angustia y las cogniciones, las más de las veces obsesivas que ello genera.

De esta forma podría surgir el debate, de la secuencia que se puede establecer entre empatía y culpa ¿Son los sentimientos de culpa y empatía elementos de mutua influencia? ¿Se facilitan o dificultan mutuamente?

PARTE II
ESTUDIO
EMPÍRICO

El primer paso en la revisión empírica, supuso un rastreo bibliográfico en la literatura sobre el TOC y las creencias obsesivas, especialmente centrada en el periodo entre 2000 y 2015, haciendo especial hincapié en la publicada en los últimos 5 años y en la que al menos en el resumen o el abstract aparecieran especificadas las acepciones Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) (o su traducción en inglés Obsessive Compulsive Disorder -OCD); o bien los términos Creencias Obsesivas (Obsessional Beliefs) .

Para ello, a través de la plataforma ProQuest, que facilita a los alumnos de doctorado de la Universidad Complutense de Madrid el acceso a multitud de bases de datos, hemos utilizado fundamentalmente los siguientes recursos electrónicos:

- ✓ PsycINFO, de la American Psychological Association (APA).
- ✓ PSYKE de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.
- ✓ PSICODOC del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- ✓ PsycARTICLES, que ofrece textos completos de las revistas de la APA, así como de la Fundación de Publicaciones Educativas de esa misma entidad, junto con la Canadian Psychological Association y Hogrefe & Huber.
- ✓ TESEO, que ofrece la compilación de tesis doctorales del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de España.
- ✓ PubMed, más que una base de datos se trata de un motor de búsqueda de artículos científicos en MEDLINE, de la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.

También se han utilizado en menor medida para la búsqueda otras bases de datos, como son: Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Philosopher's Index, Periodical Index Online y Periodical Archive Online y ERIC.

Para conseguir encontrar de la mejor manera posible la documentación que nos podría ayudar en este trabajo de tesis en torno a la dirección de las investigaciones desarrolladas en torno a nuestras áreas de interés, , así como las pruebas de medida utilizadas principalmente, sus coeficientes de validez y fiabilidad y los efectos de variables de estudio utilizadas en relación a la actividad cognitiva asociada al TOC, utilizamos los siguientes criterios en español y en inglés: En cuanto a la búsqueda en

relación a la actividad cognitiva y el TOC: Metacognición/es + TOC /Metacognition/s + OCD; Sesgos cognitivos + TOC; Cognitive bias/biases + OCD; Y en relación a las emociones utilizamos: Guilt + OCD; Culpa + TOC; Empathy + OCD, Empatía + TOC; Emotional Intelligence + OCD, Inteligencia Emocional + TOC; Guilt + Empathy +OCD, Culpa + Empatía + TOC.

Debido a la numerosísima cantidad de artículos aparecidos (sólo con la nomenclatura “trastorno obsesivo compulsivo” aparecen 17.863 artículos, el primero de ellos de 1911) en una segunda revisión en todas ellas, se incluyó posteriormente un nuevo filtro, en el que se señaló la misma búsqueda, pero los términos habían de aparecer en el resumen o abstract.

Los resultados se cribaron a su vez seleccionando únicamente aquellos que están avalados por expertos y/o publicados en revistas científicas, eliminando los artículos aparecidos en revistas de divulgación (especialmente numerosos en relación a la empatía y la culpa) y en artículos no revisados por comités científicos.

Con estos filtros, exponemos el número de artículos obtenidos definitivamente en la tabla adjunta:

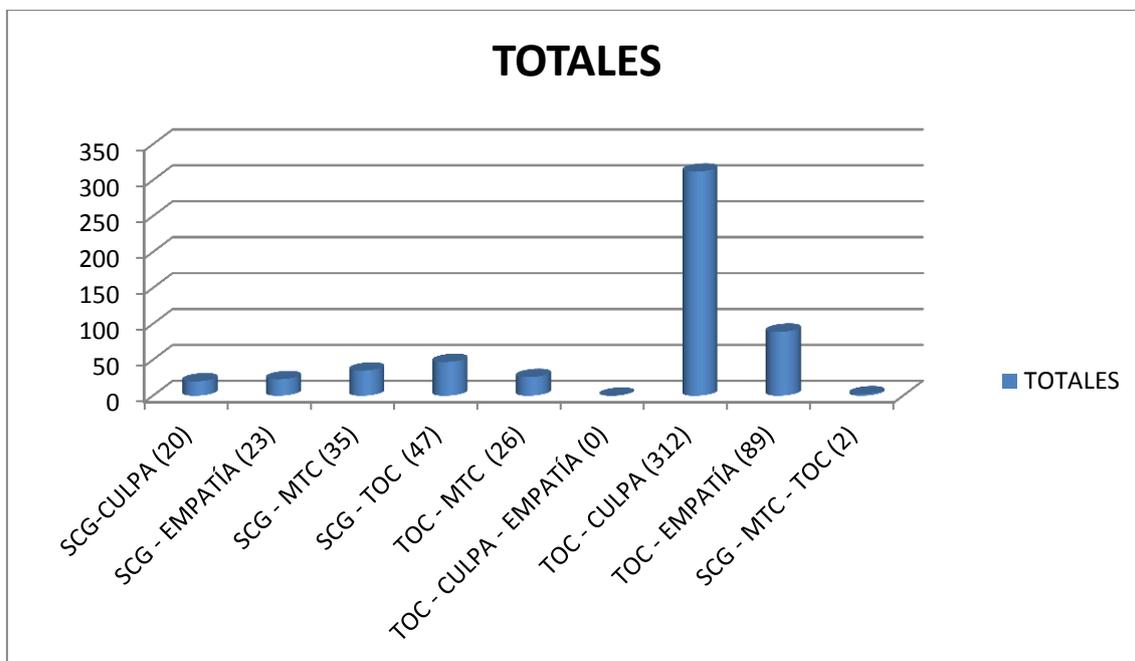


Gráfico 3. Elaboración propia (SCG: Sesgos Cognitivos; MTC: Metacognición)

Como dato curioso, quisiera constatar que entre los resultados de la búsqueda realizada, el artículo de revista más antiguo que ha aparecido se encontraba bajo los criterios “TOC + CULPA” y data de 1955. Se puede consultar en “Rothenberg, S., & Brenner, A. B. (1955). The number 13 as a castration fantasy. *The Psychoanalytic Quarterly*, 24, 545-559”. En cuanto a los manuales revisados, señalamos el capítulo publicado por Weinberg S. K. en 1952, titulado “Dissotiation, Phobia and Compulsivity – Forms of Neurosis”, incluido en el manual estadounidense “Society and Personality Disorders”, en las páginas 138-159.

Nos llamó especialmente la atención el hecho de que apenas encontramos documentación en español sobre pruebas e instrumentos de evaluación españoles y creados a partir de población española, por lo que decidimos utilizar para nuestro trabajo inventarios que cumplen ambos criterios elaborar en una primera fase del trabajo empírico una validación estadística de cada uno de ellos.

4.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO.

El objetivo de la presente investigación es valorar si existen diferencias e influencias significativas entre tres grupos concretos, (por un lado las personas con diagnóstico de TOC, por otra parte personas con diagnóstico de ansiedad y con actividad cognitiva de tipo obsesivo y por último sujetos sanos) en cuanto a los niveles de empatía, ya sea empatía cognitiva o afectiva, el sentido de culpa y la influencia que pueda tener también la existencia de enfermedad adictiva. También valorar si existen cambios significativos que tengan que ver con la diferencia de sexos o el grupo de edad al que pertenecen, entre los que vamos a seleccionar 4 grupos: de 18 a 25 años, de 26 a 35 años, de 35 a 50 años y por último de 50 años en adelante, para hacer una distribución homogénea de la muestra total.

Las hipótesis que planteamos, nos llevan a diferenciar dos estudios independientes, cuyos resultados esperamos nos ayuden de forma complementaria a poder avanzar datos interesantes de cara al análisis de estas variables en nuestros pacientes.

El 1º estudio consta de dos hipótesis

- ✓ Hipótesis 1. Las personas con diagnósticos: TOC / Trastorno de Ansiedad con Pensamientos Obsesivos / Sanos, mostrarán claras diferencias en niveles de empatía, lo que podría presuponer una valor predictivo y en su caso, herramienta de tratamiento para los pacientes de los dos primeros grupos.

- ✓ Hipótesis 2. Las personas con diagnósticos: TOC / Trastorno de Ansiedad con Pensamientos Obsesivos / Sanos, mostrarán claras diferencias en relación al sentido de culpa lo que podría presuponer una valor predictivo y en su caso, herramienta de tratamiento para los pacientes de los dos primeros grupos.

El 2º estudio parte de una hipótesis única, asumiendo el postulado de que existe tendencia obsesiva, aunque no cumplen los criterios diagnósticos de TOC, en un elevado número de pacientes con Trastorno de Ansiedad, hemos configurado un solo

grupo al que hemos denominado PO (Pensamiento Obsesivo), que incluye todos los pacientes que presentan creencias obsesivas, es decir, los que se encuentran en el grupo TOC y los diagnosticados de algún tipo de trastorno de ansiedad (TA).

- ✓ Hipótesis 3. Existirán diferencias en relación al sexo y a la edad de las personas evaluadas sobre los valores de empatía y sentido de culpa en las personas con tendencia a la obsesión, TOC y TA (denominado grupo PO). Previsiblemente que resultarán más significativas en cuanto a los sujetos del grupo PO respecto a los sujetos sanos.

Evaluaremos la mutua influencia de las diferentes variables que miden los test, de forma que se pudieran crear estrategias de intervención a través de dichas correlaciones utilizando técnicas y herramientas dirigidas a ambos términos de la correlación.

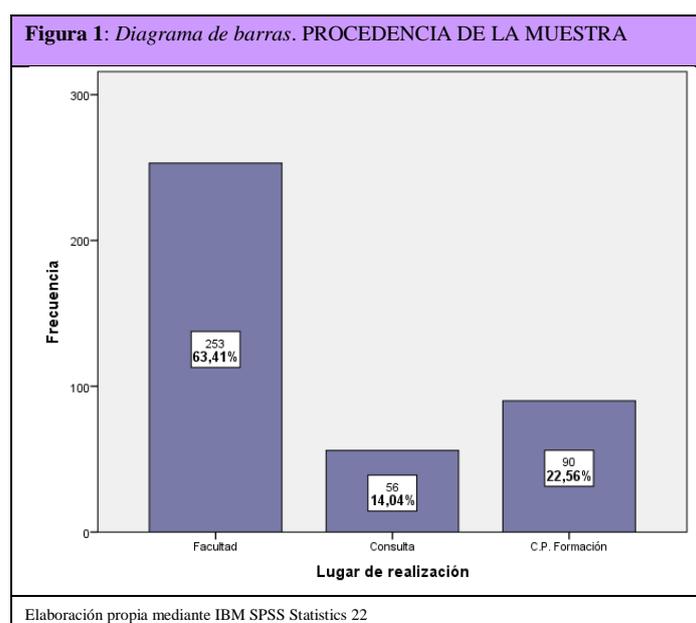
5.- METODOLOGÍA

El objetivo de nuestro estudio no es evaluativo, sino más bien descriptivo, por ello el diseño utilizado ha sido un método observacional – transversal – descriptivo y correlacional.

5.1.- Población

En un primer momento, se procedió a solicitar la cumplimentación del cuestionario experimental a un total de 450 personas, en tres espacios definidos. Por un lado, en la Facultad de Trabajo Social de la UCM, en consulta privada de psicología y en el centro de formación en psicología “Compañía de Asistencia Familiar (CAF)”. Al tratarse de un dossier que suponía unos 20 minutos de media para completarlo, se ha tenido en cuenta a la hora de corregirlo el criterio de anulación ante omisión o repetición de respuestas, lo que ha dado lugar a un N= 399 personas.

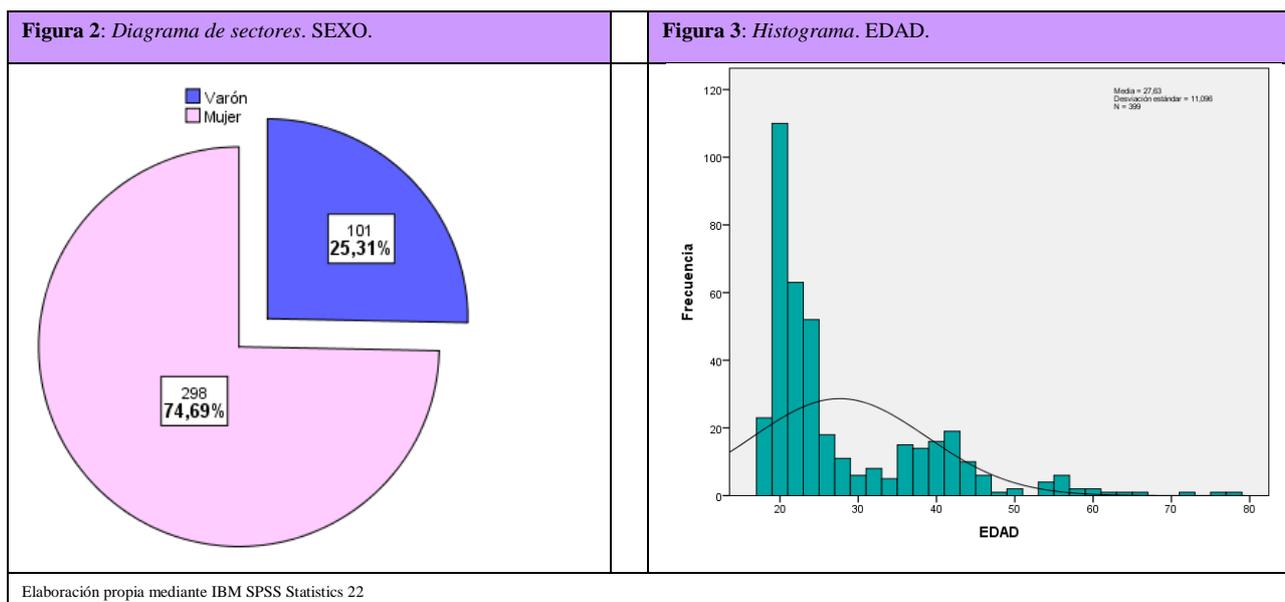
Casi 2/3 de ellos tienen como lugar de procedencia la Facultad de Trabajo Social (253; 63.4%), un 14% (56) procede de la consulta privada y los 90 restantes (22.6%) de CAF. (Ver figura 1).



5.1.1- Características socio-demográficas de la muestra

En la muestra recogida, en cuanto al género (fig. 2) se aprecia una mayor presencia de mujeres (298; 74.7%) que de varones (101; 25.3%) hasta el punto de que son mayoría estadísticamente significativa para $P < .001$ ($\chi^2 = 97.27$; 1 gl; $P = .000$).

Los participantes tienen una edad media de algo más de 27 años (27.63 ± 11.10) desde la que se estima un intervalo de confianza al 95%, de entre: 26.54 y 28.72 años; siendo el rango de edad observado: 18 a 78, con mediana 23 años. Se observa una marcada asimetría positiva ($As = 1.638$) es decir con más presencia de sujetos de menor edad, de forma de la distribución de esta variable se aleja significativamente del modelo de una normal de Gauss con $P < .001$ (Test de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov: $P = .000$) por lo que se debe considerar que no se distribuye normalmente.



Los varones tienen una edad media (30.78 ± 11.84) superior a la edad de las mujeres (26.56 ± 10.64) siendo la diferencia estadísticamente significativa para $P < .01$ (Student: $t = 3.34$; 397 gl; $P = .001$)

La mayoría de los participantes son de nacionalidad española: un 91.2% (364) siendo el resto extranjeros de muy diversos países, entre los que Ecuador es el más representado (12 casos, 3%).

En cuanto a su red familiar, la mayoría (70.4%; 218 sujetos) tienen una familia de tipo nuclear. Algo más de la mitad de la muestra, un 56.9% (227) son solteros. Una gran mayoría (un 81.5%; 325) no tiene hijos; y entre quienes los tienen, lo más habitual es que tengan 2 (31 casos) o solamente 1 (21 casos). Respecto del número de hermanos de cada participante, se ha observado un rango desde 0 hasta 10, siendo lo más habitual que tengan 2 (53.4%; 213 casos). Un 42.4% (169) ocupa el primer lugar entre los hermanos y otro 40.6% (162) el segundo lugar.

Poco más de la mitad de la muestra (51.8%; 206 participantes) tienen trabajo, en tanto que el resto no. Y entre los que trabajan, el 55.3% (114) tienen una profesión que requiere nivel universitario (licenciatura, diplomatura, grado,...) y un 41.7% (86) trabajan en el sector servicios. La tabla 1, contiene el resumen de los descriptivos de estas características socio-demográficas de la muestra.

Tabla 1: *Análisis descriptivo.* Características socio-demográficas de la muestra (N=399)

Variable	Categoría	Descriptivos
Sexo	Mujer	74.7% (298)
	Varón	25.3% (101)
Edad (años)		27.63 ±11.10 ; rango 17-78; mediana 23
Nacionalidad	Español	91.2% (364)
	Extranjero	8.8% (35)
Familia	Nuclear	70.4% (281)
	Pareja	19.8% (43)
	Vive solo	7.8% (31)
	Fam. extensa	2.8% (11)
	Fam. reconstituida	2.0% (8)
	Otros	6.3% (25)
Estado civil	Soltero	56.9% (227)
	Casado	18.8% (75)
	Con pareja pero no conviven	15.8% (63)
	Vive en pareja	6.5% (26)
	Divorciado	1.3% (5)
	Viudo/a	0.8% (3)
Tiene hijos	No	82.0% (327)
	Sí	18.0% (72)
Nº de hijos (N=72)	Uno	29.2% (21)
	Dos	43.1% (31)
	Tres	20.8% (15)
	Cuatro o más	7.0% (5)
Nº de hermanos	Ninguno	5.3% (21)
	Uno	9.5% (38)
	Dos	53.4% (213)
	Tres	16.0% (64)
	Más de tres	15.8% (63)
Lugar entre los hermanos	Primero	42.7% (170)
	Segundo	40.6% (162)
	Tercero	10.3% (41)
	Cuarto o posterior	6.5% (26)
Trabaja	Si	51.8% (206)
	No	48.2% (192)
Profesión (N=206)	Prof. Licenc./Dipl./Grado	55.3% (114)
	Sector servicios	41.7% (86)
	Otros	2.9% (6)

5.1.2- Características clínicas de la muestra

Un 12.5% (50) de los participantes de la muestra se encuentra en tratamiento psicológico o psiquiátrico, el resto no lo sigue en la actualidad (87.5%; 349) aunque un 23.6% (94) ha estado anteriormente en tratamiento psicológico durante un tiempo medio de algo más de un año (13 meses y medio) y un 4.3% (17 casos) han tenido tratamiento psiquiátrico con un tiempo medio bastante superior de casi 27 meses.

Un 7.3% (29) recibió medicación en su tratamiento siendo los ansiolíticos los psicofármacos más habituales (18 casos). Del total de sujetos con diagnóstico un 8.3% de los sujetos (33) han sido diagnosticados de TOC, un 6.8% (27) de TA y un 3% (12) de TD. La tabla 2 resume las características clínicas de la muestra.

Tabla 2: Análisis descriptivo. Características clínicas de la muestra		
<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>Descriptivos</i>
Tto Psicolg./Psiqtr. actualmente	No	87.5% (349)
	Sí	12.5% (50)
Ha recibido Tto Psicológico	Sí	23.6% (94)
Meses Tto Psicológico		13.57 ±21.10; rango 1-180; mediana 8 meses
Ha recibido Tto Psiquiátrico	SÍ	4.3% (17)
Meses Tto Psiquiátrico		26.64 ±45.73; rango 3-180; mediana 12 meses
Recibió medicación	Sí	7.3% (29)
Fármaco	Ansiolíticos	66.7% (18)
	Antidepresivos	29.6% (8)
	Ansiolit. y Antidepre.	3.7% (1)
Recibió diagnóstico	Sí	11.6% (46)
Diagnóstico	TOC	8.3% (33)
	TA	6.8% (27)
	TD	3.0% (12)

5.2.- Descripción de instrumentos de medida

En primer lugar, vamos a comenzar realizando una descripción general de las variables generadas por la aplicación de los cuestionarios. Vamos a estudiar la fiabilidad alcanzada en los mismos mediante el coeficiente de consistencia interna “alfa/ α ” de Cronbach, y tal como se suele hacer en la experimentación vamos a considerar una

buena fiabilidad cuando el resultado supera 0.700. Las variables se describen con las herramientas habituales en el análisis estadístico: media, mediana, desviación estándar, amplitud semi-intercuartil, etc... Para facilitar el acceso a los datos, el análisis exploratorio se ha realizado con histogramas, índices de asimetría (As) y altura (K) junto al test de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para determinar el grado de ajuste al modelo de la normal de Gauss e igualmente para verificar la presencia de casos fuera de rango o no admisibles, mediante los diagramas de caja y bigotes. Nuestro mayor interés es garantizar un detallado análisis de los datos que pudiera ser refrendado, replicado o enfrentado por otros investigadores y es por ello que trataremos de ofrecer, en la medida de lo posible, una muestra gráfica de cada resultado que facilite la identificación del resultado. De esta forma, vamos a realizar la descripción de cada test, junto a la validación estadística de cada uno de ellos.

5.2.1.- Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad-Subescala para el TOC (IACTA-TOC)

Para evaluar la Actividad cognitiva, en relación al TOC hemos utilizado la prueba creada por los profesores Cano Vindel y Miguel Tobal del Dpto. de Psicología Básica II de esta Universidad. Se trata del Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad, subescala para el TOC, denominado IACTA – TOC (Anexo I), creado en 2004. Este inventario, consta de 21 ítems que se responden con una escala tipo Likert de 0 a 4 y nos ofrece la posibilidad de computar la frecuencia con la que tiene los pensamientos que se describen en cada uno de ellos. Para nuestro estudio, hemos tomado las valoraciones referentes a los tres factores, por un lado el factor Malestar, el factor Metacognitivo e igualmente los ítems que reflejan con mayor fuerza los pensamientos obsesivos tipo TOC.

El coeficiente de fiabilidad obtenido por nuestra muestra de participantes en los 21 elementos de los que consta esta cuestionario ha sido muy elevado: 0.935 (IC al 95%: 0.926 – 0.944) y altamente significativo ($P < .001$). Por tanto queda probada la fiabilidad de sus puntuaciones.

Con él, se generan tres variables: el TOC propiamente dicho, el factor Malestar y el factor Metacognitivos. Los descriptivos de las dos últimas se resumen en la tabla 3.

En Malestar se ha observado una media de 10.93 ± 7.10 , dentro del rango 0-31, en tanto que el Metacognitivos de 7.69 ± 5.50 . En la primera de las variables, se aprecia un cierto desvío del modelo normal, pero tan leve que la variable se puede considerar como normal ($P > .05$ en el test KS). Pero, por su lado, la variable Metacognitivos, presenta un desvío algo mayor, suficiente como para que sea significativo ($P < .01$) con respecto a la normal de Gauss.

Tabla 3: Análisis descriptivo. Variables del IACTA-TOC		
Variable	Malestar	Meta-cognitivos
Media	10.93	7.69
IC 95%: límite inferior	10.24	7.15
IC 95%: límite superior	11.63	8.24
Error típico de la media	0.36	0.28
Mediana	10.00	7.00
Mínimo	0	0
Máximo	31	22
Desviación estándar	7.10	5.50
Amplitud semi-intercuartil	5.50	4.00
Forma: Asimetría	0.47	0.52
Curtosis	-0.42	-0.50
Test K-S (P-valor)	.015 ^{NS}	.003**
NS = Desvío NO significativo ($P > .01$) la variable sí se ajusta al modelo normal		
** = Desvío significativo ($P < .01$) del modelo de la normal de Gauss		

Figura 4: Histograma. IACTA: Malestar.

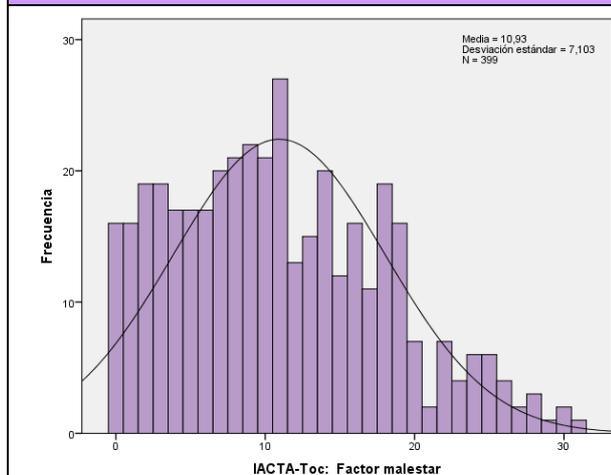
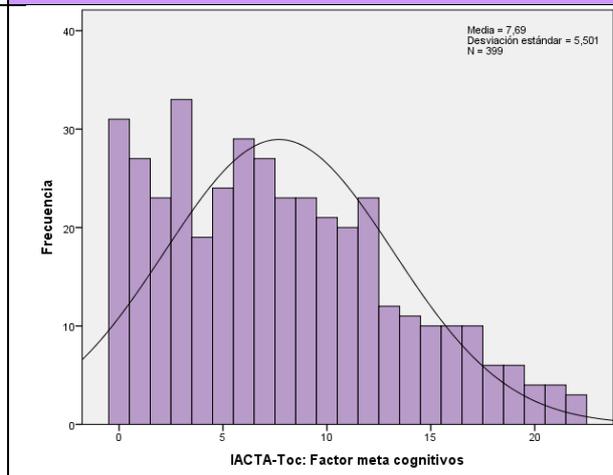


Figura 5: Histograma. IACTA: Metacognitivos.



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 22

5.2.2.- Cuestionario de Creencias Obsesivas (CCQ-31)

Como instrumento complementario, que nos ayudara a comprobar el alcance de las creencias obsesivas en los sujetos, contamos con el Cuestionario de Creencias Obsesivas CCQ – 31 (Anexo I). Se trata de la adaptación española del Obsessional Beliefs Questionary OBQ – 44 creado por el OCCGW, elaborada por Rodríguez, Biglieri y Vetere (2008).

Los datos constituyen cuatro escalas que son:

- 1) Perfeccionismo y necesidad de certezas.
- 2) Sobrestimación del peligro.
- 3) Importancia otorgada a los pensamientos intrusivos.
- 4) Responsabilidad por daño.

(Sus descriptivos se resumen en la tabla 4)

El coeficiente de fiabilidad alcanzado por nuestra muestra en esta escala es de 0.756 (IC al 95%: 0.720 – 0.790), altamente significativo ($P < .01$) que aun no siendo tan elevado como el del anterior test, es más que suficiente para considerar como fiables las puntuaciones que se obtienen con él.

Las medias oscilan desde los casi 14 puntos de la variable Sobrestimación del peligro, hasta algo más de 25.5 del Perfeccionismo y necesidad de certezas. Los índices de asimetría y curtosis (altura) de todas las variables no presentan grandes desviaciones con respecto al modelo de una curva normal; sin embargo en tres de las variables son suficientes como para alcanzar significación ($P < .01$) y en consecuencia éstas no deben de ser consideradas como normales. Solo en los datos relativos a la responsabilidad por daño se puede admitir de forma estadística ($P > .05$) el ajuste a la normalidad.

Tabla 4: Análisis descriptivo. Variables del CCQ-31

Variable	Perfeccionismo y necesidad de certezas	Importancia otorgada a los pensamientos intrusivos... ..	Responsabilidad por daño	Sobre-estimación del peligro
Media	25.51	17.06	20.77	13.79
IC 95%: límite inferior	24.38	16.32	19.94	13.15
IC 95%: límite superior	26.63	17.79	21.61	14.43
Error típico de la media	0.57	0.38	0.42	0.33
Mediana	24.00	16.00	20.00	13.00
Mínimo	1	8	7	6
Máximo	59	48	46	38
Desviación estándar	11.40	7.50	8.49	6.53
Amplitud semi-intercuartil	8.50	5.00	6.50	5.00
Forma: Asimetría	0.56	0.98	0.42	0.82
Curtosis	-0.31	0.80	-0.39	0.09
Test K-S (P-valor)	.007**	.000**	.109 ^{NS}	.000**

NS = Desvío NO significativo (P>.01) la variable sí se ajusta al modelo normal
 ** = Desvío significativo (P<.01) del modelo de la normal de Gauss

Figura 5: Histograma. CCQ-31: Perfeccionismo y necesidad de certezas.

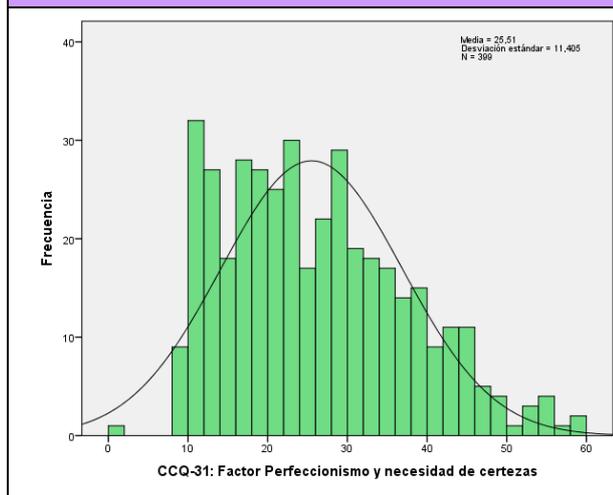
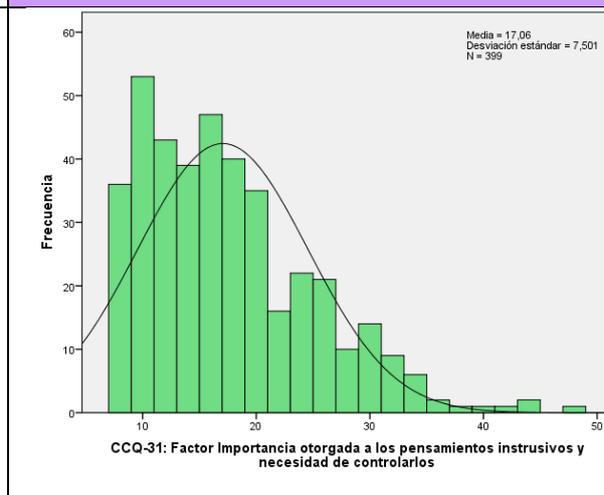


Figura 6: Histograma. CCQ-31: Importancia otorgada a los pensamientos intrusivos y necesidad de controlarlos.



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 22

Figura 7: Histograma. CCQ-31: Responsabilidad por daño.

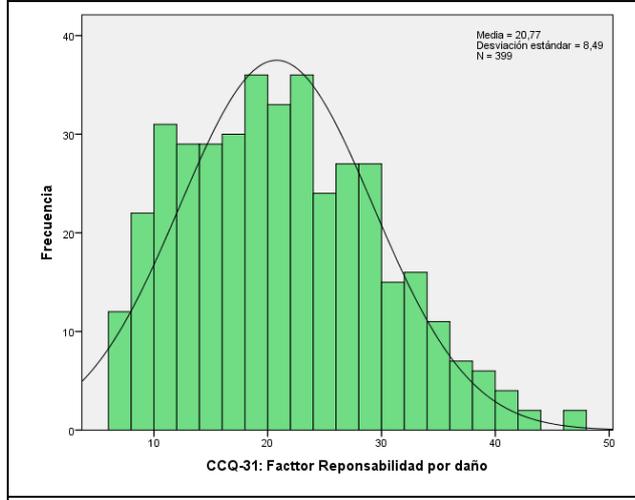
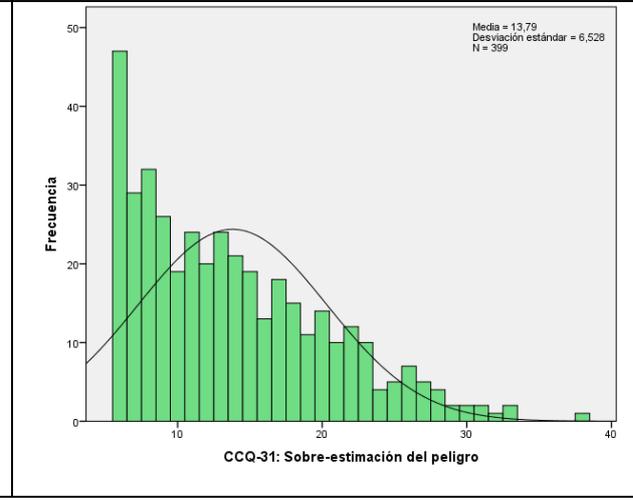


Figura 8: Histograma. CCQ-31: Sobrestimación del peligro.



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 22

5.2.3.- Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA)

Se trata de un test en español (López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad, 2008) TECA (Anexo I), que es un instrumento de evaluación de la empatía formado por 33 ítems que se han de responder en una escala de acuerdo tipo Likert de 1 a 5.

Los ítems se dividen en dos factores, que a su vez se subdividen en dos dimensiones:

Factor 1: Componentes Cognitivos

Dimensión Adopción de Perspectivas: Capacidad de ponerse en el lugar de otra persona, ya sea desde un punto de vista intelectual o imaginativo.

Dimensión Comprensión Emocional: Capacidad de percibir y comprender la intencionalidad, emocionalidad y sensaciones de otras personas.

Factor 2: Componentes Afectivos.

Dimensión Estrés Empático: Capacidad de compartir emocionalidad negativa de otras personas.

Dimensión Alegría Empática: Capacidad de compartir emocionalidad positiva de otras personas.

El coeficiente “alfa” de Cronbach obtenido en este instrumento es algo inferior al de los anteriores: 0.680 (IC al 95%: 0.587 – 0.766) pero al menos es claramente significativo ($P < .001$) de modo que podemos admitir la fiabilidad de las puntuaciones obtenidas.

Este cuestionario además de las 4 dimensiones antes mencionadas, genera una puntuación total de empatía. Sus descriptivos de los factores se resumen en la tabla 5; los de las puntuaciones totales y su equivalencia en centiles se presentan en la tabla 6. En los factores, los valores medios son bastante similares, oscilando entre los 20.5 y los casi 30 puntos. Los índices de asimetría y altura de estas variables no presentan grandes desviaciones con respecto al modelo de una curva normal, aunque son suficientes como para que sean significativos ($P < .01$) excepto en la variable del factor Estrés empático.

En cuanto a la puntuación total (tabla 6), se ha encontrado una distribución que se ajusta perfectamente al modelo de la normal ($P > .05$ en el test de KS) con media 106.46 ± 7.50 ; mientras que por el contrario al convertirlo en centiles, se aprecia un grado de asimetría tal que la variable ya se aleja significativamente ($P < .01$) de la normal, con media alrededor del centil 32.

Tabla 5: Análisis descriptivo. Variables de los factores del TECA				
Variable	AP: adopción de perspectivas	CE: Comprensión emocional	EE: Estrés empático	AE: Alegría empática
Media	26.99	29.15	20.49	29.83
IC 95%: límite inferior	26.71	28.81	20.16	29.54
IC 95%: límite superior	27.28	29.49	20.83	30.11
Error típico de la media	0.14	0.17	0.17	0.15
Mediana	27.00	29.00	20.00	30.00
Mínimo	15	18	11	18
Máximo	36	41	30	36
Desviación estándar	2.91	3.48	3.41	2.91
Amplitud semi-intercuartil	2.00	2.50	2.50	2.00
Forma: Asimetría	-0.26	-0.12	-0.20	-0.69
Curtosis	0.98	0.26	-0.15	0.80
Test K-S (P-valor)	.002**	.008**	.012 ^{NS}	.000**

NS = Desvío NO significativo ($P > .01$) la variable sí se ajusta al modelo normal
 ** = Desvío significativo ($P < .01$) del modelo de la normal de Gauss

Figura 9: Histograma. TECA-AP: Adopción de perspectivas

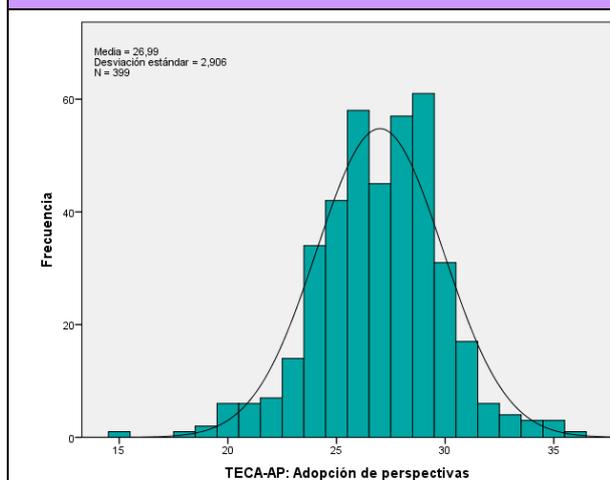
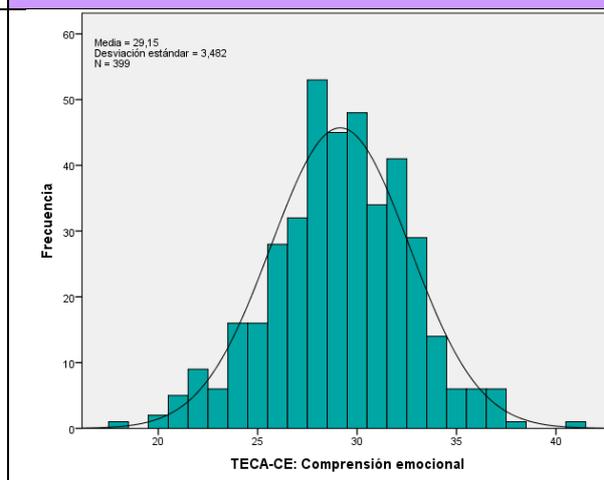


Figura 10: Histograma. TECA-CE: Comprensión emocional



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 22

Figura 11: Histograma. TECA-EE: Estrés empático

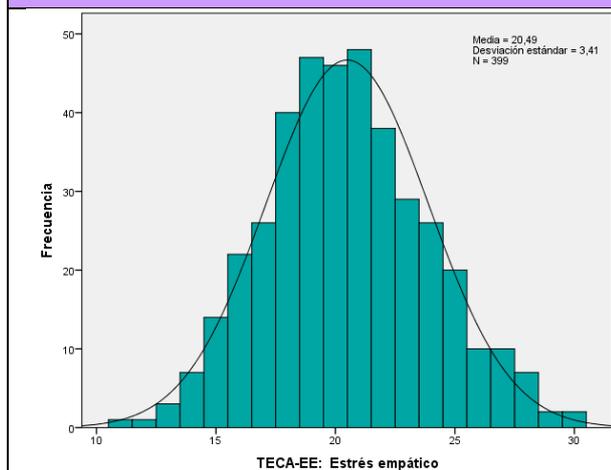
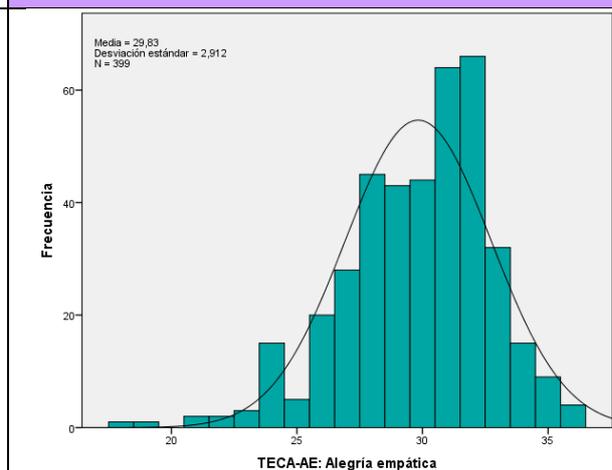


Figura 12: Histograma. TECA-AE: Alegría empática



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 22

Tabla 6: Análisis descriptivo. Puntuación total del TECA

Variable	P.Tot. Directa	P.T. Centil
Media	106.46	31.79
IC 95%: límite inferior	105.72	30.23
IC 95%: límite superior	107.20	33.34
Error típico de la media	0.38	0.79
Mediana	107.00	30.00
Mínimo	81	1
Máximo	132	90
Desviación estándar	7.50	15.79
Amplitud semi-intercuartil	4.50	12.50
Forma: Asimetría	-0.06	0.57
Curtosis	0.70	0.23
Test K-S (P-valor)	.488 ^{NS}	.000**

NS = Desvío NO significativo (P>.01) la variable sí se ajusta al modelo normal

** = Desvío significativo (P<.01) del modelo de la normal de Gauss

Figura 13: Histograma. TECA: Puntuación total directa

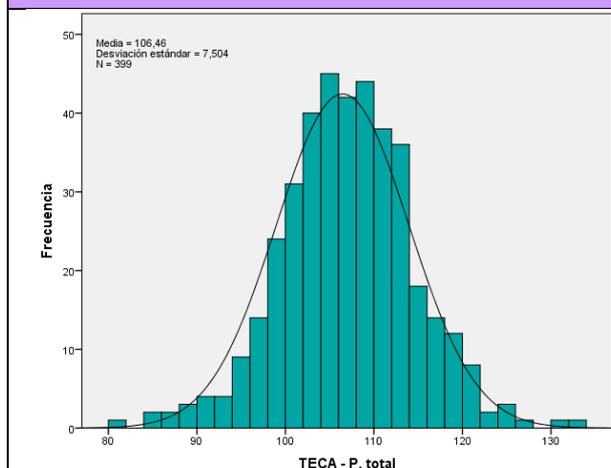
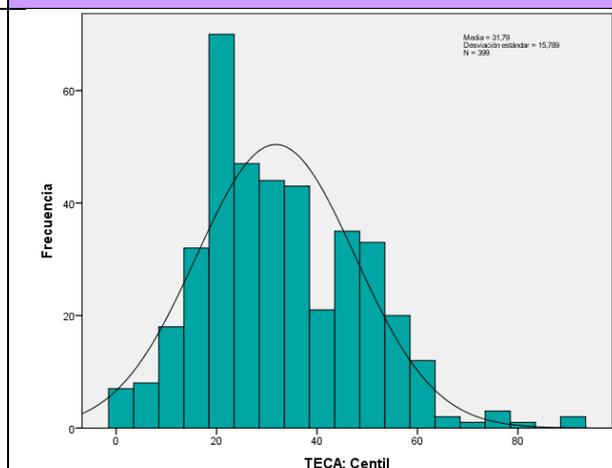


Figura 14: Histograma. TECA: Puntuación total -Centil



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 22

5.2.4.- MULTICAGE

Este test, creado por mide comportamientos de riesgo en relación a 8 factores, distribuidos entre 32 ítems, con respuesta SI/NO. Alcohol – Drogas – Juego – Internet – Videojuegos – Trastornos de la Alimentación – Sexo y Gasto Compulsivo. Los descriptivos de los mismos se resumen en la tabla 7.

El coeficiente de fiabilidad “alfa” de Cronbach que se ha observado en las respuestas de los sujetos de nuestra muestra de participantes, es de 0.756 (IC al 95%: 0.720 – 0.790) significativo para $P < .001$; por tanto la fiabilidad de este instrumento es buena. Todas las medias son menores a la unidad, con excepción de la del factor Internet (1.12 ± 1.26), siendo las más bajas de todas, las de los factores: Drogas, Sexo, Videojuegos y Juego. Todas las variables tienen claras asimetrías hacia la izquierda, es decir con mayor presencia de valores bajos (como se deduce de las medias) por lo que los desvíos con respecto a la curva normal son muy significativos ($P < .001$ en KS).

Tabla 7: Análisis descriptivo. Variables de los factores del MULTICAGE								
Variable	Alcohol	Juego	Drogas	Trast. Alimentación	Internet	Videojuegos	Gasto compulsivo	Sexo
Media	0.79	0.05	0.21	0.63	1.12	0.13	0.39	0.16
IC 95%: límite inferior	0.68	0.02	0.15	0.53	1.00	0.08	0.31	0.11
IC 95%: límite superior	0.89	0.08	0.27	0.74	1.25	0.18	0.47	0.22
Error típico de la media	0.05	0.02	0.03	0.05	0.06	0.02	0.04	0.03
Mediana	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	4	3	3	4	4	4	4	3
Desviación estándar	1.07	0.31	0.61	1.08	1.26	0.49	0.78	0.54
Amplitud semi-intercuartil	0.05	0.00	0.00	0.05	1.00	0.00	0.00	0.00
Forma: Asimetría	1.17	7.80	3.16	1.66	0.87	4.29	2.22	3.56
Curtosis	0.20	66.32	9.70	1.74	-0.38	20.02	4.79	12.56
Test K-S (P-valor)	.000**	.000**	.000**	.000**	.000**	.000**	.000**	.000**

** = Desvío significativo ($P < .01$) del modelo de la normal de Gauss

Figura 15: Histograma. MULTICAGE: Alcohol

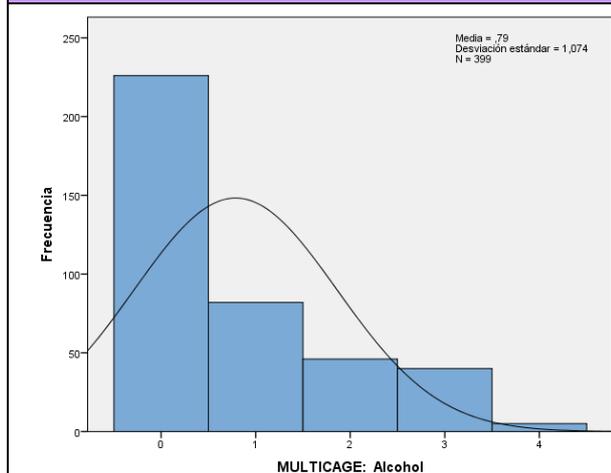
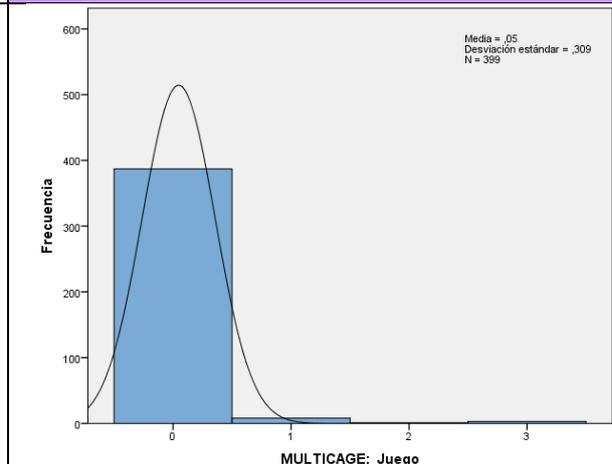


Figura 16: Histograma. MULTICAGE: Juego



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 22

Figura 17: Histograma. MULTICAGE: Drogas

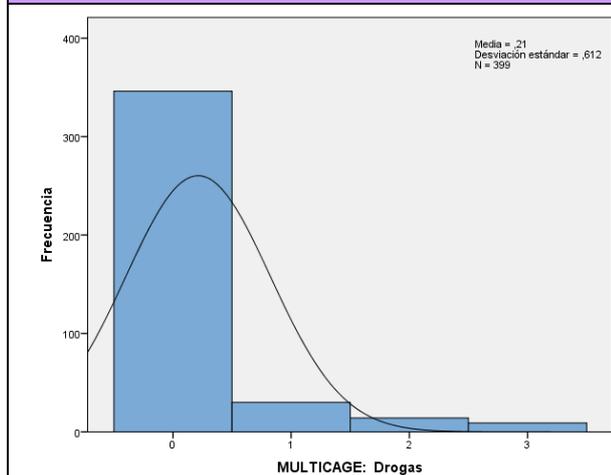
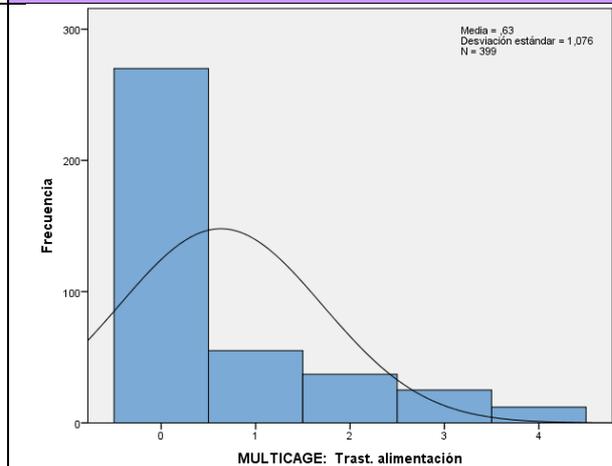


Figura 18: Histograma. MULTICAGE: Trast. alimentación



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 22

Figura 19: Histograma. MULTICAGE: Internet

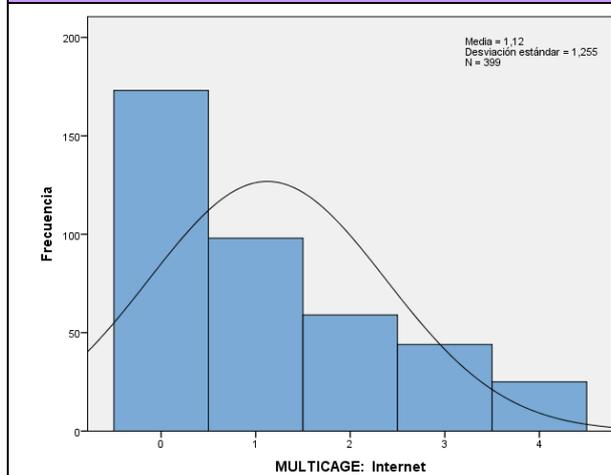
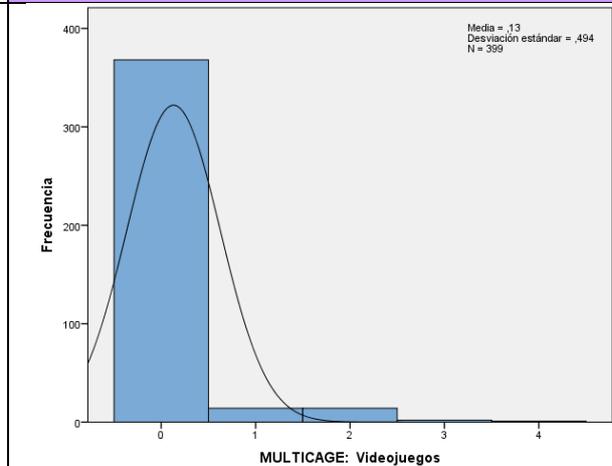


Figura 20: Histograma. MULTICAGE: Videojuegos



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 22

Figura 21: Histograma. MULTICAGE: Gasto compulsivo

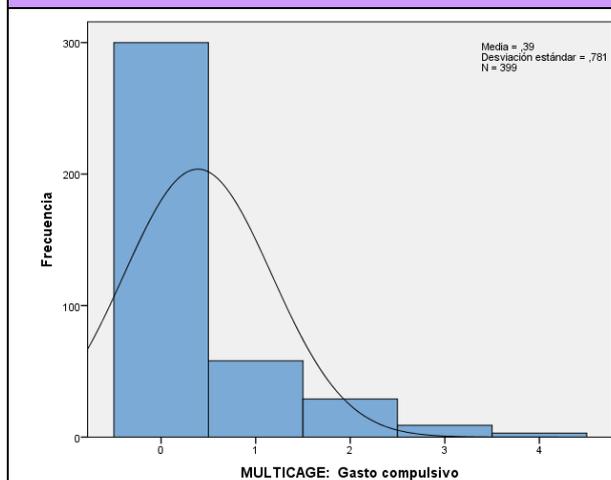
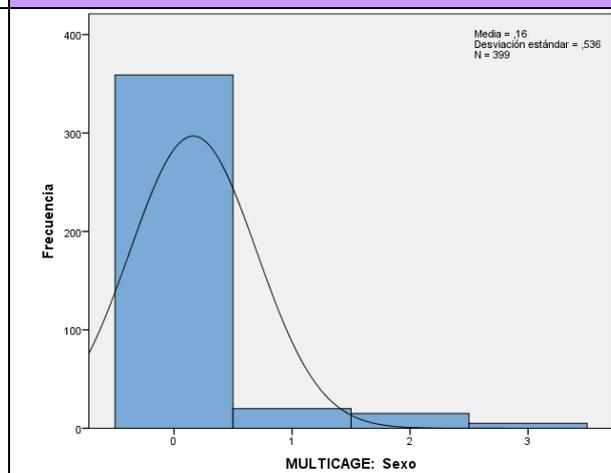


Figura 22: Histograma. MULTICAGE: Sexo



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 22

5.2.5.- SC-35

Este test, se desarrolló por Zabalegui en 1993 y es uno de los pocos test en español utilizado para cuantificar el sentido de culpa, estimando la tendencia de los sujetos a ello.

El coeficiente de Cronbach obtenido es elevado: 0.897 (IC al 95%: 0.882 – 0.911) significativo para $P < .001$, tal que se puede concluir que en este instrumento la fiabilidad es muy buena.

Con él se genera una única variable, la puntuación total de SC, en la que la media es de 84.36 ± 21.23 , dentro del rango 42-161. Los índices de asimetría y curtosis indican que la variable está bastante próxima al modelo normal de Gauss, del que no difiere significativamente ($P > .05$ en el test KS).

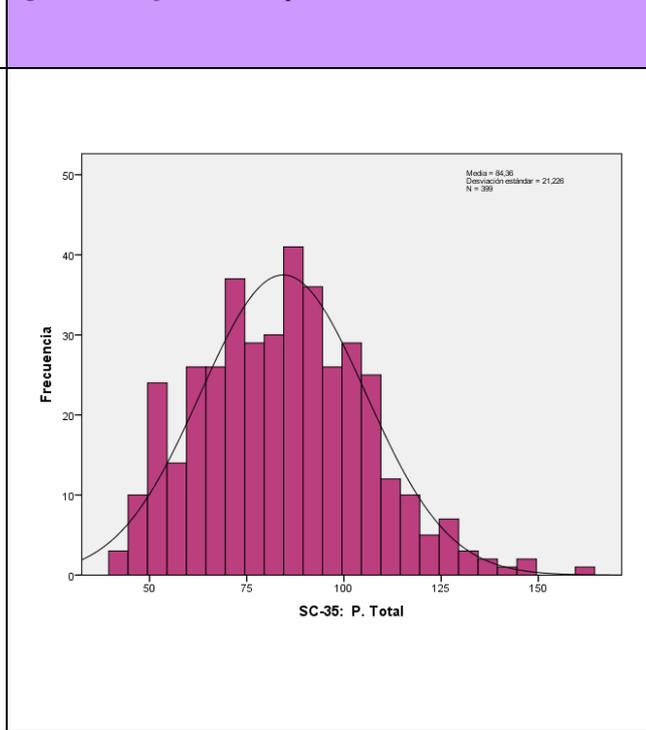
Tabla 8: Análisis descriptivo. Puntuación total del SC-35

Media	84.36
IC 95%: límite inferior	82.27
IC 95%: límite superior	86.45
Error típico de la media	1.06
Mediana	85.00
Mínimo	42
Máximo	161
Desviación estándar	21.23
Amplitud semi-intercuartil	15.00
Forma: Asimetría	0.35
Curtois	0.01
Test K-S (P-valor)	.592 ^{NS}

NS = Desvío NO significativo (P>.01) la variable sí se ajusta al modelo normal

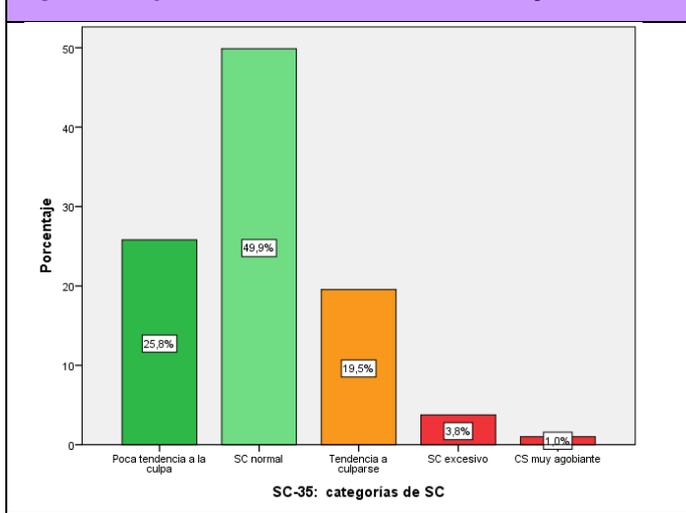
Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 22

Figura 23: Histograma. SC-35: puntuación total



Esta variable, tiene puntos de corte que definen 5 niveles de Sentimiento de culpa. La figura 24 resume cómo quedan los sujetos de nuestra muestra, clasificados en estas categorías. Se observa que casi la mitad de la muestra (49.9%; 199 casos) están en nivel normal. Un 19.5% (78) presentan tendencia a culparse y solo un 3.8% (15) lo tienen excesivo y un 1% (4 casos) muy agobiante.

Figura 24: Diagrama de barras. SC-35: Sentimiento de culpa



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 22

Para terminar de valorar los aspectos estadísticos de los diferentes test usados, debemos señalar que los descriptivos anteriores de las variables cuantitativas, han mostrado diversidad en cuanto a que estas variables se distribuyan normalmente o no. Algunas sí que se ajustan al modelo de una curva normal y el resto no, pero en bastantes de ellas, los índices de asimetría y curtosis junto a lo observado en los histogramas nos sugiere que a pesar de ser significativo el desvío (en parte debido al elevado N de casos) hay una clara tendencia a la normalidad. La excepción de este comentario, son las variables de los factores del Multicage, que son muy asimétricas.

El ajuste a la normalidad es un requisito habitual en muchas técnicas estadísticas de tipo paramétrico del análisis inferencial. Sin embargo, la experiencia demuestra que en muestras grandes, el incumplimiento del mismo no tiene graves consecuencias en las conclusiones estadísticas de las citadas pruebas. Ante esta situación, y con vistas a mejorar la confiabilidad estadística de nuestros resultados, se ha optado por doblar cada análisis con el test paramétrico habitual (asumiendo la normalidad de la variable) y con su alternativa no-paramétrica correspondiente (que no requiere tal condición) siempre que ésta exista.

La ventaja de utilizar pruebas paramétricas es que nos permite calcular el tamaño del efecto como una herramienta cuantificadora de la magnitud de las diferencias. Éste es un índice que cuantifica la magnitud de los cambios observados en una escala adimensional que posibilita la comparación de efectos en variables medidas con diferentes instrumentos y por ello con diferentes escalas y unidades de medida, como es el caso del presente estudio. Para calcular este tamaño del efecto se dispone de dos índices: la “d” de Cohen y el coeficiente R². La “d” de Cohen es habitual en comparaciones de medias, sin embargo su interpretación es más complicada puesto que la escala de valores no está cerrada (teóricamente: 0 a infinito; pero en la práctica, es raro que supere el valor 3.0). En cambio R² tiene una escala cerrada (0 – 1) con unas referencias interpretativas estándar: sobre .050 es bajo/muy bajo; sobre .100 es leve; sobre .150 moderado bajo; .200 moderado alto; mayor a .250 ya es elevado; mayor a .360 es grande y desde .450 en adelante muy grande. (Hinkle, Wiersma, & Jurs, 2003).

5.3.- Metodología estadística

Para el análisis estadístico se ha empleado el programa Statistical Package for the Social Sciences SPSS en su versión 22.0 (creado por IBM para Windows en 2013).

Las herramientas y técnicas estadísticas utilizadas han sido:

- ✓ Tablas de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas o categóricas.
- ✓ Tablas de contingencia con test Chi-cuadrado de independencia entre dos variables cualitativas.
- ✓ Análisis exploratorio y descriptivo de variables cuantitativas con test de bondad de ajuste al modelo normal de Gauss y diagramas de caja para la detección de valores atípicos.
- ✓ Pruebas de significación de diferencia de medias entre grupos independientes: T de Student junto a su alternativa no paramétrica cuando ha sido necesaria: Mann-Whitney; Análisis de varianza (ANOVA) con test post-hoc de Tukey y su alternativa no-paramétrica: Kruskal-Wallis.
- ✓ Análisis de fiabilidad como consistencia interna: “alfa” (α) de Cronbach.
- ✓ Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman.

6.- RESULTADOS.

Se muestran a continuación los resultados obtenidos en cada una de las hipótesis de trabajo sobre las que se ha realizado el estudio estadístico:

- ✓ Hipótesis 1. Las personas con diagnóstico TOC / Trastorno de Ansiedad con Pensamientos Obsesivos / Sanos, mostrarán claras diferencias en niveles de empatía, lo que podría presuponer un valor predictivo y en su caso, herramienta de tratamiento para los pacientes de los dos primeros grupos.

Para este primer objetivo se va a comprobar si existen diferencias que se puedan considerar como estadísticamente significativas en las 4 variables del CCQ-31, las 2 de IACT-TOC, y las 4 del TECA, entre los grupos de sujetos que se generan en función de la variable “Diagnóstico”, considerando en ésta a los sujetos “sanos” como los que no tienen ningún diagnóstico. Para ello y puesto que en esta variable, se han observado 4 categorías (3 trastornos, más lo que no tienen) se ha empleado el Análisis de varianza ANOVA de 1 factor de efectos fijos, que incluye el test previo de homogeneidad de Levene y sobre todo los test de contrastes múltiples entre pares, pot-hoc, del que se ha elegido en concreto el de Tukey. Como alternativa no-paramétrica, tras lo comentado antes, se utiliza el Test de Kruskal-Wallis. El nivel de significación elegido es el habitual 5% ($P < .050$). Los resultados se presentan a continuación agrupando las variables por instrumento.

La tabla 9 contiene el estudio de la asociación del CCQ-31 con el diagnóstico. Se ha observado que en los 4 factores de este instrumento, aparecen diferencias estadísticamente significativas según los dos test estadísticos empleados, en la mayoría de los casos para $P < .01$ e incluso para $P < .001$ en los últimos factores. Los tamaños del efecto oscilan entre el 0.033 de la Importancia de los pensamientos intrusivos y 0.070, el más alto, que corresponde a la Sobrestimación de peligro. Los test a posteriori de Tukey determinan que, en las cuatro variables contrastadas, [Perfeccionismo y necesidad de certezas - Importancia otorgada a los pensamientos intrusivos - Responsabilidad por daño – Sobrestimación del peligro] los casos con diagnóstico de

TOC presentan una media significativamente superior ($P < .01$) a la de los participantes sin trastorno diagnosticado (figuras 25 a la 28).

Tabla 9: Test de diferencia de medias. Factores del CCQ-31, en función del Diagnóstico.

Variable CCQ-31 / Grupo		N	Media	IC para la media 95%	D.E.	Anova 1 factor			Tamaño efecto R ²	POST-HOC: Tukey Pares significativos	Kruskal-Wallis	
						Valor F	gl	P			Valor	P
Perfeccionismo y necesidad de certezas	TOC	33	31.79	27.95 – 35.62	12.50	5.78	3;395	.001**	.042	TOC > Sin Tr **	13.99	.003**
	TA	27	28.26	24.02 – 32.50	13.56							
	TD	12	30.58	24.22 – 36.94	12.84							
	Sin D.	327	24.46	23.24 – 25.68	10.80							
Importancia pensamientos intrusivos ...	TOC	33	21.33	18.80 – 23.87	10.06	4.54	3;395	.004**	.033	TOC > Sin Tr **	8.84	.031 *
	TA	27	17.52	14.72 – 20.32	7.93							
	TD	12	18.92	14.72 – 23.12	7.08							
	Sin D.	327	16.52	15.72 – 17.32	7.05							
Responsabilidad por daño	TOC	33	26.67	23.83 – 29.51	9.63	7.30	3;395	.000**	.053	TOC > Sin Tr **	17.61	.001**
	TA	27	22.63	19.49 – 25.77	7.96							
	TD	12	22.75	18.04 – 27.46	10.23							
	Sin D.	327	19.95	19.05 – 20.85	8.11							
Sobre-estimación del peligro	TOC	33	19.21	17.05 – 21.38	8.83	9.87	3;395	.000**	.070	TOC > Sin Tr **	15.39	.002**
	TA	27	15.19	12.79 – 17.58	7.55							
	TD	12	14.50	10.91 – 18.09	8.61							
	Sin D.	327	13.10	12.42 – 13.79	5.81							

*= Significativo al 5% ($P < .05$) **=Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

Figura 25: Diagrama de medias. CCQ-31: Perfeccionismos y necesidad de certezas

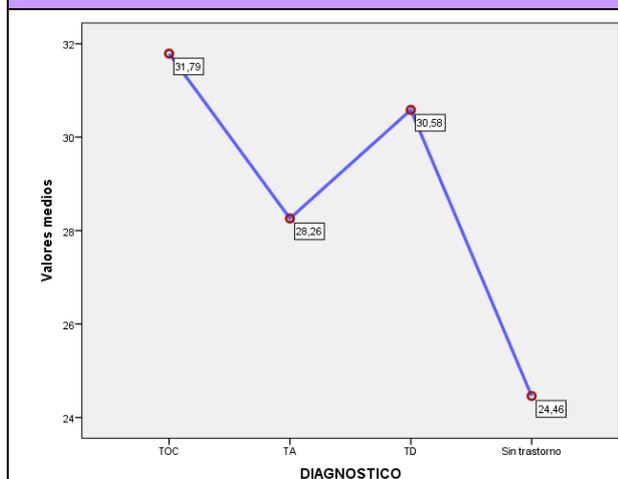
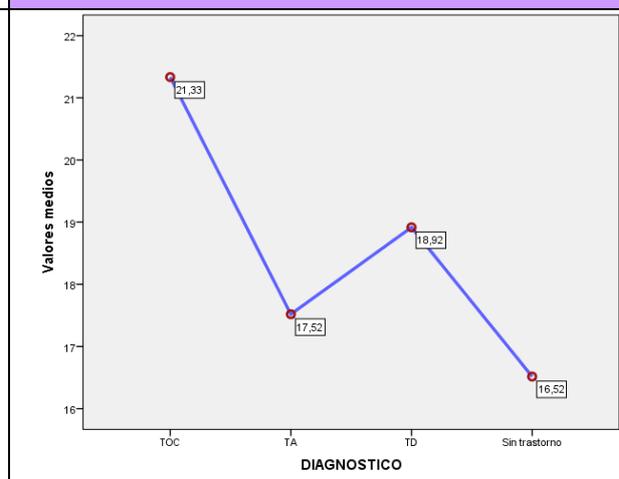


Figura 26: Diagrama de medias. CCQ-31: Importancia otorgada a los pensamientos intrusivos ...



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 22

Figura 27: Diagrama de medias. CCQ-31: Responsabilidad por daño

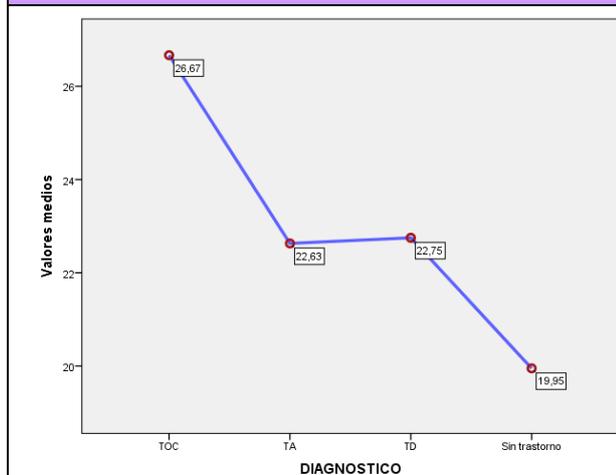
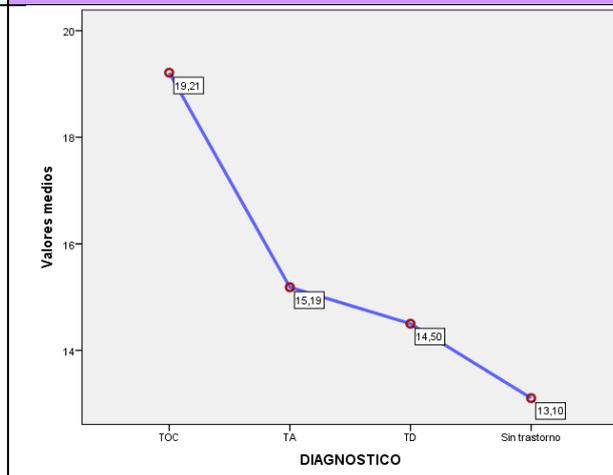


Figura 28: Diagrama de medias. CCQ-31: Sobre-estimación del peligro



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 22

Para contrastar de forma más concreta, solamente a los casos con diagnóstico TOC con los sujetos con TA, se ha utilizado el test de Student de contraste de diferencia entre dos medias, acompañado de su alternativa no-paramétrica el test U de Mann-Whitney. Estos resultados se resumen en la tabla 10 y como se observa son muy similares entre estos dos test estadísticos.

En las variables de los factores Perfeccionismo y necesidad de certezas e Importancia otorgada a los pensamientos intrusivos, no se han encontrado diferencias que se puedan considerar como significativas ($P > .05$) a pesar de que la media de los casos TOC es ligeramente superior.

En los factores Responsabilidad por daño y Sobrestimación del peligro, aunque se llegue a la significación se podría hablar de diferencias casi significativas ($P < .100$) de modo que es posible admitir que puede haber una tendencia a que los casos TOC presenten una media más elevada.

Tabla 10: Test de diferencia de medias. Factores del CCQ-31, comparado entre casos TOC y TA.

Variable CCQ-31 / Grupo	N	Media	IC para la media 95%	D.E.	T Student			Difer. de medias absoluta con IC al 95%	Test Mann-W		Tamaño del efecto: R ²	
					T	gl	P		/Z/	P		
Perfeccionismo y necesidad de certezas	TOC	33	31.79	27.95 – 35.62	12.50	1.05	58	.299 ^{NS}	3.53 (N.S.)	1.26	.209 ^{NS}	.019
	TA	27	28.26	24.02 – 32.50	13.56							
Importancia pensamientos intrusivos ...	TOC	33	21.33	18.80 – 23.87	10.06	1.60	58	.114 ^{NS}	3.82 (N.S.)	1.44	.149 ^{NS}	.042
	TA	27	17.52	14.72 – 20.32	7.93							
Responsabilidad por daño	TOC	33	26.67	23.83 – 29.51	9.63	1.75	58	.086 ^{NS}	4.04 (N.S.)	1.68	.093 ^{NS}	.050
	TA	27	22.63	19.49 – 25.77	7.96							
Sobre-estimación del peligro	TOC	33	19.21	17.05 – 21.38	8.83	1.87	58	.066 ^{NS}	4.03 (N.S.)	1.65	.099 ^{NS}	.057
	TA	27	15.19	12.79 – 17.58	7.55							

NS= No significativo al 5% (P>.05)

En la tabla 11 aparece el resumen de los resultados del contraste de los factores del cuestionario IACTA-TOC. Se han encontrado diferencias altamente significativas ($P < .001$ en los dos test estadísticos) tanto en el factor Malestar como en el de Metacognitivos, con tamaños del efecto elevados, mayor aún en la primera de estas variables. Los test de Tukey por pares, indican que los casos con TOC tienen una media significativamente superior a todos los demás casos tanto en Malestar como en Metacognitivos.

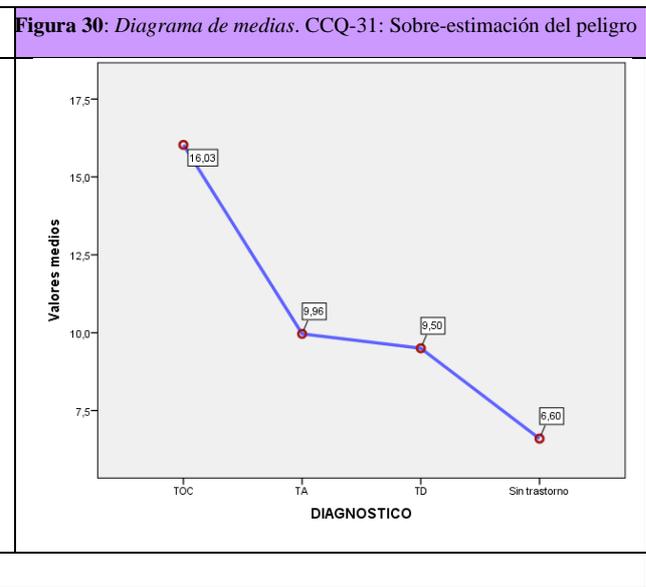
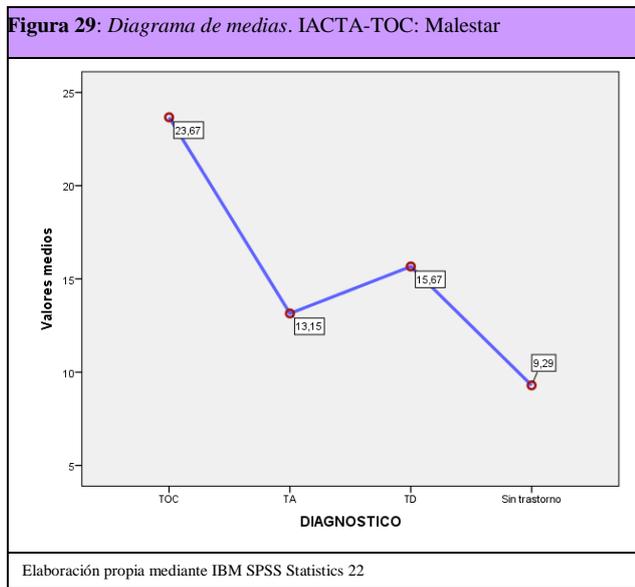
Por tanto ya sin necesidad de otro test estadístico, estos resultados nos permiten afirmar que los casos TOC tienen una media significativamente superior a los casos con TA en los factores Malestar y Metacognitivos.

Además, también se puede concluir que los sujetos sin un trastorno diagnosticado tienen menores puntuaciones (con $P < .01$) en Malestar que todos los demás sujetos. Así como que estos sujetos puntúan menos que los TA en Metacognitivos. La diferencia entre TD y sujetos sin trastorno no lograr probar la significación (aún siendo muy similar a la anterior).

Tabla 11: Test de diferencia de medias. Factores del IACTA-TOC, en función del Diagnóstico.

Variable IACTA-TOC Grupo		N	Media	IC para la media 95%	D.E.	Anova 1 factor			Tamaño efecto R ²	POST- HOC: Tukey Pares significativos	Kruskal-Wallis	
						Valor F	Gl	P			Valor	P
Malestar	TOC	33	23.67	21.67 – 25.66	4.85	64.93	3;395	.000**	.330	TOC > Sin Tr ** TOC > TA ** TOC > TD ** TD > Sin Tr ** TA > Sin Tr **	87.96	.000**
	TA	27	13.15	10.94 – 15.36	8.06							
	TD	12	15.67	12.36 – 18.99	7.94							
	Sin D.	327	9.29	8.66 – 9.93	5.62							
Metacognitivos	TOC	33	16.03	14.38 – 17.68	4.63	41.07	3;395	.000**	.238	TOC > Sin Tr ** TOC > TA ** TOC > TD ** TA > Sin Tr **	68.24	.000**
	TA	27	9.96	8.14 – 11.79	6.23							
	TD	12	9.50	6.76 – 12.24	5.30							
	Sin D.	327	6.60	6.08 – 7.12	4.69							

**=Altamente significativo al 1% (P<.01)



En la tabla 12 se resumen los resultados del contraste de los factores del TECA. Como se puede comprobar en ella, no se han encontrado diferencias que se puedan considerar como estadísticamente significativas ($P > .05$) en ninguno de ellos, resultado corroborado por ambos test inferenciales.

Tabla 12: Test de diferencia de medias. Factores del TECA, en función del Diagnóstico.

Variable TECA / Grupo		N	Media	IC para la media 95%	D.E.	Anova 1 factor			Tamaño efecto R ²	POST-HOC: Tukey Pares significativos	Kruskal-Wallis	
						Valor F	gl	P			Valor	P
Adopción de perspectivas	TOC	33	27.91	26.92 – 28.90	3.87	1.43	3;395	.232 ^{NS}	.011	N.S.	3.67	.299 ^{NS}
	TA	27	26.52	25.42 – 27.62	3.63							
	TD	12	26.58	24.94 – 28.23	2.68							
	Sin D.	327	26.96	26.64 – 27.27	2.73							
Comprensión emocional	TOC	33	29.58	28.38 – 30.77	4.61	0.40	3;395	.752 ^{NS}	.003	N.S.	1.56	.668 ^{NS}
	TA	27	29.52	28.20 – 30.84	2.75							
	TD	12	29.58	27.60 – 31.56	3.23							
	Sin D.	327	29.06	28.68 – 29.44	3.42							
Estrés empático	TOC	33	21.64	20.47 – 22.80	3.88	1.58	3;395	.193 ^{NS}	.012	N.S.	5.45	.142 ^{NS}
	TA	27	20.04	18.75 – 21.32	3.64							
	TD	12	21.00	19.07 – 22.93	3.25							
	Sin D.	327	20.39	20.02 – 20.76	3.34							
Alegria empática	TOC	33	30.58	29.58 – 31.57	2.68	1.04	3;395	.375 ^{NS}	.008	N.S.	3.95	.267 ^{NS}
	TA	27	29.41	28.31 – 30.51	2.71							
	TD	12	30.25	28.60 – 31.90	3.49							
	Sin D.	327	29.77	29.45 – 30.09	2.93							

N.S. = NO significativo (P>.05)

A continuación se contrasta la puntuación total del TECA, tanto en directas como estandarizada en centiles. Los resultados se resumen en la tabla 13. En la puntuación total en directas el test Anova no detecta significación aunque se podría decir que hay una casi significación ($P < .100$) que sin embargo no se confirma con la alternativa no paramétrica ($P > .05$). En la comparación en centiles aparece significación ($P < .05$) aunque por escaso margen que estaría debida, según Tukey porque los casos TOC se sitúan en un centil superior que los sujetos sin trastorno diagnosticado. Si bien, de nuevo, la alternativa de Kruskal-Wallis no confirma esta significación ($P > .05$).

Tabla 13: Test de diferencia de medias. Puntuación total del TECA, en función del Diagnóstico.

Variable TECA / Grupo		N	Media	IC para la media 95%	D.E.	Anova 1 factor			Tamaño efecto R ²	POST-HOC: Tukey Pares significativos	Kruskal-Wallis	
						Valor F	Gl	P			Valor	P
Punt. Total directa	TOC	33	109.70	107.14 – 112.25	9.73	2.44	3;395	.064 ^{NS}	.018	N.S.	5.42	.143 ^{NS}
	TA	27	105.48	102.66 – 108.30	8.22							
	TD	12	107.42	103.18 – 111.65	6.19							
	Sin D.	327	106.18	105.37 – 106.99	7.18							
Centiles de la Punt. total	TOC	33	39.09	33.72 – 44.46	21.78	2.68	3;395	.047 [*]	.020	TOC > Sin Tr **	4.19	.242 ^{NS}
	TA	27	30.00	24.06 – 35.94	14.92							
	TD	12	32.50	23.60 – 41.40	11.58							
	Sin D.	327	31.17	29.47 – 32.88	15.15							

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05)

Al comparar de forma específica los casos TOC con los TA (tabla 14) el test de Student indica la existencia de una casi significación (P<.100) que parece indicar que los casos TOC presentan puntuaciones sensiblemente superiores a los del grupo TA.

Tabla 14: Test de diferencia de medias. Puntuación total del TECA, comparado entre casos TOC y TA.

Variable TECA-31 / Grupo		N	Media	IC para la media 95%	D.E.	T Student			Difer. de medias absoluta con IC al 95%	Test Mann-W		Tamaño del efecto: R ²
						T	gl	P		/Z/	P	
Punt. Total directa	TOC	33	109.70	107.14 – 112.25	9.73	1.79	58	.079 ^{NS}	4.22 (N.S.)	1.64	.101 ^{NS}	.052
	TA	27	105.48	102.66 – 108.30	8.22							
Centiles de la Punt. total	TOC	33	39.09	33.72 – 44.46	21.78	1.84	58	.070 ^{NS}	9.09 (N.S.)	1.63	.103 ^{NS}	.055
	TA	27	30.00	24.06 – 35.94	14.92							

NS= No significativo al 5% (P>.05)

Todo ello nos permite afirmar que se cumple la hipótesis de partida y podemos señalar que en los resultados relativos a Empatía Total, los pacientes diagnosticados TOC presentan puntuaciones superiores a todos los grupos contrastados, trastornos de ansiedad, depresión y sujetos sanos.

- ✓ Hipótesis 2. Las personas con diagnóstico TOC / Trastorno de Ansiedad con Pensamientos Obsesivos / Sanos, mostrarán claras diferencias en relación al sentido de culpa lo que podría presuponer un valor predictivo y en su caso, herramienta de tratamiento para los pacientes de los dos primeros grupos.

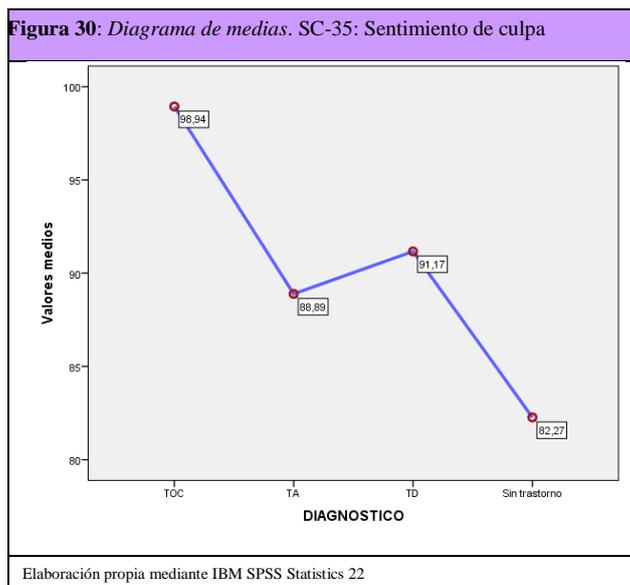
Para los contrastes destinados a responder a esta hipótesis, se ha empleado una doble estrategia. Por un lado se ha verificado la significación de la diferencia entre las medias de la puntuación total (Anova y Kuskal-Wallis, como en la anterior hipótesis, más el test de Student y su alternativa Mann-Whitney) y por otro lado puesto que la variable Sentido de Culpa (SC) genera otra variable categórica, se ha contrastado la relación entre diagnóstico y estas categorías del SC mediante el test Chi-cuadrado de independencia.

En el contraste de medias en función del diagnóstico (tabla 15) se ha encontrado diferencia estadísticamente significativa ($P < .001$ en Anova y $P < .01$ en KW) aunque equivalente a un tamaño del efecto pequeño. Los test post-hoc de Tukey, determinan que aparece una diferencia tal que nos permite afirmar que los casos TOC puntúan con valores superiores a los sujetos sanos.

Tabla 15: Test de diferencia de medias. Puntuación total del SC-35, en función del Diagnóstico.

Variable TECA / Grupo		N	Media	IC para la media 95%	D.E.	Anova 1 factor			Tamaño efecto R ²	POST-HOC: Tukey Pares significativos	Kruskal-Wallis	
						Valor F	gl	P			Valor	P
Sentimiento de culpa	TOC	33	98.94	91.84 – 106.03	27.02	7.41	3;395	.000**	.053	TOC > Sin Tr**	15.00	.002**
	TA	27	88.89	81.04 – 96.73	26.22							
	TD	12	91.17	79.40 – 102.93	28.99							
	Sin D.	327	82.27	80.02 – 84.52	12.13							

**=Altamente significativo al 1% ($P < .01$)



En el contraste específico entre los casos TOC y TA (tabla 16) la media de los TOC es superior a la media de los TA.

Tabla 16: Test de diferencia de medias. Puntuación total del SC-35, comparado entre casos TOC y TA.

Variable SC-35 / Grupo	N	Media	IC para la media 95%	D.E.	T Student			Difer. de medias absoluta con IC al 95%	Test Mann-W		Tamaño del efecto: R ²	
					T	gl	P		/Z/	P		
P. total del Sentimiento de culpa	TOC	33	98.94	91.84 – 106.03	27.02	1.45	58	.152 ^{NS}	10.05 (N.S.)	1.64	.101 ^{NS}	.035
	TA	27	88.89	81.04 – 96.73	26.22							

NS= No significativo al 5% (P>.05)

Por otro lado, al estudiar la asociación entre el diagnóstico y las categorías definidas en el Sentimiento de culpa (tabla 17) se ha observado una alta significación (P<.001) que asocia los casos TOC a los niveles de tendencia a culparse y sentimiento de culpa excesivo, y a los participantes sin diagnóstico de trastorno con el sentido de culpa considerado normal.

Cuando se consideran solo los casos TOC y TA se mantiene la significación aunque con menor potencia (P<.05) confirmando la asociación de los casos TOC con los niveles de tendencia a culparse y sentimiento de culpa excesivo, en tanto que los casos TA se vinculan al sentido de culpa de valores normales.

Tabla 17: Test Chi-cuadrado. Asociación de categorías de Sentimiento de culpa con Diagnóstico.

Diagnóstico	Sentimiento de culpa					Test Chi-cuadrado		
	Poca tendencia	SC normal	Tendencia a culparse	SC excesivo	Sc muy agobiante	Valor	gl	P
TOC	21.2% (7)	18.2% (6)	39.4% (13)	18.2% (6)	3.0% (1)	43.10	12	.000**
TA	22.2% (6)	51.9% (14)	14.8% (4)	3.7% (1)	7.4% (2)			
TD	16.7% (2)	50.0% (6)	25.0% (3)	--	8.3% (1)			
Sin trast.	26.9% (88)	52.9% (173)	17.7% (58)	2.4% (8)	--			
TOC	21.2% (7)	18.2% (6)	39.4% (13)	18.2% (6)	3.0% (1)	12.09	4	.017 *
TA	22.2% (6)	51.9% (14)	14.8% (4)	3.7% (1)	7.4% (2)			

* = Significativo al 5% (P<.05) ** = Altamente significativo al 1% (P<.01)
 En negrita las casillas que más contribuyen a la asociación

Todo ello nos permite afirmar que se cumple la hipótesis 2 de partida y podemos señalar que en los resultados relativos a Sentido de Culpa, los pacientes diagnosticados TOC presentan puntuaciones superiores a todos los grupos contrastados, trastornos de ansiedad, depresión y sujetos sanos.

6.1.- Valores de predicción y correlaciones entre las diferentes dimensiones y grupos experimentales

Para poder alcanzar el objetivo del 3º estudio y conocer hasta qué punto las variables de empatía y culpan resultarían buenos predictores de la actividad cognitiva obsesiva, hemos formado dos nuevos grupos ante los que trabajar, por un lado, aquellas personas con un diagnóstico TOC junto a las personas con Trastorno de Ansiedad con altos niveles de pensamientos obsesivos, grupo al que de forma genérica hemos denominado “Obsesivos” y por otro lado los individuos “sanos”. De esta forma, en el primer grupo tenemos a 60 personas, frente a los 327 “sanos”. Hemos calculado todas las correlaciones de forma segmentada en la submuestra de participantes sin trastorno y en la submuestra de sujetos obsesivos (PO), constituyendo, tal como indicamos en la introducción de este apartado el grupo de Pensamiento Obsesivo (PO).

Para el estudio de la asociación bivariada, dada la naturaleza cuantitativa de todas las variables hemos utilizado el coeficiente de correlación de Pearson, excepto en algunas asimetrías que producen desajuste con el modelo de la normal que se han encontrado en algunas de las variables y en esos casos hemos utilizado el coeficiente

no-paramétrico de Spearman que es más resistente a este tipo de desvíos de las variables con respecto al modelo de la normal gaussiana. De la misma manera que en los análisis de los objetivos anteriores, se ha optado por duplicar el análisis empleando ambos métodos para cada asociación, con la intención de aumentar la confiabilidad estadística, si los resultados son similares.

1) CORRELACIÓN DE LOS NIVELES DE EMPATÍA Y EL SENTIDO DE CULPA

La tabla 18 contiene los coeficientes obtenidos en los sujetos sin trastorno. Los resultados son muy similares con ambos métodos estadísticos. Se han objetivado correlaciones directas significativas en 3 de los factores. Con Adopción de perspectivas, Estrés empático y Alegría empática, se admite que una tendencia a que los sujetos con puntuaciones más altas en estos factores que discriminan empatía también tengan valores más elevados en la puntuación total referida al sentido de culpa.

Tabla 18: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores del TECA, con la Puntuación total del SC-35, en sujetos sin trastorno.				
N=327 Factor TECA	P. total en SC-35			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Adopción de perspectivas	0.272	.000**	0.278	.000**
Comprensión emocional	-0.003	.479 ^{NS}	0.008	.443 ^{NS}
Estrés empático	0.115	.019 *	0.116	.018 *
Alegría empática	0.109	.024 *	0.111	.023 *

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05) ** = Altamente significativo al 1% (P<.01)

En la tabla 19, se resumen los valores hallados con los casos Obsesivos (PO) que son de nuevo semejantes entre ambos coeficientes. Han aparecido coeficientes de correlación significativos (P<.05) en los dos factores cognitivos, según Pearson, siendo la relación directa en el caso de la Adopción de perspectivas, e inversa en el caso de la Comprensión emocional. El método de Spearman confirma la primera de ellas.

Tabla 19: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores del TECA, con la Puntuación total del SC-35, en sujetos Obsesivos.

N=60 Factor TECA	P. total en SC-35			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Adopción de perspectivas	0.240	.032 *	0.292	.012 *
Comprensión emocional	-0.234	.036 *	-0.178	.087 ^{NS}
Estrés empático	0.149	.128 ^{NS}	0.114	.192 ^{NS}
Alegría empática	-0.003	.491 ^{NS}	-0.008	.475 ^{NS}
N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05)				

Dado que como ya hemos comentado, la variable total obtenida por el test SC-35 genera otra clasificación categórica del Sentimiento de culpa, se procedió a abordar el estudio de esta asociación desde esta otra perspectiva. Para ello se ha recurrido como en análisis anteriores a la Análisis de varianza acompañado de su alternativa Kruskal-Wallis. Los resultados son muy similares a los obtenidos anteriormente cuando la variable Sentido de Culpa se ha considerado como cuantitativa.

A continuación procedimos a crear dos nuevas variables, atendiendo a las consideraciones de los creadores del test TECA, resultando dos componentes, el Componente cognitivo que resulta de la suma de las puntuaciones de los factores AP y CE y el Componente afectivo que se genera mediante la suma de los factores AE y EE.

Se analiza la correlación con la puntuación total en SC-35 de nuevo con los coeficientes de Pearson y Spearman. Los resultados se muestran en la tabla 20. Se han encontrado correlaciones altamente significativas (P<.01) en ambos procedimientos.

Tabla 20: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores Cognitivos y Afectivos del TECA, con la Puntuación total del SC-35, en sujetos sin trastorno.

N=327 Componentes de TECA	P. total en SC-35			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Componente cognitivo (AP+CE)	0.152	.003**	0.162	.002**
Componente afectivo (AE+EE)	0.164	.001**	0.177	.001**
**=Altamente significativo al 1% (P<.01)				

Por su parte, en el grupo de casos Obsesivos no se han encontrado correlaciones significativas ($P > .05$) con ninguno de los métodos

Tabla 21: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores Cognitivos y Afectivos del TECA, con la Puntuación total del SC-35, en sujetos Obsesivos.

N=60 Componentes de TECA	P. total en SC-35			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Componente cognitivo (AP+CE)	0.001	.496 ^{NS}	0.079	.273 ^{NS}
Componente afectivo (AE+EE)	0.111	.200 ^{NS}	0.066	.308 ^{NS}

N.S. = NO significativo ($P > .05$)

2) CORRELACIÓN DE LOS NIVELES DE EMPATÍA CON EL GÉNERO DE LOS PARTICIPANTES.

Para el estudio de esta asociación, dado el carácter dicotómico de la variable sexo, se recurre de nuevo a test de diferencia de medias; en concreto Student junto a su alternativa Mann-Whitney. Los resultados se presentan en la tabla 22 para los casos sin diagnóstico y en la 23 para los obsesivos.

En los primeros, se han encontrado diferencias significativas solo en dos de los factores. En Adopción de perspectivas ($P < .05$ en ambos test) la media de las mujeres es más alta que las de los hombres, al igual que en Alegría empática ($P < .05$ en Student y $P < .01$ en MW) de nuevo las mujeres puntúan más alto.

Tabla 22: Test de diferencia de medias. Factores del TECA, en función del Sexo de los sujetos sin trastorno.

Variable TECA / Grupo		N	Media	IC para la media 95%	D.E.	T Student			Difer. de medias absoluta con IC al 95%	Test Mann-W		Tamaño del efecto: R ²
						T	gl	P		/Z/	P	
Adopción de perspectivas	Hom.	81	23.36	25.77 – 26.95	2.82	-2.30	325	.022 *	0.80; 0.11–1.48	2.04	.048 ^{NS}	.016
	Muj.	246	27.15	26.82 – 27.49	2.67							
Comprensión emocional	Hom.	81	28.54	27.80 – 29.29	3.35	-1.56	325	.119 ^{NS}	0.68 (N.S.)	1.63	.104 ^{NS}	.007
	Muj.	246	29.23	28.80 – 29.66	3.44							
Estrés empático	Hom.	81	20.70	19.97 – 21.42	3.36	0.96	325	.337 ^{NS}	0.41 (N.S.)	1.01	.312 ^{NS}	.003
	Muj.	246	20.29	19.87 – 20.71	3.33							
Alegría empática	Hom.	81	29.17	28.54 – 29.81	2.80	-2.13	325	.034 *	1.80; 1.06–2.53	2.61	.009**	.014
	Muj.	246	30.97	30.60 – 31.33	2.95							

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

En el caso de los sujetos con PO (tabla 23) sólo se ha encontrado diferencia significativa ($P < .05$) en el factor Adopción de perspectivas, en el cual las mujeres puntúan más alto que los hombres.. En los otros tres factores no se ha probado la significación ($P > .05$).

Tabla 23: Test de diferencia de medias. Factores del TECA, en función del Sexo de los sujetos Obsesivos.

Variable TECA / Grupo		N	Media	IC para la media 95%	D.E.	T Student			Difer. de medias absoluta con IC al 95%	Test Mann-W		Tamaño del efecto: R^2
						T	gl	P		/Z/	P	
Adopción de perspectivas	Hom.	17	25.47	23.70 – 27.24	5.00	-2.42	58	.019 *	2.53; 0.44–4.62	2.05	.041 *	.092
	Muj.	43	28.00	26.89 – 29.11	2.98							
Comprensión emocional	Hom.	17	29.29	27.41 – 31.18	4.73	-0.32	58	.750 ^{NS}	0.36 (N.S.)	0.99	.322 ^{NS}	.002
	Muj.	43	29.65	28.47 – 30.84	3.51							
Estrés empático	Hom.	17	21.53	19.67 – 23.39	4.50	0.78	58	.440 ^{NS}	0.86 (N.S.)	0.29	.773 ^{NS}	.010
	Muj.	43	20.67	19.50 – 21.85	3.56							
Alegría empática	Hom.	17	29.47	28.14 – 30.80	2.72	-1.03	58	.306 ^{NS}	0.81 (N.S.)	1.14	.254 ^{NS}	.018
	Muj.	43	30.28	29.44 – 31.11	2.74							

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$)

3) CORRELACIÓN DEL SENTIDO DE CULPA CON EL GÉNERO DE LOS PARTICIPANTES.

Con la misma metodología de la anterior, los resultados de los test de medias realizados se resumen en las tablas 24 y 25. En los participantes sin trastorno, se ha encontrado una diferencia altamente significativa ($P < .001$) de manera que se puede admitir que las mujeres puntúan más que los hombres.

Tabla 24: Test de diferencia de medias. Puntuación total SC-35, en función del Sexo de los sujetos sin trastorno.

Variable SC-35 / Grupo		N	Media	IC para la media 95%	D.E.	T Student			Difer. de medias absoluta con IC al 95%	Test Mann-W		Tamaño del efecto: R^2
						T	gl	P		/Z/	P	
P. Total SC-35	Hom.	81	77.30	73.16 – 81.44	20.19	-2.72	325	.007**	6.61; 1.84 – 11.38	2.91	.004**	.022
	Muj.	246	83.91	81.53 – 86.28	18.52							

** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

Por su parte en los casos obsesivos (PO) aparecen diferencia altamente significativas ($P < .01$) en esta caso con un tamaño del efecto moderado bastante superior al anterior, tal que las mujeres presentan una media notablemente mayor que la media de los hombres en cuanto a Sentido de Culpa.

Tabla 25: Test de diferencia de medias. Puntuación total SC-35, en función del Sexo de los sujetos sin Obsesivos.

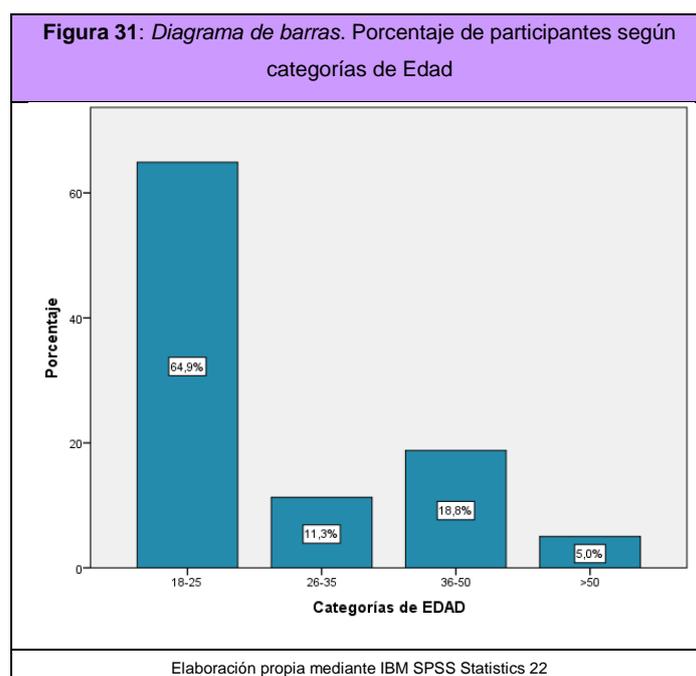
Variable SC-35 / Grupo		N	Media	IC para la media 95%	D.E.	T Student			Difer. de medias absoluta con IC al 95%	Test Mann-W		Tamaño del efecto: R^2
						T	GI	P		/Z/	P	
P. Total SC-35	Hom.	17	78.29	66.10 – 90.48	26.45	-3.13	58	.003**	22.50; 8.10–36.90	2.91	.004**	.144
	Muj.	43	100.79	93.13–108.46	24.58							

**=Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

4) CORRELACIÓN DE LOS NIVELES DE EMPATÍA CON LA EDAD DE LOS PARTICIPANTES

Para este estudio hemos categorizado la variable “Edad” en 4 niveles: de 18 a 25 años (1), de 26 a 35 (2), desde los 36 a los 50 (3) y mayores de 50 años en adelante (4).

La figura presenta la distribución de la muestra en función de estos puntos de corte. Como se observa, la mayoría de la muestra (64.9%; 259 sujetos) se encuentran en el grupo más joven y solo un 5% (20) en el de mayor edad.



En función de esto, para el estudio de la Edad con las variables cuantitativas del TECA se recurre a la metodología ya empleada del contraste de diferencias entre medias con más de grupos (Anova y KW). Se analizan los casos, segmentando la muestra como en los apartados anteriores. La tablas 26 y 27 resumen estos resultados.

En el subgrupo de participantes sin diagnóstico, no se han encontrado diferencias que se puedan considerar como estadísticamente significativas ($P > .05$) de modo que no existe relación entre las variables evaluadas por los factores de empatía evaluados a través del TECA y la variable Edad. En el grupo de casos obsesivos (PO) tampoco se han encontrado diferencias que se puedan considerar como significativas ($P > .05$).

Tabla 26: Test de diferencia de medias. Factores del TECA, según las categorías de Edad de los sujetos sin trastorno.

Variable TECA / Edad		N	Media	IC para la media 95%	D.E.	Anova 1 factor			Tamaño efecto R ²	POST-HOC: Tukey Pares significativos	Kruskal-Wallis	
						Valor F	gl	P			Valor	P
Adopción de perspectivas	18-25	222	26.90	26.54 – 27.26	2.71	0.92	3;323	.430 ^{NS}	.009	N.S.	3.43	.330 ^{NS}
	26-35	36	26.89	26.00 – 27.78	3.00							
	36-50	55	26.93	26.20 – 27.65	2.78							
	>50	14	28.14	26.71 – 29.58	1.99							
Comprensión emocional	18-25	222	29.33	28.88 – 29.78	3.36	1.76	3;323	.155 ^{NS}	.016	N.S.	5.24	.155 ^{NS}
	26-35	36	28.28	27.16 – 29.40	3.22							
	36-50	55	28.42	27.51 – 29.32	3.63							
	>50	14	29.29	27.50 – 31.08	3.87							
Estrés empático	18-25	222	20.58	20.14 – 21.02	3.26	1.84	3;323	.140 ^{NS}	.017	N.S.	5.64	.130 ^{NS}
	26-35	36	20.67	19.58 – 21.76	3.99							
	36-50	55	19.44	18.56 – 30.32	3.12							
	>50	14	20.57	18.82 – 22.32	3.25							
Alegría empática	18-25	222	29.60	29.22 – 29.99	3.09	1.03	3;323	.379 ^{NS}	.009	N.S.	1.61	.657 ^{NS}
	26-35	36	29.97	29.01 – 30.93	2.26							
	36-50	55	30.05	29.28 – 30.83	2.68							
	>50	14	30.79	29.25 – 32.32	2.58							

N.S. = NO significativo ($P > .05$)

Tabla 27: Test de diferencia de medias. Factores del TECA, según las categorías de Edad de los sujetos Obsesivos.

Variable TECA / Edad		N	Media	IC para la media 95%	D.E.	Anova 1 factor			Tamaño efecto R ²	POST-HOC: Tukey Pares significativos	Kruskal-Wallis	
						Valor F	gl	P			Valor	P
Adopción de perspectivas	18-25	31	27.58	26.18 – 28.98	3.67	0.13	3;56	.944 ^{NS}	.007	N.S.	0.42	.937 ^{NS}
	26-35	8	27.00	24.25 – 29.75	2.39							
	36-50	17	26.94	25.05 – 28.83	4.14							
	>50	4	27.00	23.11 – 30.89	6.48							
Comprensión emocional	18-25	31	29.58	28.18 – 30.98	4.22	0.55	3;56	.649 ^{NS}	.029	N.S.	2.86	.414 ^{NS}
	26-35	8	28.75	25.99 – 31.51	2.96							
	36-50	17	29.35	27.46 – 31.25	2.40							
	>50	4	31.75	27.84 – 35.66	7.36							
Estrés empático	18-25	31	20.84	19.48 – 22.20	3.12	1.39	3;56	.256 ^{NS}	.069	N.S.	5.71	.126 ^{NS}
	26-35	8	22.00	19.32 – 24.68	2.67							
	36-50	17	19.88	18.04 – 21.72	5.11							
	>50	4	23.75	19.95 – 27.55	3.86							
Alegoría empática	18-25	31	30.26	29.28 – 31.23	2.44	1.41	3;56	.250 ^{NS}	.070	N.S.	4.32	.229 ^{NS}
	26-35	8	28.75	26.83 – 30.67	1.98							
	36-50	17	29.82	28.51 – 31.14	3.30							
	>50	4	32.00	29.29 – 34.71	3.16							

N.S. = NO significativo (P>.05)

5) CORRELACIÓN DEL DE SENTIDO DE CULPA CON LA EDAD DE LOS PARTICIPANTES

En el estudio de la asociación de la puntuación total del test SC-35, sobre el sentido de culpa, con las categoría de Edad, mediante el procedimiento del contraste de diferencia entre medias, en los sujetos sin trastorno obsesivo (tabla 28) se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($P < .001$) Los test post-hoc entre pares han determinado que esta significación se debe a que los sujetos más jóvenes (18-25 años) sanos tienen puntuaciones superiores a las de los demás participantes sea cual sea su edad en relación al sentido de culpa.

Sin embargo en el caso de los sujetos obsesivos (tabla 29) no se han encontrado diferencias que se alcancen significación estadística ($P > .05$) de modo que en ellos, no se tienen evidencias estadísticas de que la Edad esté relacionada con la puntuación total del

sentido de culpa, aunque aparece una mayor tendencia en los primeros grupos entre los 18 y 25 años y va estabilizándose a partir de los 35 años en adelante.

Tabla 28: Test de diferencia de medias. Puntuación total del SC-35, según las categorías de Edad de los sujetos sin trastorno.

Variable SC-35 / Edad	N	Media	IC para la media 95%	D.E.	Anova 1 factor			Tamaño efecto R ²	POST-HOC: Tukey Pares significativos	Kruskal-Wallis		
					Valor F	gl	p			Valor	P	
Puntuación Total SC-35	18-25	222	86.31	83.90 – 88.72	18.38	11.88	3;323	.000**	.099	18-25 > 26-35 ** 18-25 > 36-50 ** 18-25 > (>50) **	31.66	.000**
	26-35	36	72.97	66.99 – 78.95	17.92							
	36-50	55	75.51	70.67 – 80.35	18.19							
	>50	14	68.64	59.05 – 78.23	16.87							

**=Altamente significativo al 1% (P<.01)

Tabla 29: Test de diferencia de medias. Puntuación total del SC-35, según las categorías de Edad de los sujetos Obsesivos.

Variable SC-35 / Edad	N	Media	IC para la media 95%	D.E.	Anova 1 factor			Tamaño efecto R ²	POST-HOC: Tukey Pares significativos	Kruskal-Wallis		
					Valor F	gl	p			Valor	P	
Puntuación Total SC-35	18-25	31	101.35	91.86 – 110.85	26.10	1.78	3;56	.160 ^{NS}	.087	N.S.	5.84	.120 ^{NS}
	26-35	8	94.63	75.94 – 113.32	32.28							
	36-50	17	84.06	71.24 – 96.88	25.58							
	>50	4	84.25	57.82 – 110.68	16.38							

N.S. = NO significativo (P>.05)

Tras esto, se procede a estudiar esta asociación utilizando la variable categórica generada por el SC-35 que divide a los casos en función de su grado de Sentimiento de culpa. Para ello se recurre al test Chi-cuadrado de independencia ya empleado con anterioridad.

En los sujetos sin trastorno (tabla 30) se encuentra de nuevo una relación significativa (P<.01) tal que los participantes de menor edad (18-25 años) se asocian con la categoría Tendencia a culparse, en tanto que el resto de participantes de los demás grupos de edad, se vinculan con la categoría Poca tendencia a la culpa. Estos resultados están en la línea de los obtenidos anteriormente en el contraste de medias (tabla 28).

Tabla 30: Test Chi-cuadrado. Asociación de categorías de Sentimiento de culpa con las categorías de Edad, en sujetos sin trastorno.

Edad	Sentimiento de culpa					Test Chi-cuadrado		
	Poca tendencia	SC normal	Tendencia a culparse	SC excesivo	Sc muy agobiante	Valor	Gl	P
18 – 25 años	19.8% (44)	55.4% (123)	21.2% (47)	3.6% (8)	--	26.13	9	.002**
26 – 35 años	41.7% (15)	50.0% (18)	8.3% (3)	--	--			
36 – 50 años	38.2% (21)	49.1% (27)	12.7% (7)	--	--			
>50 años	57.1% (8)	35.7% (5)	7.1% (1)	--	--			

** = Altamente significativo al 1% (P<.01) En negrita las casillas que más contribuyen a la asociación

En cuanto al cruce realizado en el subgrupo de sujetos obsesivos (tabla 31) y coincidiendo con lo concluido en el contraste de medias anterior (tabla 29) no se han encontrado una asociación que se pueda considerar como estadísticamente significativa (P>.05).

Tabla 31: Test Chi-cuadrado. Asociación de categorías de Sentimiento de culpa con las categorías de Edad, en sujetos obsesivos.

Edad	Sentimiento de culpa					Test Chi-cuadrado		
	Poca tendencia	SC normal	Tendencia a culparse	SC excesivo	Sc muy agobiante	Valor	Gl	P
18 – 25 años	12.9% (4)	25.8% (8)	38.7% (12)	19.4% (6)	3.2% (1)	14.64	12	.262 ^{NS}
26 – 35 años	37.5% (3)	25.0% (2)	12.5% (1)	12.5% (1)	12.5% (1)			
36 – 50 años	29.4% (5)	47.1% (8)	17.65 (3)	--	5.9% (1)			
>50 años	25.0% (1)	50.0% (2)	25.0% (1)	--	--			

N.S. = NO significativo (P>.05)

5) CORRELACIÓN DE LOS FACTORES DE ACTIVIDAD COGNITIVA CON LOS FACTORES DE CREENCIAS OBSESIVAS

Para este análisis, y dado que todas las variables que intervienen son de tipo cuantitativo, se recurre a los ya citados coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Se procede a relacionar cada uno de los dos factores del cuestionario IACTA con cada uno de los cuatro generados por CCQ-31 con ambos procedimientos y segmentado a la muestra en los mismos subgrupos ya habituales en esta parte del estudio.

La tabla 32 muestra estos coeficientes para los participantes sin diagnóstico. Se han encontrado correlaciones directas y altamente significativas ($P < .001$) entre los dos factores del IACTA y cada uno de los cuatro del CCQ-31. Los resultados son similares con ambos métodos estadísticos. Tanto en Malestar como en Metacognitivos, la intensidad de la relación es leve con el factor Perfeccionismo y necesidad de certezas, algo superior ya considerable como moderada en los factores Importancia otorgada a los pensamientos intrusivos y necesidad de controlarlos y Responsabilidad por daño. Y ya se puede considerar como elevada con el factor Sobrestimación del peligro. En todas ellas, los sujetos con valores más altos en una variable tienden a tenerlos también elevados en la otra, y viceversa.

Tabla 32: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores IACTA-TOC y los factores de CCQ-31, en sujetos sin trastorno.

N=327 Factores CCQ-31	IACTA-TOC: Malestar				IACTA-TOC: Metacognitivos			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Perfeccionismo y necesidad de ...	0.286	.000**	0.315	.000**	0.310	.000**	0.350	.000**
Importancia pensam. intrusivos ...	0.342	.000**	0.391	.000**	0.348	.000**	0.394	.000**
Responsabilidad por daño	0.345	.000**	0.362	.000**	0.318	.000**	0.342	.000**
Sobre-estimación del peligro	0.481	.000**	0.508	.000**	0.476	.000**	0.510	.000**

**=Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

La tabla 33 resume los mismos coeficientes de correlación entre los factores de ambos instrumentos en el subgrupo de casos obsesivos. Como se puede comprobar en ella, todos los coeficientes son directos y significativos, para $P < .05$ en el caso del factor Perfeccionismo y necesidad de certezas y para $P < .01$ ó $P < .001$ en los demás factores del CCQ-31. La intensidad en el primero de ellos es leve, como en los sujetos sin trastorno, pero en los demás factores ya es moderada o elevada. Estas correlaciones son iguales en cuanto al sentido, pero más intensas que las obtenidas en el otro grupo.

Tabla 33: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores ICTA-TOC y los factores de CCQ-31, en sujetos obsesivos.

N=60 Factores CCQ-31	IACTA-TOC: Malestar				IACTA-TOC: Metacognitivos			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Perfeccionismo y necesidad de ...	0.233	.037 *	0.253	.015 *	0.279	.025 *	0.292	.012 *
Importancia pensam. intrusivos ...	0.452	.000**	0.492	.000**	0.539	.000**	0.616	.000**
Responsabilidad por daño	0.407	.001**	0.436	.000**	0.518	.000**	0.526	.000**
Sobre-estimación del peligro	0.516	.000**	0.540	.000**	0.553	.000**	0.575	.000**

**=Significativo al 5% (P<.05) *=Altamente significativo al 1% (P<.01)

7) CORRELACIÓN DE LOS FACTORES DE ACTIVIDAD COGNITIVA TOC CON EL SENTIDO DE CULPA.

En los participantes sin diagnóstico (tabla 34) se han encontrado correlaciones significativas (P<.001) y directas, tales que los sujetos con puntuaciones más altas en los factores de actividad cognitiva TOC también presentan valores elevados en sentido de culpa. La intensidad de estos coeficientes (similar con ambos métodos) es elevada, un poco superior en el caso de Malestar que en el de Metacognitivos.

Tabla 34: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores ICTA-TOC y la puntuación total de SC-35, en sujetos sin trastorno.

N=327 Sentimiento de culpa	IACTA-TOC: Malestar				IACTA-TOC: Metacognitivos			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Punt. Total SC-35	0.509	.000**	0.516	.000**	0.468	.000**	0.474	.000**

**=Altamente significativo al 1% (P<.01)

En el caso de los sujetos con trastorno obsesivo (tabla 35) se mantienen correlaciones significativas (P<.001) y directas similares a las anteriores. Algo menores en intensidad, aunque siendo elevadas en el factor Malestar, aunque resultan aún más elevadas en el factor de Metacognición.

Tabla 35: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores ICTA-TOC y la puntuación total de SC-35, en sujetos obsesivos.

N=60 Sentimiento de culpa	IACTA-TOC: Malestar				IACTA-TOC: Metacognitivos			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Punt. Total SC-35	0.463	.000**	0.480	.000**	0.546	.000**	0.558	.000**

**=Altamente significativo al 1% (P<.01)

8) CORRELACIÓN DE LOS NIVELES DE EMPATÍA CON LOS FACTORES DE CREENCIAS OBSESIVAS.

En este apartado se procede a correlacionar cada uno de los factores del cuestionario TECA con los del CCQ-31. Se emplea una vez más los coeficientes de Pearson y Spearman, en la muestra segmentada.

En el subgrupo de participantes sin diagnóstico (tabla 36) se han encontrado una gran parte de coeficientes directos y significativos (al menos para P<.05) semejantes entre ambos métodos correlacionales. La única excepción (P>.05) se ha encontrado entre la Comprensión emocional y el Perfeccionismo y necesidad de certezas.

Tabla 36: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los Componentes Cognitivos del TECA con los factores de CCQ-31, en sujetos sin trastorno.

N=327 Factores CCQ-31	TECA-TOC: Adopción de perspectivas				TECA-TOC: Comprensión emocional			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Perfeccionismo y necesidad de ...	0.216	.000**	0.202	.000**	0.057	.151 ^{NS}	0.063	.129 ^{NS}
Importancia pensam. intrusivos ...	0.188	.000**	0.180	.001**	0.164	.001**	0.163	.002**
Responsabilidad por daño	0.212	.000**	0.225	.000**	0.161	.002**	0.151	.003**
Sobre-estimación del peligro	0.221	.000**	0.224	.000**	0.184	.000**	0.154	.003**

N.S. = NO significativo (P>.05) **=Altamente significativo al 1% (P<.01)

Por su parte en los sujetos obsesivos (tabla 37) se observan coeficientes de intensidad similar a los anteriores. En el factor Adopción de perspectivas, se ha encontrado relación significativa (P<.05) directa y de intensidad con Perfeccionismo y necesidad de certezas. Similar es la relación con Responsabilidad por daño, que podríamos decir que es significativa (P<.100). Con los otros dos factores no presenta

significación ($P > .05$). En cuanto al factor Comprensión emocional las relaciones que se han encontrado son inversas, y alcanzan significación estadística ($P > .05$) con la Importancia de pensamientos intrusivos según Spearman ($P < .05$).

Tabla 37: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los Componentes Cognitivos del TECA con los factores de CCQ-31, en sujetos obsesivos.

N=60 Factores CCQ-31	TECA-TOC: Adopción de perspectivas				TECA-TOC: Comprensión emocional			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Perfeccionismo y necesidad de ...	0.245	.030 *	0.299	.010 *	-0.133	.155 ^{NS}	-0.146	.133 ^{NS}
Importancia pensam. intrusivos ...	0.085	.260 ^{NS}	0.084	.261 ^{NS}	-0.156	.117 ^{NS}	-0.232	.037 *
Responsabilidad por daño	0.208	.056 ^{NS}	0.213	.051 ^{NS}	-0.181	.083 ^{NS}	-0.171	.095 ^{NS}
Sobre-estimación del peligro	0.104	.215 ^{NS}	0.156	.117 ^{NS}	-0.109	.203 ^{NS}	-0.148	.130 ^{NS}

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$)

A continuación se correlacionan los dos factores del Componente afectivo. En los sujetos sin trastorno (tabla 38) el factor Estrés empático presenta correlaciones significativas ($P < .01$); en tanto que la Alegría empática alcanza significación ($P > .05$) con la Responsabilidad por daño, aunque ésta relación es baja debido al N bajo de sujetos sin trastorno.

Tabla 38: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los Componentes Afectivos del TECA con los factores de CCQ-31, en sujetos sin trastorno.

N=327 Factores CCQ-31	TECA-TOC: Estrés empático				TECA-TOC: Alegría empática			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Perfeccionismo y necesidad de ...	0.155	.002**	0.156	.002**	0.034	.268 ^{NS}	0.029	.303 ^{NS}
Importancia pensam. intrusivos ...	0.156	.002**	0.154	.003**	0.030	.297 ^{NS}	0.024	.334 ^{NS}
Responsabilidad por daño	0.159	.002**	0.182	.000**	0.102	.032 *	0.106	.028 *
Sobre-estimación del peligro	0.179	.001**	0.173	.001**	0.001	.495 ^{NS}	0.003	.480 ^{NS}

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

Al respecto de los casos obsesivos (tabla 39) en el Estrés empático aparecen coeficientes de correlación de intensidad más elevada que los del grupo anterior, pero no alcanzan la significación ($P > .05$) de nuevo debido al N analizado. No obstante, siguen siendo coeficientes bajos, de modo que señalaremos únicamente que aparece significación entre el Estrés Empático con Perfeccionismo y necesidad de certezas.

Tabla 39: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los Componentes Afectivos del TECA con los factores de CCQ-31, en sujetos obsesivos.

N=60 Factores CCQ-31	TECA-TOC: Estrés empático				TECA-TOC: Alegría empática			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Perfeccionismo y necesidad de ...	0.292	.012 *	0.250	.027 *	0.105	.213 ^{NS}	0.066	.307 ^{NS}
Importancia pensam. intrusivos ...	0.206	.057 ^{NS}	0.207	.056 ^{NS}	-0.161	.109 ^{NS}	-0.213	.049 ^{NS}
Responsabilidad por daño	0.129	.162 ^{NS}	0.082	.266 ^{NS}	-0.009	.472 ^{NS}	-0.061	.322 ^{NS}
Sobre-estimación del peligro	0.096	.233 ^{NS}	0.052	.348 ^{NS}	-0.016	.453 ^{NS}	-0.034	.399 ^{NS}

N.S. = NO significativo (P>.05) *= Significativo al 5% (P<.05)

9) CORRELACIÓN DEL SENTIDO DE CULPA Y LOS FACTORES DE CREENCIAS OBSESIVAS.

En el estudio de esta relación en sujetos sin trastorno (tabla 40) se han observado elevados coeficientes de correlación directos y altamente significativos (P<.001) tales que los sujetos con puntuaciones más altas en SC-35 también tienden a tenerlas elevadas en todos los factores del CCQ-31.

Mientras que en los sujetos obsesivos (tabla 41) estos coeficientes siguen siendo directos y muy significativos (P<.001) y con mayor intensidad por lo que pueden ser considerados como muy elevados.

Tabla 40: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores CCQ-31 con la Puntuación total del SC-35, en sujetos sin trastorno.

N=327 Factores CCQ-31	P. total en SC-35			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Perfeccionismo y necesidad de ...	0.495	.000**	0.508	.000**
Importancia pensam. intrusivos ...	0.480	.000**	0.519	.000**
Responsabilidad por daño	0.505	.000**	0.532	.000**
Sobre-estimación del peligro	0.562	.000**	0.574	.000**

**=Altamente significativo al 1% (P<.01)

Tabla 41: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores CCQ-31 con la Puntuación total del SC-35, en sujetos obsesivos.				
Factores CCQ-31	P. total en SC-35			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Perfeccionismo y necesidad de ...	0.698	.000**	0.702	.000**
Importancia pensam. intrusivos ...	0.647	.000**	0.654	.000**
Responsabilidad por daño	0.694	.000**	0.684	.000**
Sobre-estimación del peligro	0.760	.000**	0.770	.000**
**=Altamente significativo al 1% (P<.01)				

10) CORRELACIÓN DEL SENTIDO DE CULPA CON LAS CONDUCTAS ADICTIVAS.

La descriptiva de las variables resultantes de las respuestas dadas a los ítems del test Multicage, mostró una gran homogeneidad, concentrando a la mayor parte de los sujetos en los valores bajos e incluso en el 0 indicativo de ausencia total de adicción. Esto es, sin duda, un elemento que dificulta, pero no imposibilita, la detección de correlaciones de estas variables de Multicage con cualquier otra. Por otro lado, debido a estas asimetrías, los valores hallados con el método de Spearman tienen mayor confiabilidad estadística que los obtenidos mediante Pearson, en especial en caso de discrepancia entre unos y otros.

El análisis de la relación de adicciones con sentido de culpa se resume en las tablas 42 y 43.

En los sujetos sin trastorno se han encontrado correlaciones significativas para $P < .01$ con la adicción al Alcohol, a Internet y al Gasto compulsivo, todas ellas directas es decir que se asocian los valores más altos en estas adicciones con valores más altos en SC-35, y de intensidad moderada. También aparece significación ($P < .05$) con adicción al Sexo, pero con intensidad baja. En el resto (Juego, Videojuegos y Drogas) no hay significación ($P > .05$).

Tabla 42: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores MULTICAGE con la Puntuación total del SC-35, en sujetos sin trastorno.

N=327 MULTICAGE	P. total en SC-35			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Adicción al alcohol	0.240	.000**	0.226	.000**
Adicción al juego	0.073	.095 ^{NS}	0.007	.449 ^{NS}
Adicción a las drogas	0.071	.099 ^{NS}	0.023	.336 ^{NS}
Adicción a Internet	0.323	.000**	0.326	.000**
Adicción a los videojuegos (consolas)	0.067	.114 ^{NS}	0.073	.092 ^{NS}
Adicción al gasto compulsivo	0.224	.000**	0.209	.000**
Adicción al sexo	0.126	.011 *	0.107	.027 *

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05) ** = Altamente significativo al 1% (P<.01)

Por otro lado, en el subgrupo de casos con PO (TOC+TA) se mantiene la significación (P<.01) con la adiciones al Alcohol, a Internet y al Gasto compulsivo pero todas ellas con mayor intensidad que en el otro grupo. En concreto la relación con la adicción a Internet es ya elevada. La relación con la adicción al Sexo, en cambio, ha perdido su significación (P>.05) y junto a ella se mantiene la no significación de las asociaciones con: Juego, Videojuegos y Drogas.

Tabla 43: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores MULTICAGE con la Puntuación total del SC-35, en sujetos obsesivos.

N=60 MULTICAGE	P. total en SC-35			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Adicción al alcohol	0.360	.002**	0.332	.005**
Adicción al juego	0.110	.201 ^{NS}	0.120	.180 ^{NS}
Adicción a las drogas	0.097	.231 ^{NS}	0.098	.228 ^{NS}
Adicción a Internet	0.512	.000**	0.493	.000**
Adicción a los videojuegos (consolas)	0.166	.103 ^{NS}	0.105	.212 ^{NS}
Adicción al gasto compulsivo	0.303	.009**	0.402	.001**
Adicción al sexo	0.004	.489 ^{NS}	0.028	.417 ^{NS}

N.S. = NO significativo (P>.05) ** = Altamente significativo al 1% (P<.01)

11) CORRELACIÓN DE LOS FACTORES DE CREENCIAS OBSESIVAS CON CONDUCTAS ADICTIVAS.

En los participantes sin trastorno diagnosticado, se han observado algunas relaciones directas y significativas (al menos $P < .05$) tanto de un factor como del otro, con las variables del Multicage. Ahora bien, en todos los casos los valores de los coeficientes indican que las correlaciones son de intensidad baja o muy baja. Las que más intensidad alcanzan son las de la Importancia de los pensamientos intrusivos con la adicción a Internet y con el Gasto compulsivo (tabla 44). En cuanto a los otros dos factores del CCQ-31 (tabla 45) se han encontrado correlaciones de nuevo directas y significativas (al menos para $P < .01$) con las adicciones al Alcohol, a Internet y al Gasto compulsivo. La Responsabilidad por daño también correlaciona ($P < .001$) con adicción al Videojuego, pero no así ($P > .05$) en el caso de la Sobrestimación de peligro. Pero, como está siendo regla en estos coeficientes la intensidad es baja o muy baja incluso. La que de forma reiterada no presenta significación ($P > .05$) es la adicción al Juego y a las Drogas.

Tabla 44: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores del CCQ-31 con los factores de Multicage, en sujetos sin trastorno. -Parte 1ª-

N=327 MULTICAGE	CCQ-31: Perfeccionismo y necesidad de certezas				CCQ-31: Importancia pensamientos intrusivos y necesidad de controlarlos			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Adicción al alcohol	0.182	.000**	0.202	.000**	0.166	.001**	0.203	.000**
Adicción al juego	0.047	.200 ^{NS}	0.049	.191 ^{NS}	0.143	.005**	0.052	.173 ^{NS}
Adicción a las drogas	0.020	.359 ^{NS}	0.026	.318 ^{NS}	0.072	.097 ^{NS}	0.033	.279 ^{NS}
Adicción a Internet	0.186	.000**	0.212	.000**	0.288	.000**	0.317	.000**
Adicción a los videojuegos (consolas)	0.100	.036 *	0.131	.009**	0.054	.166 ^{NS}	0.060	.139 ^{NS}
Adicción al gasto compulsivo	0.171	.001 *	0.179	.001**	0.234	.000**	0.229	.000**
Adicción al sexo	0.111	.022 *	0.090	.053 ^{NS}	0.112	.021 *	0.094	.044 *

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

Tabla 45: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores del CCQ-31 con los factores de Multicage, en sujetos sin trastorno. -Parte 2ª-

N=327 MULTICAGE	CCQ-31: Responsabilidad por daño				CCQ-31: Sobre-estimación de peligro			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Adicción al alcohol	0.186	.000**	0.214	.000**	0.211	.000**	0.230	.000**
Adicción al juego	0.096	.042 *	0.087	.058 ^{NS}	0.074	.091 ^{NS}	0.020	.362 ^{NS}
Adicción a las drogas	0.030	.293 ^{NS}	0.025	.328 ^{NS}	0.082	.069 ^{NS}	0.039	.243 ^{NS}
Adicción a Internet	0.224	.000**	0.256	.000**	0.285	.000**	0.286	.000**
Adicción a los videojuegos (consolas)	0.158	.002**	0.152	.003**	0.066	.118 ^{NS}	0.059	.144 ^{NS}
Adicción al gasto compulsivo	0.201	.000**	0.187	.000**	0.266	.000**	0.261	.000**
Adicción al sexo	0.088	.056 ^{NS}	0.102	.033 *	0.123	.013 *	0.069	.105 ^{NS}

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05) ** = Altamente significativo al 1% (P<.01)

A continuación se repite el análisis anterior con los casos obsesivos (tabla 46). En estos, tanto el factor Perfeccionismo y necesidad de certezas como el de Importancia de los pensamientos intrusivos correlaciona de forma directa y altamente significativa (P<.001) con las adiciones a Internet y al Gasto compulsivo, con intensidades moderadas superiores a la encontradas en los sujetos sin trastorno. La importancia otorgada a los pensamientos intrusivos también tiene una relación similar a estas (P<.001) con la adicción al Alcohol. El resto no alcanzan significación (P>.05) aunque algunas tienen intensidad similar a las halladas con el otro grupo.

Por otro lado (tabla 47) se mantiene la existencia de relación directa y altamente significativa (P<.001) entre la adicción al Alcohol, la de Internet y la del Gasto compulsivo, con los otros dos factores del CCQ-31, siendo sus intensidades moderadas.

Tabla 46: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores del CCQ-31 con los factores de Multicage, en sujetos obsesivos. -Parte 1ª-

N=60 MULTICAGE	CCQ-31: Perfeccionismo y necesidad de certezas				CCQ-31: Importancia pensamientos intrusivos y necesidad de controlarlos			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Adicción al alcohol	0.180	.084 ^{NS}	0.195	.067 ^{NS}	0.331	.005**	0.330	.005**
Adicción al juego	0.129	.162 ^{NS}	0.139	.144 ^{NS}	0.034	.399 ^{NS}	0.083	.265 ^{NS}
Adicción a las drogas	-0.029	.414 ^{NS}	-0.008	.476 ^{NS}	0.147	.131 ^{NS}	0.104	.215 ^{NS}
Adicción a Internet	0.366	.002**	0.405	.001**	0.410	.001**	0.385	.001**
Adicción a los videojuegos (consolas)	0.199	.064 ^{NS}	0.200	.063 ^{NS}	0.227	.041 *	0.123	.174 ^{NS}
Adicción al gasto compulsivo	0.182	.082 ^{NS}	0.319	.006**	0.269	.019 *	0.346	.003**
Adicción al sexo	-0.080	.273 ^{NS}	-0.053	.343 ^{NS}	0.105	.211 ^{NS}	0.185	.078 ^{NS}

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05) ** = Altamente significativo al 1% (P<.01)

Tabla 47: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores del CCQ-31 con los factores de Multicage, en sujetos obsesivos. -Parte 2ª-

N=60 MULTICAGE	CCQ-31: Responsabilidad por daño				CCQ-31: Sobre-estimación de peligro			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Adicción al alcohol	0.251	.026 *	0.321	.006**	0.467	.000**	0.463	.000**
Adicción al juego	0.161	.109 ^{NS}	0.177	.088 ^{NS}	0.165	.104 ^{NS}	0.154	.120 ^{NS}
Adicción a las drogas	0.073	.291 ^{NS}	0.049	.355 ^{NS}	0.226	.041 *	0.188	.075 ^{NS}
Adicción a Internet	0.318	.007**	0.324	.006**	0.399	.001**	0.401	.001**
Adicción a los videojuegos (consolas)	0.063	.317 ^{NS}	0.022	.433 ^{NS}	0.165	.103 ^{NS}	0.130	.162 ^{NS}
Adicción al gasto compulsivo	0.171	.096 ^{NS}	0.310	.008**	0.195	.068 ^{NS}	0.302	.009**
Adicción al sexo	0.053	.345 ^{NS}	0.010	.471 ^{NS}	0.012	.464 ^{NS}	-0.004	.487 ^{NS}

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05) ** = Altamente significativo al 1% (P<.01)

12) CORRELACIÓN DE LOS NIVELES DE EMPATÍA Y CONDUCTAS ADICTIVAS.

En primer lugar, se analiza la relación de los dos factores del Componente cognitivo del TECA con las variables del Multicage, segmentando como es habitual entre el grupo de sujetos sin trastorno (tabla 48) y el de los casos obsesivos (tabla 49).

En los sujetos sin trastorno, solamente se ha encontrado correlación significativa (al menos $P < .05$) entre ambos factores del Componente cognitivo y la adicción al Alcohol, aunque las intensidades son leves.

Tabla 48: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores del Componente Cognitivo del TECA con los factores de Multicage, en sujetos obsesivos.

N=327 MULTICAGE	TECA-TOC: Adopción de perspectivas				TECA-TOC: Comprensión emocional			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Adicción al alcohol	0.112	.022 *	0.117	.017 *	0.150	.003**	0.163	.002**
Adicción al juego	-0.032	.281 ^{NS}	-0.003	.475 ^{NS}	0.050	.184 ^{NS}	0.039	.240 ^{NS}
Adicción a las drogas	-0.048	.195 ^{NS}	-0.071	.100 ^{NS}	0.046	.206 ^{NS}	0.020	.362 ^{NS}
Adicción a Internet	0.051	.180 ^{NS}	0.037	.254 ^{NS}	0.059	.145 ^{NS}	0.041	.230 ^{NS}
Adicción a los videojuegos (consolas)	0.076	.086 ^{NS}	0.060	.140 ^{NS}	0.071	.099 ^{NS}	0.056	.157 ^{NS}
Adicción al gasto compulsivo	0.000	.498 ^{NS}	-0.008	.441 ^{NS}	0.087	.059 ^{NS}	0.086	.059 ^{NS}
Adicción al sexo	0.044	.215 ^{NS}	-0.007	.452 ^{NS}	0.075	.088 ^{NS}	0.087	.059 ^{NS}

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

Por su parte en la submuestra de casos obsesivos, el factor Adopción de perspectivas no correlaciona significativamente con ninguna de las variables del Multicage ($P > .05$); en tanto que la Comprensión emocional sí que correlaciona de forma inversa y significativa ($P < .05$) con la adicción a Internet y con el Gasto compulsivo, de forma tal que los sujetos con altas puntuaciones en este factor TECA tienen menos grado de adicción; siendo la intensidad moderada baja.

Tabla 49: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores del Componente Cognitivo del TECA con los factores de Multicage, en sujetos obsesivos.

N=60 MULTICAGE	TECA-TOC: Adopción de perspectivas				TECA-TOC: Comprensión emocional			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Adicción al alcohol	0.002	.495 ^{NS}	0.054	.340 ^{NS}	-0.081	.269 ^{NS}	-0.020	.439 ^{NS}
Adicción al juego	0.059	.326 ^{NS}	0.079	.273 ^{NS}	-0.189	.074 ^{NS}	-0.193	.070 ^{NS}
Adicción a las drogas	-0.124	.172 ^{NS}	-0.185	.079 ^{NS}	0.083	.264 ^{NS}	0.067	.305 ^{NS}
Adicción a Internet	0.114	.193 ^{NS}	0.164	.106 ^{NS}	-0.247	.028 [*]	-0.282	.014 [*]
Adicción a los videojuegos (consolas)	-0.027	.420 ^{NS}	-0.075	.284 ^{NS}	0.031	.408 ^{NS}	0.043	.373 ^{NS}
Adicción al gasto compulsivo	-0.045	.367 ^{NS}	0.009	.474 ^{NS}	-0.267	.020 [*]	-0.244	.030 [*]
Adicción al sexo	-0.155	.118 ^{NS}	-0.184	.080 ^{NS}	-0.060	.324 ^{NS}	-0.044	.368 ^{NS}

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05)

En los dos factores del Componente afectivo, los sujetos sin trastorno diagnosticado (tabla 50) el Estrés empático correlaciona significativamente (P<.01) con la adicción al Juego, con Drogas (P<.05), Videojuegos (P<.05) y Sexo (P<.05) siempre de forma directa, pero con intensidades leves. Por su parte, la Alegría empática está asociada con la adicción a las Drogas (P<.01) y quizás con la del Juego (P<.05 solo en Pearson) siendo de sentido inverso aunque una vez con intensidad leve/baja.

Tabla 50: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores del Componente Afectivo del TECA con los factores de Multicage, en sujetos sin trastorno.

N=327 MULTICAGE	TECA-TOC: Estrés empático				TECA-TOC: Alegría empática			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Adicción al alcohol	0.054	.166 ^{NS}	0.058	.149 ^{NS}	0.018	.372 ^{NS}	0.001	.491 ^{NS}
Adicción al juego	0.174	.001 ^{**}	0.170	.001 ^{**}	-0.117	.017 [*]	-0.089	.054 ^{NS}
Adicción a las drogas	0.123	.013 [*]	0.103	.031 [*]	-0.137	.006 ^{**}	-0.157	.002 ^{**}
Adicción a Internet	0.025	.325 ^{NS}	0.029	.299 ^{NS}	0.045	.211 ^{NS}	0.035	.262 ^{NS}
Adicción a los videojuegos (consolas)	0.110	.024 [*]	0.129	.010 [*]	-0.054	.165 ^{NS}	-0.062	.131 ^{NS}
Adicción al gasto compulsivo	0.067	.113 ^{NS}	0.061	.137 ^{NS}	-0.030	.395 ^{NS}	-0.012	.417 ^{NS}
Adicción al sexo	0.110	.024 [*]	0.097	.040 [*]	-0.033	.274 ^{NS}	-0.060	.139 ^{NS}

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05) ** = Altamente significativo al 1% (P<.01)

Por lo que respecto a los casos obsesivos, solamente se ha encontrado una correlación que alcanza significación estadística (al menos para $P < .05$) entre el Estrés empático y la adicción a las consolas de Videojuegos, siendo directa y de intensidad moderada.

Tabla 51: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores del Componente Afectivo del TECA con los factores de Multicage, en sujetos obsesivos.

N=60 MULTICAGE	TECA-TOC: Estrés empático				TECA-TOC: Alegría empática			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Adicción al alcohol	0.145	.135 ^{NS}	0.110	.202 ^{NS}	0.014	.458 ^{NS}	-0.006	.480 ^{NS}
Adicción al juego	0.003	.491 ^{NS}	0.008	.477 ^{NS}	0.046	.365 ^{NS}	0.045	.365 ^{NS}
Adicción a las drogas	-0.041	.378 ^{NS}	-0.035	.394 ^{NS}	-0.023	.429 ^{NS}	-0.028	.415 ^{NS}
Adicción a Internet	0.154	.121 ^{NS}	0.139	.145 ^{NS}	0.057	.332 ^{NS}	0.059	.327 ^{NS}
Adicción a los videojuegos (consolas)	0.413	.001**	0.279	.015*	-0.140	.143 ^{NS}	-0.109	.203 ^{NS}
Adicción al gasto compulsivo	0.054	.342 ^{NS}	0.056	.335 ^{NS}	0.186	.077 ^{NS}	0.197	.066 ^{NS}
Adicción al sexo	0.044	.369 ^{NS}	0.128	.164 ^{NS}	-0.019	.444 ^{NS}	-0.026	.421 ^{NS}

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

13) CORRELACIÓN DE ACTIVIDAD COGNITIVA TOC CON CONDUCTAS ADICTIVAS.

En los sujetos de la submuestra sin trastorno diagnosticado, se han encontrado bastantes coeficientes significativos. Tanto en el factor de Malestar como en el de pensamiento Metacognitivos, tienen relaciones directas y significativas para $P < .001$ con las adicciones a: Alcohol, Drogas, Internet y Gasto compulsivo, siendo moderada la que tienen con internet y leve la de Drogas; las otras se sitúan entre una y otra. Las demás no son significativas.

Tabla 52: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores de IACTA-TOC con los factores de Multicage, en sujetos sin trastorno.

N=327 MULTICAGE	IACTA-TOC: Malestar				IACTA-TOC: Metacognitivos			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Adicción al alcohol	0.251	.000**	0.269	.000**	0.271	.000**	0.277	.000**
Adicción al juego	0.030	.292 ^{NS}	0.025	.328 ^{NS}	0.062	.131 ^{NS}	0.077	.081 ^{NS}
Adicción a las drogas	0.143	.005**	0.153	.003**	0.179	.001**	0.195	.000**
Adicción a Internet	0.301	.000**	0.296	.000**	0.327	.000**	0.295	.000**
Adicción a los videojuegos (consolas)	0.081	.073 ^{NS}	0.101	.035 *	0.057	.154 ^{NS}	0.090	.051 ^{NS}
Adicción al gasto compulsivo	0.256	.000**	0.254	.000**	0.265	.000**	0.236	.000**
Adicción al sexo	0.089	.053 ^{NS}	0.088	.055 ^{NS}	0.081	.071 ^{NS}	0.058	.147 ^{NS}

N.S. = NO significativo (P>.05) **=Altamente significativo al 1% (P<.01)

En el subgrupo de casos obsesivos (tabla 53) los dos factores del IACTA-TOC correlacionan de forma significativa (P<.01) con las adicciones al Alcoholo y a Internet, con intensidades moderadas y de forma directa. Metacognitivos también tiene una relación similar, significativa (P<.01) directa y moderada, con el Gasto compulsivo; en tanto que Malestar la tiene con menos intensidad y solo para P<.05. En general, estos coeficientes cuando indican correlación son más elevados que los obtenidos con los sujetos sin trastorno.

Tabla 53: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores de IACTA-TOC con los factores de Multicage, en sujetos obsesivos.

N=60 MULTICAGE	IACTA-TOC: Malestar				IACTA-TOC: Metacognitivos			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Adicción al alcohol	0.388	.001**	0.420	.000**	0.342	.004**	0.351	.003**
Adicción al juego	0.143	.138 ^{NS}	0.185	.079 ^{NS}	0.143	.138 ^{NS}	0.169	.098 ^{NS}
Adicción a las drogas	0.056	.335 ^{NS}	0.046	.364 ^{NS}	0.062	.318 ^{NS}	0.033	.401 ^{NS}
Adicción a Internet	0.354	.003**	0.334	.005**	0.385	.001**	0.394	.001**
Adicción a los videojuegos (consolas)	0.129	.163 ^{NS}	0.124	.172 ^{NS}	-0.034	.397 ^{NS}	-0.023	.430 ^{NS}
Adicción al gasto compulsivo	0.230	.039 *	0.264	.021 *	0.383	.001**	0.443	.000**
Adicción al sexo	0.076	.281 ^{NS}	0.011	.468 ^{NS}	0.139	.145 ^{NS}	0.117	.187 ^{NS}

N.S. = NO significativo (P>.05) * = Significativo al 5% (P<.05) **=Altamente significativo al 1% (P<.01)

14) CORRELACIÓN DE ACTIVIDAD COGNITIVA TOC CON LOS NIVELES DE EMPATÍA.

En el grupo de sujetos participantes sin diagnóstico (tabla 54) el factor Malestar se asocia con la Adopción de perspectivas ($P < .01$) de forma directa aunque con intensidad leve, como está siendo habitual en muchos otros coeficientes calculados en este grupo. También se relaciona ($P < .05$) con el Estrés empático, con una intensidad aún algo menor que la anterior. Por su parte Metacognitivos no tienen relación significativa con ninguna de las variables del TECA.

Tabla 54: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores de IACTA-TOC con los factores de TECA, en sujetos sin trastorno.

N=327 TECA	IACTA-TOC: Malestar				IACTA-TOC: Metacognitivos			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Adopción de perspectivas	0.134	.008**	0.135	.007**	0.066	.119 ^{NS}	0.069	.108 ^{NS}
Comprensión emocional	0.064	.125 ^{NS}	0.076	.084 ^{NS}	0.075	.089 ^{NS}	0.082	.070 ^{NS}
Estrés empático	0.129	.010*	0.107	.026*	0.080	.073 ^{NS}	0.052	.175 ^{NS}
Alegría empática	-0.040	.235 ^{NS}	-0.041	.227 ^{NS}	-0.088	.057 ^{NS}	-0.086	.059 ^{NS}

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$) ** = Altamente significativo al 1% ($P < .01$)

Finalmente, en la submuestra de casos obsesivos el factor Malestar está asociado significativamente ($P < .05$) con la Adopción de perspectivas y con el Estrés empático, con intensidades mayores a las anteriores. En tanto que el factor que recoge los ítems Metacognitivos sigue sin presentar significación ($P > .05$).

Tabla 55: Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Relación de los factores de IACTA-TOC con los factores de TECA, en sujetos obsesivos.

N=60 TECA	IACTA-TOC: Malestar				IACTA-TOC: Metacognitivos			
	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig	Pearson	P-sig	Spearman	P-sig
Adopción de perspectivas	0.277	.016*	0.275	.017*	0.172	.095 ^{NS}	0.151	.125 ^{NS}
Comprensión emocional	0.109	.204 ^{NS}	0.138	.147 ^{NS}	-0.047	.361 ^{NS}	-0.044	.370 ^{NS}
Estrés empático	0.268	.019*	0.242	.031*	0.062	.319 ^{NS}	0.085	.258 ^{NS}
Alegría empática	0.122	.176 ^{NS}	0.081	.268 ^{NS}	0.036	.391 ^{NS}	-0.015	.454 ^{NS}

N.S. = NO significativo ($P > .05$) * = Significativo al 5% ($P < .05$)

En esta última parte del análisis estadístico, el objetivo es encontrar un modelo predictivo capaz de diferenciar el diagnóstico de los sujetos con patología obsesiva (TOC o TA) desde los valores de las variables resultante de la aplicación de los cuestionarios TECA y SC-35, como factores predictores.

Dado el carácter dicotómico de la variable dependiente a pronosticar (PO.: si/no) el método estadístico adecuado es la Regresión logística binaria, método que además permite obtener entre sus resultados el valor de la *Odds Ratio* (OR) que facilita la interpretación de las asociaciones.

En primer lugar se realiza un estudio univariante. Es decir se obtienen los estadísticos que describen la asociación que tiene cada factor predictor, por sí solo independientemente de los demás, con respecto a la variable criterio que se pretende predecir. La tabla 56 que sigue, resume estos resultados. Como se puede comprobar en ella, ninguno de los factores del TECA, alcanzan significación estadística ($P > .05$) como predictores únicos del diagnóstico del T.O.; como tampoco lo logra la puntuación total directa. Se podría admitir como casi significativa ($P < .100$) la capacidad predictiva del centil de la puntuación total TECA.

Las variables que sí alcanzan significación ($P < .01$) como predictores eficaces de este diagnóstico son: todas las escalas del CCQ-31 y la puntuación total del SC-35. Las OR son muy similares en todos ellos, así por ejemplo la de SC-35 indica que la probabilidad de que un sujeto sea diagnosticado como obsesivo es 1.03 mayor ($P < .001$) por cada unidad que se incremente la puntuación empírica total observada en dicho instrumento, siendo el tamaño del efecto leve. De hecho, todos los efectos observados entre los factores significativos son bajos.

Tabla 56: Regresión logística univariante. Predicción de la presencia del diagnóstico de trastorno obsesivo.

Factor predictor	Coeficiente B	E.T. (B)	OR	IC al 95% de OR	Wald	P-valor	R ²
TECA: Adopción de perspectivas	0.039	0.049	1.04	0.95 – 1.14	0.64	.425 ^{NS}	.003
TECA: Comprensión emocional	0.041	0.041	1.04	0.96 – 1.13	1.01	.316 ^{NS}	.005
TECA: Estrés empático	0.045	0.041	1.05	0.96 – 1.13	1.18	.277 ^{NS}	.005
TECA: Alegría empática	0.034	0.050	1.04	0.94 – 1.14	0.47	.492 ^{NS}	.002
TECA: Punt. Total directa	0.029	0.019	1.03	0.99 – 1.07	2.33	.127 ^{NS}	.010
TECA: Centil de la p. total	0.015	0.009	1.02	1.00 – 1.03	2.91	.088 ^{NS}	.013
CCQ-31: Perfecc. y necesidad de...	0.043	0.012	1.04	1.02 – 1.07	12.42	.000**	.055
CCQ-31: Importancia pensam. int. ...	0.050	0.017	1.05	1.02 – 1.09	8.30	.004**	.036
CCQ-31: Responsabilidad por daño	0.068	0.017	1.07	1.04 – 1.11	16.12	.000**	.073
CCQ-31: Sobre-estimación peligro	0.095	0.021	1.10	1.06 – 1.15	20.57	.000**	.091
SC-35	0.028	0.007	1.03	1.01 – 1.04	16.08	.000**	.074

N.S. = NO significativo (P>.05) ** = Altamente significativo al 1% (P<.01)

Tras esto se procedió a construir un modelo de regresión múltiple (análisis multivariante) que cuente con todos aquellos factores (de entre los significativos de la tabla anterior) que aporten una mejora en la capacidad predictiva del mismo. Para ello, el procedimiento que se ha seguido es incluir por orden de mayor a menor capacidad predictiva, los factores, añadiéndoles de uno en uno. Es el conocido como método de los pasos sucesivos. El procedimiento se detiene cuando ya no se encuentran factores que mejoren significativamente la capacidad predictiva del modelo del paso anterior.

El resultado del intento de este modelo se presenta en la tabla 57. Como se puede observar en ella, no es posible construir un modelo múltiple, ya que solo la información aportada por el factor 4 Sobrestimación del peligro del CCQ-31 tiene capacidad predictiva significativa (P<.001) cuando se utiliza de forma simultánea en presencia de los demás factores. Por tanto, la utilización de esta variable CCQ-31 hace innecesaria la utilización del SC-35. El modelo con este factor, Sobrestimación del peligro, logra un modelo predictivo significativo como ya se ha dicho, con buen ajuste (P>.05 en el test Hosmer-Lemeshow que compara el estado real de los sujetos con el predicho por el modelo; es decir que no hay diferencias significativas entre ellos) pero con poca capacidad explicativa, solamente un 9.1%. Aunque la capacidad predictiva es aparentemente buena (85% de aciertos) estos se debe sobre todo a los aciertos al predecir la ausencia de trastorno en vez de la presencia del mismo.

Tabla 57: Regresión logística Múltiple. Predicción de la presencia del diagnóstico de trastorno obsesivo.

Variables Incluidas		Coeficientes del modelo de Regresión					
		B	E.T. (B)	Wald	P-sig	OR	IC 95% de la OR
CCQ-31: Sobre-estimación peligro		0.095	0.021	20.57	.000**	1.10	1.06 – 1.15
Constante poblacional		-3.137	0.374	70.30	.000**	-	-
Variables excluidas	B	Wald	P-sig	Resumen del modelo final			
Punt. Total SC-35	0.014	2.39	.122 ^{NS}	Test Ómnibus significación modelo:		Chi ² = 20.98; P=.000**	
CCQ-31: Responsabilidad por daño	0.032	2.07	.150 ^{NS}	Bondad de ajuste (HL):		Chi ² = 8.14; P=.420 ^{NS}	
CCQ-31: Perfecc. y necesidad de...	0.019	1.66	.197 ^{NS}	Ajuste R ² Nagelkerke:		.091	
CCQ-31: Importancia pensam. int. ...	-0.001	0.00	.976 ^{NS}	Porcentaje total clasificación correcta:		85.0%	
N.S. = NO significativo (P>.05) ** = Altamente significativo al 1% (P<.01)							

Por otro lado si se desea emplear solamente la variable de la puntuación total del SC-35, se dispone de un modelo simple (tabla 58) significativo (P<.001) pero en el que ajuste es peor (habría diferencias significativas P<.05 en el test H-L, entre el estado real y el pronosticado), con baja capacidad predictiva (7.4%) y que aunque clasifica correctamente al 84.5% de los casos, es por el acierto en la detección de los sujetos que no tienen T.O. porque el acierto diagnóstico buscado es bajo.

Tabla 58: Regresión logística Múltiple. Predicción de la presencia del diagnóstico de trastorno obsesivo.

Variables Incluidas		Coeficientes del modelo de Regresión					
		B	E.T. (B)	Wald	P-sig	OR	IC 95% de la OR
Punt. Total SC-35		0.028	0.007	16.08	.000**	1.03	1.01 – 1.04
Constante poblacional		-4.144	0.653	40.28	.000**	-	-
Variables excluidas	B	Wald	P-sig	Resumen del modelo final			
				Test Ómnibus significación modelo:		Chi ² = 16.92; P=.000**	
				Bondad de ajuste (HL):		Chi ² = 16.50; P=.036 *	
				Ajuste R ² Nagelkerke:		.074	
				Porcentaje total clasificación correcta:		84.5%	
N.S. = NO significativo (P>.05) ** = Altamente significativo al 1% (P<.01)							

En resumen, no se han logrado evidencias sólidas de la capacidad predictiva de estas variables en el diagnóstico diferencial entre obsesivos y “sanos”.

7.- CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El estudio de los sesgos cognitivos en psicología y más aún en torno al procesamiento de la información tal y como se concibe desde la psicología cognitiva en su estudio tradicional de la ansiedad, entiende que el mecanismo fundamental que desencadena la reacción ansiosa es la valoración cognitiva de amenaza que realiza la persona acerca de los estímulos externos (estresores) e internos (pensamientos, sentimientos o necesidades biológicas). Los factores fisiológicos o constitucionales, cognitivos y motivacionales que predisponen al individuo a hacer interpretaciones amenazantes respecto a la situación, unidos al significado psicológico que tienen ciertas características ambientales que se producen en ese momento, son en conjunto los factores determinantes de la reacción ansiosa (Spielberg, 1966).

En el entorno del estudio del TOC que nos ocupa, resultaron especialmente interesantes para basar nuestro trabajo, la perspectiva de estos en consonancia con los profesores Cano Vindel y Fdez-Abascal, ya que desde el punto de vista de la valoración de las implicaciones personales que pueden surgir ante un estímulo determinado, es inherente establecer los mecanismos que permitirán crear intentos de reducción de la ansiedad o al menos estrategias de afrontamiento que permitan abordarlo (Fernández Abascal & Cano Vindel, 1985).

Así entendemos que en la medida en la que prestamos interés a qué especificidades tienen los estímulos que las generan, podremos establecer dichas estrategias.

Los resultados obtenidos en la fase de experimentación, nos permiten afirmar que se cumplen las dos primeras hipótesis de partida y podemos por tanto, señalar por un lado que en los resultados relativos a Empatía Total, los pacientes diagnosticados TOC presentan puntuaciones sensiblemente diferentes a todos los grupos contrastados, trastornos de ansiedad, depresión y sujetos sanos, y también que en los resultados relativos a Sentido de Culpa, los pacientes diagnosticados TOC presentan puntuaciones superiores a todos los grupos contrastados, trastornos de ansiedad, depresión y sujetos sanos. Si bien es cierto que, previsiblemente debido a la muestra utilizada así como la

distribución en términos de edad y sexo de la misma, los resultados a pesar de los ajustes estadísticos realizados pueden resultar algo inferiores a los esperados en cuanto a niveles de significación y efecto.

Estos resultados en general, entendemos que suponen una buena noticia a la hora de re-enfocar los tratamientos de los pacientes con TOC y con tendencias obsesivas. Es posible y será, confiamos, objeto de continuidad de estudio de esta tesis, que el uso de tareas y técnicas enfocadas a regular la actividad cognitiva de los pacientes haciendo hincapié en el ajuste de estas dos variables emocionales pueda ayudar a una buena evolución en el manejo cognitivo de los pacientes.

Entendemos así que las personas con TOC y con pensamientos obsesivos (aunque sin compulsiones que permitan un diagnóstico TOC), tienen más dificultades a la hora de experimentar sentimientos de empatía con respecto a la población sana. Nuestros resultados apuntan a una cierta dificultad para desarrollar las estrategias cognitivas que permiten resolver de una forma adecuada en las cuatro dimensiones de medición de la empatía, la Adopción de perspectivas, la Comprensión emocional, la Alegría empática y el Estrés empático. Es sin duda, como clínicos un reto que nos brindan estos datos el apoyar en el futuro el uso de técnicas que favorezcan el desarrollo de estas habilidades y ver en qué medida ello favorece una evolución positiva tanto de los sujetos con TOC como aquellos que aún sin diagnóstico, sufren las consecuencias de los pensamientos obsesivos.

A pesar de ello y en contra de nuestra hipótesis clínica, no existe apenas significación en cuanto a las medias en niveles de empatía en relación a los diferentes grupos de edad, ni tan siquiera en los dos grupos de obsesivos-sanos, de forma que entendemos que esa variable (edad) no supone ningún cambio respecto al enfoque de tratamiento para estos pacientes en relación a los niveles de empatía.

Con respecto al sentido de culpa, los resultados señalan que las personas sanas presentan una mayor tendencia a sentirse culpables en los rangos de edad más jóvenes, siendo la tendencia natural a ir disminuyendo con la edad, en cambio, en los pacientes con pensamientos obsesivos, no existe esa disminución, permaneciendo el sentimiento de culpa y extendiéndose en los diferentes tramos de edad evaluados. Estos resultados

sugieren que, en la medida en la que en la intervención clínica estemos atentos a resolver los conflictos cognitivos que provocan sentimientos de culpa, estaremos previsiblemente favoreciendo la remisión de los pensamientos obsesivos, ya que la tendencia es a que aumenten en su significación e intensidad con la edad.

En cuanto a los resultados que parten de la asociación entre los factores de malestar y metacogniciones, aunque la intensidad de la relación es leve con el factor que mide el perfeccionismo y necesidad de certezas, es considerable en lo referente a la importancia otorgada a los pensamientos intrusivos y a la necesidad de controlarlos e igualmente significativo en lo referente a la responsabilidad por daño. El factor que mide la sobrestimación del peligro, aparece relacionado con elevada intensidad con los factores de malestar y metacognitivos, dato que resulta coherente con la propuesta de Rachman que relaciona el error cognitivo de Fusión Pensamiento – Acción como respuesta no sólo para las personas con TOC sino para aquellas que presentan también problemas obsesivos que no llegan a cumplir los criterios necesarios para el diagnóstico.

Otro de los datos a tener en cuenta de cara al tratamiento de pacientes TOC y otros pacientes tendentes a la obsesión, tiene que ver con la clara tendencia a adicciones relacionadas con el alcohol, internet y el gasto compulsivo, frente a otros factores medidos pero no significativos (como el sexo, videojuegos, juego patológico, drogas y trastornos alimentarios), con niveles de incidencia mayores que en población sana. Una hipótesis sería si en estos factores señalados tiene mayor fuerza la inmediatez de la satisfacción de la adicción, lo que aumentaría la ejecución de conductas obsesivas en torno a ella y explica los niveles más altos de resultados en las correlaciones entre estos tres factores, la tendencia a las creencias obsesivas y el sentido de culpa.

En cuanto a otros tipos de adicciones, los resultados nos afianzan la idea de que a mayor nivel de adicción, mayor nivel de estrés empático y de falta de control de impulsos, en especial hacia la adicción al sexo – drogas – videojuegos y juego patológico, siendo curiosamente mayor en las personas “sanas” que en las personas “obsesivas”, lo que nos permite reforzar la hipótesis señalada anteriormente de que quizás las personas con tendencias obsesivas desarrollan más fácilmente adicciones de rápida satisfacción.

De esta forma y en base a nuestros resultados, no se pueden considerar la empatía y el sentido de culpa como relevantes estadísticamente a la hora de predecir la aparición de un TOC o de una tendencia a la obsesión, aunque sí tienen influencia en torno al contenido de las obsesiones y por tanto a la intervención a desarrollar con estos pacientes. Es por ello que en la práctica clínica, si se encuentran valores que vinculan ambas variables con el diagnóstico de TOC y el pensamiento obsesivo en general.

En nuestra práctica clínica, realizamos varias estrategias que guían este proceso y que nos permiten identificar la preocupación del paciente a través del reflejo de su propia percepción cognitiva y nos van a permitir crear un diseño de tratamiento ad hoc. Lo hacemos a través de una serie de tareas por escrito que la persona debe desarrollar en casa, fuera del contexto terapéutico y que se evalúa en contraste con su psicólogo en la sesión clínica. Estas tareas tienen una serie de controles temporales que han de ser estrictamente respetadas para que los efectos sean los esperados.

En estos registros cognitivos, el paciente va a reflejar “in situ” el pensamiento que le determina a sentirse como se siente. El contraste de su cognición a través de la escritura, permite en primer lugar, diferenciar entre lo que no les gusta pensar pero piensan, y externalizar la cognición. El segundo paso, consiste en transformar el mensaje para después transformar la cognición. Precipitar el cambio de fuera adentro en lugar de dentro afuera. El auto concepto en los enfermos TOC no siempre es ajustado, ya que en muchas ocasiones la vergüenza, la aversión a sus pensamientos y a los correlatos conductuales que suponen les hace crear una imagen distorsionada de sí mismos en la que lejos de poder identificarse, se crea una barrera que les va separando de su realidad, de forma que cuando se vuelven a encontrar con su verdadera verdad, se espantan y huyen creando rituales de neutralización. La técnica de la escritura permite en primer lugar un proceso de aceptación de la realidad que vive, para después poder transformarla y ser más felices...

En este sentido y siendo fieles a nuestros resultados empíricos, si conseguimos valorar las implicaciones que dependen del sentimientos de culpa y aumentamos las competencias en relación a la empatía en nuestros pacientes posiblemente mejorará su calidad de vida y se abrirán puertas a manejar sus obsesiones.

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramowitz, J.S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy*, 29, 339-355.
- Abramowitz, J.S., Franklin, M., Kozak, M., Levine, J & Foa, E. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive – compulsive disorder: A comparison of randomized and clinic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 594-602.
- Abramowitz, J.S., Foa, E.B. & Franklin, M.E. (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 394-398.
- Abramowitz, J.S., Taylor, S. & McKay, D. (2005). Potentials and limitations of cognitive treatments for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 140-147.
- Abramowitz, J.S., Brett, J.D. & Whiteside, S.P. (2012). *Exposure therapy for anxiety. Principles and practice*. Nueva York: Guilford Press.
- Albert Colomer, C. (2001). *Psicopatología del trastorno obsesivo compulsivo*. Tesis doctoral. Universidad de Córdoba, España.
- Alonso, M.P., Menchón, J.M., Pifarré, J., Mataix –Cols, D., Urretavizcaya, M., Crespo, J.M. et al. (2001). Estudio de la percepción del estilo educativo en el trastorno obsesivo compulsivo. *Psiquiatría biológica*, 8, 3, 94-99.
- American Psychiatric Association (1952) *DSM-I. Mental Disorders*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (1994) *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2001) *DSM-IV-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Edición revisada*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association.(2014) *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Andersen, S. & Thompson, B. (2012). Reply to Abramowitz et al: Animal models of OCD. *Biological Psychiatry*, 69, 9, 31-32.
- Anderson, A. & Phelps, E. (2001). Lesions of the human amygdala impair enhanced perception of emotionally salient events. *Nature*, 411, 305-309.
- Andrews, G., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. & Page, A. (1994). *The Treatment of Anxiety Disorders*. Nueva York: Cambridge University Press.

- Arcas Gujarro, S. & Cano Vindel, A. (1999). *Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada según el paradigma del procesamiento de la información*. Recuperado el 27 de noviembre de 2014, de <http://hdl.handle.net/10401/1379>
- Arenas, M.C. & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad. Una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3, 1, 20-29.
- Ávila Campos, J.E. (2014). *Análisis clínico y genético en una muestra de niños colombianos con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo*. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Colombia.
- Bados López, A. (2005). *Trastorno Obsesivo Compulsivo*. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Barcelona.
- Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, (3 Sup), 18-23.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L. & Bakermans-Kranenburg, M. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and non-anxious individuals: a meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133, 1–24.
- Bar-On, R. & Parker, J. (Eds.) (2000). *Emocional and social intelligence: insights from the emotional quotient inventory*. *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey- Bass, 363-388.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence. *Psicothema*. 18, 13-25.
- Basile, B., Mancini, F., Macaluso, E. & Caltagirone, C. (2013). *Abnormal processing of deontological guilt in Obsessive-compulsive disorder*. Recuperado el 20 de diciembre de 2014, de http://www.apc.it/wp-content/uploads/2013/06/Basile_Mancini_2013_Guilt_in_OCD_fMRI.pdf
- Basile B., Mancini F., Macaluso E., Caltagirone C., Frackoviack R., & Bozzali M. (2011). Deontological and altruistic guilt: evidence for neurobiological different substrates. *Human Brain Mapping*, 32, 2, 229-39.
- Batson, C. (1991). *The altruism question: Toward a socialpsychological answer*. Nueva York: Lawrence Erlbaum.

- Baumeister, R., Stillwell, A. & Heatherton, T. (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, *115*, 243-267.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: Meridian.
- Beck, A. (1997). The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *6*, 276-284.
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. & Clark, D. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research: An International Journal*, *1*, 23-36.
- Behobi, W., García, F., & Fernández-Álvarez, H. Psicoterapia cognitiva individual del TOC. *Salud Mental*, *36*, 4, 347-354.
- Bellack, A. & Hersen, M. (1998). *Comprehensive Clinical Psychology*. Oxford: Pergamon.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología. Vol II*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Belloch, A., Cabedo, E & Carrió, C. (2011). *TOC. Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo del trastorno obsesivo compulsivo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Borkovec, T., Robinson, E., Pruzinsky, T. & DePree, J. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, *21*, 9-16.
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, *36*, 129-148.
- Bradley, B., Mogg, K., & Millar N. (2000). Covert and overt orienting of attention to emotional faces in anxiety. *Cognition and Emotion*, *14*, 789 – 808.
- Brown, A. (1987). Metacognition, executive control, self-regulation and other mysterious mechanisms. En F. Weinert y R. Kluwe (Eds.). *Metacognition, motivation and undersatnding*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Bruno, M., Basabilbaso, J. & Cursack, C. (2013). Un estado del arte sobre estudios neurocientíficos del Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Cuadernos de Neuropsicología*, *7*, 1, 38-49.
- Cabedo, E. (2007). *Eficacia a corto y largo plazo de un programa de terapia cognitiva específica para el trastorno obsesivo-compulsivo*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.

- Calamari, J., Chik, H., Pontarelli, N. & DeJong, B. (2011). Phenomenology and Epidemiology of Obsessive Compulsive Disorder. En G. Steketee (Ed.) *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders*. Nueva York: Oxford University Press.
- Canals, J., Hernández-Martínez, C., Cosí, S. & Voltas, N. (2012). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in Spanish school children. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 746-752.
- Canals, J., Hernández-Martínez, C., Voltas, N. & Cosí S. (2013). Socio-demographic and psychopathological risk factors in obsessive-compulsive disorder: Epidemiologic study of school population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 118-126.
- Cano Vindel, A. (1997). Modelos explicativos de la emoción. En E. García Fernández-Abascal (Ed.), *Psicología General. Motivación y Emoción* (pp. 127-161). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Cano Vindel, A. (2011) Intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y estrés*, 17 (2-3), 157-184.
- Cano Vindel, A. & Miguel-Tobal, J. J. (2004). *Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad. Subescala para el Trastorno Obsesivo Compulsivo. IACTA-TOC*. (No publicado).
- Cano Vindel, A., Dongil Collado, E., Salguero, J., & Wood, C. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Informació Psicològica*, 102, 4-27.
- Carmin, C., Calamari, J. & Ownby, R. (2011). OCD and spectrum conditions in older adults. En G. Steketee (Ed.) *Oxford of obsessive compulsive and spectrum disorders*. Nueva York: Oxford University Press.
- Caro Gabalda, I. (2013). Lo cognitivo en psicoterapias cognitivas. Una reflexión crítica. *Boletín de Psicología*, 107, 3, 37-69.
- Carr, A. (1974). Compulsive neurosis: a review of the literatura. *Psychological Bulletin*, 81, 311-318.
- Casado Martín, Y. (2008). *Procesamiento emocional en personas con sintomatología obsesivo-compulsiva*. Tesis doctoral. Universidad de Málaga, España.
- Cascardo, E. y Resnik, P. (2005). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Buenos Aires: Iberlibro.

- Castelló Pons, T. (2014). El espectro Obsesivo-Compulsivo en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría*, 112, 22-27.
- Castillo Villar, M.D. (1996). *Sesgo inferencial en función de la ansiedad: el curso natural de los procesos*. Tesis Doctoral. Universidad de La Laguna, Tenerife, España.
- Castillo, J. & Corlay I. (2011). Comorbilidad entre esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo: ¿Dos entidades diferentes o un mismo espectro entre los dos trastornos? *Salud Mental*, 34, 3, 279-286.
- Chlopan, B., McCain, M. & Hagen, R. (1995). Empathy. Review of Available Measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 3, 635-653.
- Chóliz, M. (2005): *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Recuperado el 17 de noviembre de 2014, de <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Cisler, J. & Koshler, E. (2010). Mechanisms of attentional biases towards threat in the anxiety disorders: an integrative review. *Clinical Psychology Review*, 30, 2, 203-216.
- Clark, D. (2002). Commentary on cognitive domains section. En R. Frost y G. Steketee (Eds.). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment*. Oxford: Pergamon.
- Clark, D. (2004). *Cognitive-behavioural therapy for OCD*. New York: The Guilford Press.
- Clark, D. (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Clark, D. & de Silva, P. (1985). The nature of depressive and anxious thoughts: Distinct or uniform phenomena?. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 383-393.
- Clark, D. & Purdon, C. (1995). The assessment of unwanted intrusive thoughts: a review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 967-976.
- Clark, D. & Beck, A. (2012) *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Madrid: Desclée de Brower.
- Coke, J., Batson, D, & McDavis, K. (1978). Empathic mediation of helping: A two-stage model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 7, 752-766.
- Cortés, C., Uribe, C. & Vásquez, R. (2005). Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados por trastorno obsesivo compulsivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34, 2, 190-219.

- Coryel, W. (1981). Obsessive-compulsive disorder and primary unipolar depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 220-224.
- Davis, M. (1980). *A multidimensional approach to individual differences in empathy*. Recuperado el 29 de diciembre de 2014, de http://www.researchgate.net/profile/Mark_Davis18/publication/34891073_Individual_differences_in_empathy__a_multidimensional_approach_/links/0046352de2296ea54000000.pdf
- Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- Davis, M. (1996). *Empathy: A social Psychological Approach*. Nueva York: Westview Press.
- Davis, M. & Whalen, P. (2001). The amygdala: vigilance and emotion. *Molecular Psychiatry*, 6, 13-34.
- De Silva, P. & Rachman, S. (1992). *Obsessive compulsive disorder: the facts*. Oxford: Oxford University Press.
- Denys, D., Zohar, J. & Westenberg, H. (2004). The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 14, 11-17.
- Derryberry, D. & Reed, M. (2002). Anxiety-related attentional biases and their regulation by attentional control. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 225-238.
- Díaz Aguado, M.J. (1982). *El papel de la interacción entre iguales en la adaptación escolar y el desarrollo social*. Madrid: Servicio de Publicaciones del MEC.
- do Rosario-Campos, M., Leckman, J., Curi, M., Quatrano, S., Katsovitch, L., Miguel, E. et al. (2005). A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B-Neuropsychiatric Genetic*, 136, 1, 92-97.
- Dymond, R. (1950). Personality and empathy. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 343-350.
- Echeburúa, E., Corral P., & Amor, P.J. (2001) Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 116, 905-929.
- Eisenberg, N. (1986). *Altruistic emotion, cognition and behavior*. Hillsdale: LEA.

- Eisenberg, N. (2000). Emotion, Regulation, and Moral Development. *Annual Review of Psychology*, 51, 665-697.
- Eisenberg, N. & Strayer, J. (1987). *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eisenberg, N. & Fabes, R. (1998). Prosocial development. En W. Damon y N. Eisenberg (Eds). *Handbook of child psychology, 3: Social, emotional and personality development*. Nueva Jersey: Wiley.
- Emmelkamp, P., Visser, S. & Hoekstra, R. (1988). Cognitive Therapy vs exposure in vivo in treatment of obsessive-compulsives. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 1, 103-114.
- Emmelkamp, P. & Beans, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 293-300.
- Emmelkamp, P. & Van Oppen, P. (2000). Issues in Cognitive Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. En W. Goodman, M. Rudorfer & J. Maser (Eds.) *Obsessive-Compulsive Disorder. Contemporary Issues in Treatment. Personality and Clinical Psychology Series*. Nueva Jersey: Lea.
- Etxebarria Bilbo, I. (2000). Guilt: An emotion under suspicion. *Psicothema*, 12 ,1, 101-108.
- Etxebarria Bilbo, I. (2008). Emociones sociales: culpa, vergüenza, orgullo, envidia y celos. En P. Palmero & F. Martínez Sánchez (Coords.) *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- Etxebarria Bilbo, I., Isasi, X. & Pérez, J. (2002). The interpersonal nature of guilt-producing events. Age and gender differences. *Psicothema*, 14(4), 783-787.
- Etxebarria Bilbo, I., Apodaca Urquijo P., Ortiz Barón M.J., Fuentes Rebollo M.J. & López Sánchez F. (2009) Emociones morales y conducta en niños y niñas. *EduPsykhé*, 2009, 8, 1, 3-21.
- Eysenck, M., Mogg, K., May, J., Richards, A., & Mathews, A. (1991). Bias in interpretation of ambiguous sentences related to threat in anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 144-50.
- Eysenck, M. & Derakshan, N. (1997). Un marco teórico cognitivo para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 3, 121-134.
- Eysenck, M. & Eysenck, W. (2007). La teoría de los Cuatro Factores y los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 13, 283-289.

- Fernández-Abascal, E. G. (2009). *Emociones positivas*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Abascal, E. G., Martín Díaz, M. D., & Domínguez Sánchez, J. (2001). *Procesos Básicos*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Abascal, E. G., Martín Díaz, M. D. & Jiménez Sánchez, P. (2003). *Emoción y motivación: la adaptación humana*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Ramos, N. & Extremera, N. (2001) Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4, 8-9.
- Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2009). La inteligencia emocional y el estudio de la felicidad. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 16, 23, 3, 85-108.
- Fernández Pinto, I., López-Pérez, B. & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24, 2, 284-295.
- Fisher, P. & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 821-829.
- Flavell, J. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Flavell, J. (2000). Development of children's knowledge about the mental Word. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 15-23.
- Foa, E., Steketee, G. & Ozarow, B. (1985). Behavior therapy with obsessive-compulsives. En M. Mavissakalian, S. Turner & L. Michelson (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder*. Nueva York: Plenum.
- Foa, E. & Kozak, M. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 1, 20-35.
- Foa, E., Kozak, M., Goodman, W., Hollander, E., Jenike, M. & Rasmussen, S. (1995). DSMIV field trial: obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 990-996.
- Foa, E. & Kozak, M. (1996). Psychological treatments for obsessive-compulsive disorder. En M. Mavissakalian y R. Prien (Eds.). *Long-term treatments of anxiety disorders*. Nueva York: American Psychiatric Press.

- Foa, E., Kozak, M., Salkovskis, P., Coles, M. & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive– compulsive disorder scale: The Obsessive–Compulsive Inventory. *Psychological Assessment, 10*, 206-214.
- Foa, E., Yadin, E. & Lichner, T. (2012). *Exposure and response (ritual) prevention for obsessive-compulsive disorder. Therapist guide*. Nueva York: Treatments that work.
- Fonseca, E., Lemos, S., Paíno, M., Villazón, U., Sierra, S. & Muñiz, J. (2009). Evaluación de las creencias obsesivas en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 9, 3*, 351-363.
- Fox, E., Russo, R., Bowles, R. & Dutton, K. (2001). Do threatening stimuli draw or hold visual attention in subclinical anxiety? *Journal of Experimental Psychology, 130, 4*, 681-700.
- Fox, E., Russo, R. & Dutton, K. (2002). Attentional bias for threat: Evidence for delayed disengagement from Emotional faces. *Cognition and Emotion, 16, 3*, 355-379.
- Franklin, M. & Foa, E. (1998). Cognitive-behavioral treatment of obsessive compulsive disorder. En P. Nathan & J. Gorman (Eds.): *A guide to treatments that work*. Nueva York: Oxford University Press.
- Freeston, M., Ladouceur, R., Thibodeau, N. & Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population: I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy, 29*, 585-597.
- Freud, S. (1909). Análisis de la fobia en un niño. En S. Freud (1997). *Obras Completas (T. 4)*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Frost, R. & Steketee, G. (1997). Perfectionism in Obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy, 35, 4*, 291-296.
- Fulquez Castro, S.C. (2011) *La inteligencia emocional y el ajuste psicológico: un estudio transcultural*. Tesis Doctoral. Universidad Ramón Llull, Barcelona, España.
- Garcia, A., Freeman, J., Himle, M., Berman, N. (2009). Phenomenology of early childhood onset obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*, 104-111.
- García García, E. & Miguel Alonso, A. (2001). Enfermedad mental y monomanía. Estudio de tesis doctorales en España (1850-1864). *Revista de Historia de la Psicología, 22, 3-4*, 335-342.

- García Higuera, J. A. (2004). *Curso terapéutico de aceptación y compromiso I y II*. Madrid: Gesto Psicología.
- García Soriano, G. (2008). *Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones clínicas: contenidos y significado personal*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, España.
- Gardner, H. (2001). *La inteligencia reformulada*. Barcelona: Paidós.
- Garrido Gutiérrez, I. (2000). Contribución de Marañón al estudio de la emoción: semblanza histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 21,2-3, 683-692.
- Gibbs, N. y Oltmanns, T. (1995). Emotional responsiveness and obsessive – compulsive behaviour. *Cognition and Emotion*, 9, 6, 563-578.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Madrid: Kairos.
- Gómez, A., Leyton, F. & Núñez C. (2010). Terapia cognitivo conductual en pacientes con trastorno Obsesivo compulsivo resistentes a la farmacoterapia. *Archivos de Psiquiatría*, 73, 5, 1-13.
- Gondra, J.M. (2008). El Instituto de Relaciones Humanas de la Universidad de Yale y la Brigada Abraham Lincoln: las entrevistas sobre el Miedo a los voluntarios de la Guerra de España. *Revista de Historia de la Psicología*, 39, 3-4, 93-100.
- Gutiérrez Calvo, M. & García González, M.D. (1997). *Ansiedad y cognición: un modelo integrador*. Recuperado el 3 de diciembre de 2014, de <http://reme.uji.es/articulos/agutim660131299/texto.html>.
- Hall B., Tolin, D., Frost, R. & Steketee, G. (2013). An exploration of comorbid symptoms and clinical correlates of clinically significant hoarding symptoms. *Depression and Anxiety*, 30, 67-76.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hennig-Fast, K., Michl, P., Müller, J., Niedermeier, N., Coates, U., Müller, N., Engel, R. et al. (2015). Obsessive-compulsive disorder. A question of conscience? An fMRI study of behavioural and neurofunctional correlates of shame and guilt. *Journal of Psychiatric Research*, 68, 354-362.
- Herrero Gómez, V. & Cano Vindel, A. (2010). Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: evaluación, tratamiento y seguimiento. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 53-59.

- Hettema, J., Neale, M. & Kendler, K. (2001). A review of meta – analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 10, 1568-1578.
- Hinkle, D., Wiersma, W. & Jurs, S. (2003). *Applied Statistic for the Behavioral Sciences*. Boston: Houghton Mifflin.
- Hoffman, M. (1982). Development of prosocial motivation: Empathy and guilt. En N. Eisenberg (Ed.), *The development of prosocial Behavior* (281-313). Nueva York: Academic Press.
- Hoffman, M. (1983). Affective and cognitive processes in moral internalization: An information processing approach. En E.T. Higgins, D. Ruble, & W. Hartup (Eds.), *Social Cognition and Social Development: A Socio-Cultural Perspective* (236-274) Cambridge: Cambridge University Press.
- Hoffman, M. (1985). Affect, motivation, and cognition. En E.T. Higgins & R.M. Sorrentino (Eds.), *Handbook of Motivation and Cognition: Foundations of Social Behavior* (244-280). Nueva York: Guilford.
- Hoffman, M. (1987). The contribution of empathy to justice and moral judgment. En N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (47-80). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hoffman, M. (1990). Empathy and justice motivation. *Motivation and Emotion*, 4, 151-172.
- Hoffman, M. (1997). Varieties of empathy-based guilt. En J. Bybee (Ed.), *Guilt in children*. Nueva York: Academic Press.
- Hoffman, M. (2000). *Desarrollo moral y empatía*. Madrid: Idea Books.
- Hoffman, M. (2001). A comprehensive theory of prosocial moral development. D. Stipek & A. Bohart (Eds.), *Constructive and destructive behavior*. (61-86). Washington: American Psychological Association.
- Hogan, R. (1969). Development of an Empathy Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 307-316
- Hollander, E., Kim S., Braun, A. Simeon, D. & Zohar, J. (2009). Cross-cutting issues and future directions for the OCD spectrum. *Psychiatry research*, 170. 3-6.
- Iruarrizaga Díez I. (2010). ¿Cómo diagnosticar un trastorno de estrés postraumático? *Crítica*, 968, 62-65.
- Iruarrizaga Díez I. (2011) Sufrimiento, culpa y muerte como causas de ansiedad y depresión. *Revista Crítica*, 974. 21-24.

- Jones, W., Kugler, K. & Adams, P. (1995). You always hurt the one you love: Guilt and transgressions against relationship partners. En K. Fisher & J. Tangney (Eds.), *Selfconscious emotions (301-321)*. Nueva York: Guilford.
- Karno, M., Golding, J., Sorenson, S. & Burnam, A. (1988). The epidemiology of obsessivecompulsive disorder in five United States communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Kohlberg, L. (1971). From is to ought. En Mischel, T (Ed.) *Cognitive Development and Epistemology*. Nueva York: Academic Press.
- Koster, E., Leyman, L., De Raedt, R. & Crombez, G. (2006). Cueing of visual attention by emotional facial expressions: The influence of individual differences in anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*, 41, 329-339.
- Kozak, M., Foa, E. & McCarthy, P. (1987). Obsessive-compulsive disorder. En C. Last y M. Hersen (Eds.) *Handbook of anxiety disorders*. Nueva York: Pergamon Press.
- Kozak, M. & Foa, E. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach*. Nueva York: Psychological Corporation.
- Ladouceur, R., Gosselin, P. & Dugas, M. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 933-941.
- Laorden Gutiérrez, C. (2005) Educar emociones. Un instrumento para trabajar el “sentimiento de culpa”. *Revista Pulso*, 28, 125-138.
- Lazarus, A. (1965). Behavior therapy, incomplete treatment, and symptom substitution, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 140, 1, 80-86.
- Leahy, R. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 177-190.
- Leahy, R. & Holland, J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders (Clinician Toolbox)*. Nueva York: Guilford Press.
- Leal, L. (2013). *Validación del Inventario de actividad cognitiva en los trastornos de ansiedad, subescala para el trastorno obsesivo-compulsivo (IACTA - TOC)*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, España..
- Lochner, C., Seedat, S., Hemmings, S., Kinnear, C., Corfield, V., Niehaus, D., Moolman-Smook, J. & Stein, D. (2004). Dissociative experiences in obsessive – compulsive disorder and trichotillomania: clinical and genetic findings. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 5, 384-91.

- Lochner, C., Kinnear, C., Hemmings, S., Seller, C., Niehaus, D., Knowles, J., Daniels, W., Moolman-Smook, J., et al. (2005) Hoarding in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 9, 1155-1160.
- Loízaga, S. (2003). *Tratamientos cognitivos para personas que padecen el TOC*. Tesis doctoral. Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina.
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I. & Abad, F. J. (2008). *TECA, Test de Empatía Cognitiva y Afectiva*. Madrid: Tea Ediciones.
- Mancini, F. & Gangemi, A. (2004) Fear of guilt from behaving irresponsibly in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 109-120.
- Marks, I. (1987). *Fears, phobias and rituals. Panic, Anxiety and their Disorders*. Nueva York: Claredon Press.
- Marks, I. & O'Sullivan, G. (1989). Anti-anxiety drug and psychological treatment effects in agoraphobia/panic and obsessive – compulsive disorders. En Tyrer, P., *Psychopharmacology of Anxiety*, 196-242.
- Martí Noguera, J.J. (2011). *Responsabilidad social universitaria: estudio acerca de los comportamientos, los valores y la empatía en estudiantes de universidades iberoamericanas*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, España.
- Martínez M.P. & Belloch, A. (2004) Tratamiento Cognitivo – Conductual para la hipocondría. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4,2, 299-311.
- Mataix-Cols, D. & Pertusa, A. Annual research review: hoarding disorder, potencial benefits and pitfalls of a new mental disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 5, 608-618.
- Mateos, M. (2001). *Metacognición y educación*. Buenos Aires: Aique.
- Mathews A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 455-468.
- Mathews, A. & Mackintosh, B. (1998). A cognitive model of selective processing in anxiety. *Cognitive therapy and research*, 22, 6, 539-560.
- Mathews, G. & Wells, A. (2000). Attention, automaticity, and affective disorder. *Behavior Modification*, 24, 69–93.

- Mathis, M.A., Alvarenga, P., Funaro, R., Torresan, R., Moraes, I. & Torres, A. (2011) Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33, 4, 390-399.
- Mayor, J., A. Suengas & J. González (1995). *Estrategias metacognitivas*. Madrid: Síntesis.
- McCobs, B. (1993). "Intervenciones educativas para potenciar la metacognición y el aprendizaje autorregulado". En Beltrán, J., Bermejo, V., Prieto, M.D. y Vence, D. *Intervención psicopedagógica*. Madrid: Pirámide.
- McFall M. & Wollersheim J. (1979). Obsessive-compulsive neurosis-cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive. Therapy. Research*,3, 333-348.
- McLeod, C. & Mathews, A. (1988). Anxiety and the allocation of attention to threat. *Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology*, 38, 659-670.
- McNally, R. (1995). Automaticity and the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 747-754.
- McNally, R. (1996). Cognitive bias in the anxiety disorders. En: Hope, D. (Ed.) *Nebraska Symposium on Motivation, 1995: perspectives on anxiety, panic, and fear*. Nebraska: University of Nebraska Press.
- McNally, R., Kaspi, S., Bradley, C. & Zeitlin, S. (1990) Selective processing of threat cues in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 398-402.
- Mead, G (1934). *Espíritu, persona y sociedad*. Barcelona: Paidós.
- Mercado Romero, F. (2004). *Sesgos atencionales en la ansiedad rasgo y en la ansiedad estado: un estudio electrofisiológico de actividad cerebral*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Mestre Escrivá, V., Frías Navarro M.D. & Samper García P. (2004) La medida de la empatía: análisis del interpersonal reactivity index. *Psicothema*. 16, 2. 255-260.
- Mogg, K. & Bradley, B. (1998). A cognitive-motivational analysis of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 809-848.
- Molero, C., Esteban, C. & Saiz, E. (1998). Revisión histórica del concepto de inteligencia: una aproximación a la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30, 1, 11-30.

- Moors, A. & De Houwer, J. (2006). Automaticity: a theoretical and conceptual analysis. *Psychological Bulletin*, *132*, 297–326.
- Morgade Salgado, M. (2000). Del valor estético de la empatía al negocio inteligente de las emociones: la psicología estética de Theodor Lipps a las puertas del tercer milenio. *Revista de historia de la psicología*, *21*, 2-3, 359-372.
- Morillo, C. (2004). *De los pensamientos intrusos a las obsesiones clínicas: un acercamiento metacognitivo al trastorno obsesivo compulsivo*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, España.
- Moses, L. & Baird, J. (1999). Metacognition. En Wilson, R. (Ed.). *Encyclopedia of cognitive neuroscience*. Cambridge: MIT Press.
- Myers, S. & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: the contributions of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*, 806-817.
- Nestadt, G., Samuels J., Riddle, M., Liang, K., Bienvenu, O. & Hoehn-Saric, R. (2001). The relationship between obsessive – compulsive disorder and anxiety and affective disorders: Results from the John Hopkins OCD family study. *Psychological Medicine*, *31*, 481-487.
- Nestadt, G., Grados, M., & Samuels, J. F. (2010). Genetics of obsessivecompulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *33*, *1*, 141-158.
- Neziroglu, F., Hericksen, M.A. & Yaryura, J.A. (2006). Psicoterapia del trastorno obsesivo-compulsivo y del espectro obsesivo-compulsivo: hechos establecidos y avances, 1995 - 2005. *Psychiatric Clinics of North America*, *29*. 585-604.
- Nicolini, H., Arnold, P., Nestadt, G., Lanzagorta, N. & Kennedy, J. L. (2009). Overview of genetics and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *170*, 1,7-14.
- Niler, E. & Beck, S. (1989). The relationship among guilt, anxiety and obsessions in a normal population. *Behaviour Research and Therapy*, *27*, 213-220.
- Nisbet, J. & Shucksmith, J. (1997). *Estrategias de aprendizaje*. Madrid: Santillana.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (1997). Cognitive assessment of obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (2001). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ) and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 997-1006.

- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (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 (OCCWG) (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.
- Odriozola González, P. (2011). *El papel del pensamiento mágico en las alucinaciones y el trastorno obsesivo compulsivo. Comparación entre grupos clínicos y no clínicos*. Tesis doctoral: Universidad de Oviedo, España.
- Öhman, A. (1996). Preferential preattentive processing of threat in anxiety: preparedness and attentional biases. En R. Rapee (Ed.) *Current controversies in the anxiety Disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Öhman, A. (2005). The role of the amígdala in human fear: automatic detection of threat. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 953-958.
- Öhman, A. & Wiens, S. (2004). The concept of an involved fear module and cognitive theories of anxiety. Feelings and emotions. *Annals of Amsterdam Symposium*.
- Olmo Romero-Nieva, F. del (2007). *Obsesiones y compulsiones*. Recuperado el 10 de noviembre de 2014, de http://www.revistahospitalarias.org/info_2007/03_189_07.htm.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2014). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Ginebra: WHO Document Production Services.
- Ortiz, M.J., Apodaca, P., Etxebarria, I., Fuentes, M.J. & López, F. (2011). Papel de los padres y madres en la regulación moral de los niños y en la conducta prosocial y agresiva con los compañeros. *Infancia y aprendizaje*, 34, 3, 365-380.
- Palmero, F.; Fernández-Abascal, E.G.; Martínez, F. & Chóliz, M. (2002). *Psicología de la Motivación y la Emoción*. Madrid: McGraw Hill.
- Parke, R. (2002). Fathers and families. En M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting III*, 27-73. Londres: LEA.
- Pauls, D. L. (2010). The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12, 2, 149-163.
- Pedrero Pérez, E., Rodríguez Monje, M, Gallardo Alonso, F, Fernández Girón, M, Pérez López, M & Chicarro Romero, J. (2007). Validación de un instrumento para la

- detección de trastornos de control de impulsos y adicciones: el MULTICAGE CAD-4. *Atención Primaria*, 9, 4, 269-278.
- Pérez Díaz-Flor, C. & Arias Fera, C. (1997). ¿Trato mal el trato? Cómo conseguir un buen trato en contrato. *Cuadernos de Trabajo Social*, 10, 111-124.
- Pérez-Domínguez G., Martín-Santos R., Bulbena, A. & Berrios, G. (2000). Sentimiento de culpa. En: A. Bulbena, G. Berrios & P. Fernández de Larrinoa (Eds.) *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona: Masson, 179-183.
- Pérez Garijo, J., Ruipérez Rodríguez, M.A. & Barros Loscertales, A. (2010). Neurobiología del trastorno obsesivo – compulsivo: aportaciones desde la resonancia magnética funcional (II). *Revista de neurología*, 50, 9, 541-550.
- Petrides, K. & Furham, A. (2001). Trait emotional intelligence: psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425-488.
- Piliavin, J., Dovidio, J., Gaertner, S., & Clark, R. (1981). *Emergency intervention*. Nueva York: Academic Press
- Pooley, E., Fineberg, N. & Harrison, P. (2007). The met(158) allele of catechol-O-methyltransferase (COMT) is associated with obsessive-compulsive disorder in men: case-control study and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 12, 6, 556-561.
- Posner, M. & Rothbart, M. (2000). Developing mechanisms of self-regulation. *Development and Psychopathology*, 12, 427-441.
- Purdon, C. & Clark, D. (1999). Metacognition and Cognitive Behaviour Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 2, 102-110.
- Quiles Z. N. & Bylbee, J. (1997). Chronic and predispositional guilt: Relations to mental health, prosocial behavior and religiosity. *Journal of Personality Assessment*, 69, 104-126.
- Rachman, S. (1974). Primary obsessional slowness. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 9-18.
- Rachman, S. (1981). 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. *Behavior Research and Therapy*, 35, 9, 793-802.

- Rachman, S. (2004). Fear of contamination. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1227-1255.
- Rachman, S., Cobb, J., Gray, S., McDonald, R., Mawson, D., Sartory, G. & Stern, R. (1979). The behavioural treatment of obsessional-compulsive disorders with and without clomipramine. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 467-478.
- Rachman, S. & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Nueva York: Prentice Hall.
- Rachman, S. & Shafran, R. (1998). Cognitive behavioural features of obsessive-compulsive disorder. En R. Swinson, M. Antony, S. Rachman & M. Richter (Eds). *Obsessive-compulsive disorder: theory, research and treatment*. Nueva York: Guilford Publications.
- Ramos Cejudo, J. & Cano Vindel. A. (2008). Tratamiento cognitivo conductual de un caso de trastorno por ansiedad generalizada: el componente cognitivo. *Ansiedad y Estrés*, 14, 2-3, 305-319.
- Rapoport, J.L. (1989). Biología de las obsesiones y las compulsiones. *Investigación y Ciencia*, 152, 64-71.
- Rasmussen, S. & Eisen, J. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-757.
- Rasmussen, S., Jane, M. & Eisen, J. (2001). Epidemiología y rasgos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo. En M. Jenike, L. Baer & W. Minichiello (Eds.) *Trastornos obsesivo-compulsivos. Manejo práctico*. Madrid: Harcourt.
- Real Academia Española (RAE) (2002). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa.
- Retuerto Pastor, A. (2004). *Diferencias en empatía en función de las variables género y edad*. *Apuntes de Psicología*, 22. 3, 323-339.
- Richards, A. & French, C. (1992). An anxiety-related bias in semantic activation when processing threat/neutral homographs. *Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology*, 45, 503-25.
- Rodríguez-Biglieri, N. & Vetere, G. (2008). Adaptación argentina del Cuestionario de Creencias Obsesivas, *Interdisciplinaria*, 25, 1, 53-76.
- Royzman, E. & Rozin, P. (2006). The promiscuity of sympathy: The differential role of prior emotional attachment in sympathy and sympathetic joy. *Emotion*, 6, 82-93.

- Rueda Gallego, P. (2014). *Reconocimiento emocional, empatía y su relación con la felicidad y el afecto en adolescentes con síndrome de Asperger*. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga, España..
- Ruiz Caballero, J.A. & Bermúdez Moreno, J. (1992). Estado de ánimo depresivo, atención dividida y procesamiento de información emocional. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45, 1 43-47.
- Ruscio, A.; Stein, D., Chiu, W. & Kessler, R. (2010). The epidemiology of obsessive – compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53-63.
- Salguero, J.M. & Iruarrizaga Díez, I. (2006). Relaciones entre inteligencia emocional y emocionalidad negativa. Ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y estrés*, 12, 2-3, 207-221.
- Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behaviour and Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677–682.
- Salkovskis, P. & Warwick, H. (1985). Cognitive therapy of Obsessive –compulsive disorder: Treating treatment failures. *Behavioural Psychotherapy*, 13, 243-255.
- Salkovskis, P., Wroe, A., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E. Richards, C., Reynolds, M. & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of Obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 4, 347-372.
- Salkovskis, P. & Freeston, M. (2001). Obsessions, compulsions, motivation and responsibility for harm. *Australian Journal of Psychology*, 53, 1-6.
- Salkovskis, P. & Forrester, E. (2002). Responsibility. En R. Frost & G. Steketee (Eds.) *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assesment and treatment*. Amsterdam: Pergamon.
- Salkovskis, P. & Wahl, K. (2003). Treating obsessional problems using cognitive-behavioural therapy. En M. Reinecke & D. Clark (Eds.) *Cognitive Therapy across the lifespan: Evidence and practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 138-171.

- Sánchez López, A. (2011). *Atención selectiva como mecanismo de regulación emocional y factor de vulnerabilidad a la depresión*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Shiffrin, R. & Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending and a general theory. *Psychological Review*, 84, 127-190.
- Shafran, R., Watkins, E. & Charman, T. (1996). Guilt in Obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 509-516.
- Shah, D., Pesiridou, A., Baltuch, G., Malone, D. & O'Reardon, J. (2008). Functional neurosurgery in the treatment of severe obsessive compulsive disorder and major depression: overview of disease circuits and therapeutic targeting for the clinician. *Psychiatry*, 5, 9, 24-33.
- Shapiro, L. & Stewart, E. (2011). Pathological Guilt: A persistent yet overlooked treatment factor in Obsessive – compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23, 1, 63-70.
- Stein, D. J. (2000). Advances in the neurobiology of obsessive-compulsive disorder. Implications for conceptualizing putative obsessive-compulsive and spectrum disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 3, 545-562.
- Steketee, G. (2011) *The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders*. Nueva York: Oxford University Press.
- Steketee, G., Grayson, J. & Foa, E. (1985). Obsessive-compulsive Disorder: differences between washers and checkers. *Behavior Research Therapy*, 23, 197-201.
- Steketee, G. & Shapiro, L. (1993). Obsessive compulsive disorder. En A. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Handbook of behavior therapy in psychiatric setting*. Nueva York: Plenum.
- Steketee, G. & McKay, M. (1998). *Overcoming Obsessive – compulsive disorder. A behavioral and cognitive protocol for the treatment of OCD (Client manual)*. Nueva York: Publishers Group West.
- Steketee, G., Eisen, J., Dyck, I., Warshaw, M. & Rasmussen, S. (1999). Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 89, 229-238.
- Steketee, G., Chambless, D. & Tran, G. (2001). Effects of axis I and II comorbidity on Behavior therapy outcome for obsessive – compulsive disorder and agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 1, 76-86.

- Steketee, G. & Frost R. (2007). *Compulsive hoarding and acquiring: Therapist guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Stotland, E. (1969). Exploratory Investigations of Empathy. En L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, (Vol. 4), Londres: Academic Press.
- Tallis, F. (1996). Compulsive washing in the absence of phobic and illness anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 361-362.
- Taylor, S. (2002). Cognition in obsessive compulsive disorder: an overview. En R. Frost & G. Steketee (Eds.). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, research and treatment*. Oxford: Pergamon.
- Tolin, D., Stevens, M., Villavicencio, A., Norberg, M., Calhoun, V. & Frost, R. (2012). Neural mechanisms in make decisions in hoarding disorder. *Archives of General Psychiatry*, 69, 832-41.
- Tripp, G., Tan, S. & Milne, J. (1995). Risk perception and anxiety. *New Zealand Journal of Psychology*, 24, 37-43.
- Tucker, G.J. (1998). Putting DSM-IV in Perspective. *American Journal of Psychiatry*, 155, 2, 159-61.
- Turner, R., Steketee, S. & Foa, E. (1979). Fear of criticism in washers, checkers and phobics. *Behavior Research Therapy*, 17, 79-81.
- Ugarriza Chaves, N. (2001). *La evaluación de la Inteligencia Emocional a través del Inventario de BarOn (I - CE) en una muestra de Lima metropolitana*. Lima. Ediciones Libro Amigo.
- Vallejo Pareja, M.A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo – compulsivo. *Psicothema*. 13, 3, 419-427.
- Volling, B., McElwain, N., Notaro, P. & Herrera, C. (2002). Parent's emotional availability and infant emocional competente: Predictors of parent – infant attachment and emerging self regulation. *Journal of Family Psychology*, 16, 447-465.
- Weissman, M., Bland, R., Canino, G., Greenwald, S., Hwu, H., Lee, C., Newman, S., et al. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5–10.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Nueva Jersey: Wiley.

- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Nueva Jersey: Wiley.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 867–870.
- Wells, A. & Papageorgiov, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behaviour Therapy*, 29, 357-370.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C. (2009). Metacognitive Therapy in Recurrent and Persistent Depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 3, 291-300.
- Williams, J., Watts, F., MacLeod, C. & Mathews, A. (1988) *Cognitive psychology and emotional disorders*. Nueva Jersey: Wiley.
- Williams, J., Mathews, A. & MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120, 3–24.
- Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 314-321.
- Wispé, L. (1987). History of the concept of empathy. En N. Eisenberg y J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (17-37). Cambridge: Cambridge University Press.
- Yaryura-Tobías J. & Neziroglu F. (1997). *Trastornos Obsesivo-Compulsivos*. Madrid: Harcourt Brace.
- Yiend, J. (2004) (Ed.). *Cognition, emotion and psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press.

9.- ANEXOS

Estimado Sr/Sra. Le presentamos a continuación un cuadernillo con 5 cuestionarios, elaborado para conocer y evaluar la actividad cognitiva en relación a determinadas variables emocionales, que surge en el marco de una investigación predoctoral en la Facultad de Psicología de la UCM.

En cada uno de los cuestionarios, encontrará las instrucciones para responderlo. Le rogamos que conteste con absoluta sinceridad a todas las cuestiones planteadas; en caso de duda responda la opción que más se acerque a describir su criterio.

Sus respuestas son de gran importancia para la validez de este estudio.

Muchas gracias por su colaboración

Los datos que solicitamos a continuación son de carácter anónimo siendo necesarios únicamente para su procesamiento estadístico:

Edad: _____ Sexo: Varón Mujer País de procedencia: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Vive en pareja

Tiene pareja pero no conviven ¿Tiene hijos?: Si No Número de hijos: _____

Numero de hermanos: _____ Lugar que ocupa entre ellos: _____

Con quien vive: _____

Trabaja actualmente: Si No Profesión _____

¿Se encuentra en tratamiento psicológico o psiquiátrico? Si No .

¿Ha recibido tratamiento psicológico? Si No .

En caso afirmativo, ¿durante cuantos meses? _____

¿Ha recibido tratamiento psiquiátrico? Si No .

En caso afirmativo, ¿durante cuantos meses? _____

¿Recibió medicación? Si No .

En caso afirmativo especificar _____

¿Ha recibido algún diagnostico psicológico o psiquiátrico?

En caso afirmativo especificar cual _____

Este cuestionario, lo está realizando en: Facultad

Consulta de Psicología

Centro Privado de Formación

Para cualquier aclaración, observación o comentario, pueden dirigirse a M^a Jesús Boticario Galavís, en la dirección de correo electrónico: mboticario@ucm.es

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

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

INSTRUCCIONES

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

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

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

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

Copyright © 2004 by Antonio Cano-Vindel
 Facultad de Psicología. Univ. Complutense de Madrid. 28223 Madrid. canovindel@psi.ucm.es

Cuestionario de Creencias Obsesivas (CCO-31)

Este inventario presenta una lista de diferentes opiniones o creencias que las personas sostienen en algunas ocasiones. Lea cuidadosamente cada frase e indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con ella. En cada frase elija el número que represente la respuesta que mejor describa su manera de pensar. Dado que las personas son diferentes, no existen respuestas correctas o incorrectas. Para decidir si una afirmación es típica de su forma de ver las cosas, simplemente tenga en mente cómo es usted generalmente.

Utilice la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6	7
Muy en desacuerdo	Moderada- mente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Moderada- mente de acuerdo	Muy de acuerdo

Al hacer sus evaluaciones, intente evitar utilizar el punto medio de la escala (4), más bien indique si usted normalmente está de acuerdo o en desacuerdo con las afirmaciones basándose en sus propias creencias y actitudes.

1.- A menudo pienso que las cosas a mi alrededor son peligrosas.

1 2 3 4 5 6 7

2.- Las cosas deberían ser perfectas, según mis propias reglas.

1 2 3 4 5 6 7

3.- Para ser una persona importante debo ser perfecto en todo lo que hago.

1 2 3 4 5 6 7

4.- Debo intentar prevenir daños, cueste lo que cueste, aunque sean muy improbables.

1 2 3 4 5 6 7

5.- Si no actúo cuando preveo un peligro, entonces seré culpable de lo que suceda.

1 2 3 4 5 6 7

6.- Si no puedo hacer algo perfectamente, entonces no debo hacerlo.

1 2 3 4 5 6 7

7.- Incluso errores menores significan que un trabajo no está bien hecho.

1 2 3 4 5 6 7

- 8.- Si tengo pensamientos o impulsos agresivos hacia mis seres queridos, significa que tal vez en el fondo quiera lastimarlos. 1 2 3 4 5 6 7
- 9.- En cualquier tipo de situación diaria, no poder prevenir daño es tan malo como causarlo deliberadamente. 1 2 3 4 5 6 7
- 10.- Evitar problemas serios (por ejemplo, enfermedades o accidentes) requiere un esfuerzo constante de mi parte. 1 2 3 4 5 6 7
- 11.- No prevenir un daño es para mí, tan malo como causarlo. 1 2 3 4 5 6 7
- 12.- Debo asegurarme de que los demás están protegidos de cualquier consecuencia negativa de mis decisiones o acciones. 1 2 3 4 5 6 7
- 13.- Para mí, las cosas no están bien si no están perfectas. 1 2 3 4 5 6 7
- 14.- Tener malos pensamientos significa que soy una persona muy mala. 1 2 3 4 5 6 7
- 15.- Si no tomo precauciones extras, soy más propenso que los demás a sufrir o causar un desastre serio. 1 2 3 4 5 6 7
- 16.- No debería tener pensamientos raros o repugnantes. 1 2 3 4 5 6 7
- 17.- Cometer un error es para mí tan malo como fallar completamente. 1 2 3 4 5 6 7
- 18.- Es esencial tener todo bien calculado, incluso los asuntos menores. 1 2 3 4 5 6 7
- 19.- Tener malos pensamientos significa que soy raro o anormal. 1 2 3 4 5 6 7
- 20.- Debo ser el mejor en las cosas que son importantes para mí. 1 2 3 4 5 6 7
- 21.- Tener un pensamiento o una imagen sexual involuntaria significa que realmente quiero llevarlo a cabo. 1 2 3 4 5 6 7
- 22.- Aun si mis acciones sólo pudieran producir un daño leve, yo sería responsable de lo que suceda. 1 2 3 4 5 6 7
- 23.- A menudo pienso que pasarán cosas malas, incluso cuando soy cuidadoso. 1 2 3 4 5 6 7
- 24.- Tener pensamientos involuntarios e intrusivos significa que

- estoy fuera de control. 1 2 3 4 5 6 7
- 25.- A menos que tenga mucho cuidado sucederán cosas perjudiciales.
1 2 3 4 5 6 7
- 26.- Debo seguir trabajando en algo hasta que esté hecho
perfectamente bien. 1 2 3 4 5 6 7
- 27.- Tener pensamientos violentos significa que perderé el control
y me volveré violento. 1 2 3 4 5 6 7
- 28.- No prevenir un desastre es para mí tan malo como causarlo.
1 2 3 4 5 6 7
- 29.- Incluso las experiencias ordinarias de mi vida están llenas de riesgo.
1 2 3 4 5 6 7
- 30.- Tener un mal pensamiento es moralmente similar a realizar
una mala acción. 1 2 3 4 5 6 7
- 31.- Si no controlo mis pensamientos, seré castigado. 1 2 3 4 5 6 7

TECA

Nombre _____

Sexo V M Edad / Fecha / /



Las siguientes frases se refieren a sus sentimientos y pensamientos en una variedad de situaciones. Indique cómo le describe cada situación eligiendo la puntuación de 1 a 5 como se indica a la derecha. Cuando haya elegido su respuesta, **rodee con un círculo** el número correspondiente. Lea cada frase cuidadosamente antes de responder. Conteste honestamente con lo que más se identifique, ya que no hay respuestas correctas o incorrectas. No deje ninguna frase sin contestar.

- ① Totalmente en desacuerdo
- ② Algo en desacuerdo
- ③ Neutro
- ④ Algo de acuerdo
- ⑤ Totalmente de acuerdo

1	Me resulta fácil darme cuenta de las intenciones de los que me rodean.	1	2	3	4	5
2	Me siento bien si los demás se divierten.	1	2	3	4	5
3	No me pongo triste sólo porque un amigo lo esté.	1	2	3	4	5
4	Si un amigo consigue un trabajo muy deseado, me entusiasmo con él.	1	2	3	4	5
5	Me afectan demasiado los programas de sucesos.	1	2	3	4	5
6	Antes de tomar una decisión intento tener en cuenta todos los puntos de vista.	1	2	3	4	5
7	Rara vez reconozco cómo se siente una persona con sólo mirarla.	1	2	3	4	5
8	Me afecta poco escuchar desgracias sobre personas desconocidas.	1	2	3	4	5
9	Me hace ilusión ver que un amigo nuevo se encuentra a gusto en nuestro grupo.	1	2	3	4	5
10	Me es difícil entender cómo se siente una persona ante una situación que no he vivido.	1	2	3	4	5
11	Cuando un amigo se ha portado mal conmigo intento entender sus motivos.	1	2	3	4	5
12	Salvo que se trate de algo muy grave, me cuesta llorar con lo que les sucede a otros.	1	2	3	4	5
13	Reconozco fácilmente cuándo alguien está de mal humor.	1	2	3	4	5
14	No siempre me doy cuenta cuando la persona que tengo al lado se siente mal.	1	2	3	4	5
15	Intento ponerme en el lugar de los demás para saber cómo actuarán.	1	2	3	4	5
16	Cuando a alguien le sucede algo bueno siento alegría.	1	2	3	4	5
17	Si tengo una opinión formada no presto mucha atención a los argumentos de los demás.	1	2	3	4	5
18	A veces sufro más con las desgracias de los demás que ellos mismos.	1	2	3	4	5
19	Me siento feliz sólo con ver felices a otras personas.	1	2	3	4	5
20	Cuando alguien tiene un problema intento imaginarme cómo me sentiría si estuviera en su piel.	1	2	3	4	5
21	No siento especial alegría si alguien me cuenta que ha tenido un golpe de suerte.	1	2	3	4	5
22	Cuando veo que alguien recibe un regalo no puedo reprimir una sonrisa.	1	2	3	4	5
23	No puedo evitar llorar con los testimonios de personas desconocidas.	1	2	3	4	5
24	Cuando conozco gente nueva me doy cuenta de la impresión que se han llevado de mí.	1	2	3	4	5
25	Cuando mis amigos me cuentan que les va bien, no le doy mucha importancia.	1	2	3	4	5
26	Encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otras personas.	1	2	3	4	5
27	Entender cómo se siente otra persona es algo muy fácil para mí.	1	2	3	4	5
28	No soy de esas personas que se deprimen con los problemas ajenos.	1	2	3	4	5
29	Intento comprender mejor a mis amigos mirando las situaciones desde su perspectiva.	1	2	3	4	5
30	Me considero una persona fría porque no me conmuevo fácilmente.	1	2	3	4	5
31	Me doy cuenta cuando las personas cercanas a mí están especialmente contentas sin que me hayan contado el motivo.	1	2	3	4	5
32	Me resulta difícil ponerme en el lugar de personas con las que no estoy de acuerdo.	1	2	3	4	5
33	Me doy cuenta cuando alguien intenta esconder sus verdaderos sentimientos.	1	2	3	4	5



Autores: B. López-Pérez, I. Fernández-Pinto y F. J. Abad García
 Copyright © 2008 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, **NO LA UTILICE** - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

MULTICAGE CAD 4

Estamos estudiando problemas que pueden ir asociados al consumo de drogas y podrían requerir tratamiento adicional.

Le rogamos nos preste su colaboración para detectar la existencia o no de este tipo de problemas de cara a diseñar, si fuera necesario, actividades encaminadas a mejorar los tratamientos que se ofrecen en el CAD.

Por favor, responda SÍ o NO a cada una de las preguntas siguientes:

	SÍ	NO
1 ¿Ha pensado alguna vez que debería beber menos?		
2 ¿Se ha sentido molesto cuando alguna persona le ha criticado su manera o forma de beber?		
3 ¿Se ha sentido culpable alguna vez por su manera o forma de beber?		
4 ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana es beber alguna bebida alcohólica para relajarse o para eliminar la resaca?		
5 ¿Ha tenido usted la sensación de que debería reducir su conducta de juego?		
6 ¿Niega u oculta su verdadera conducta de juego ante las posibles críticas de los demás sobre sus supuestos excesos?		
7 ¿Ha tenido usted problemas psicológicos, familiares económicos o laborales a causa del juego?		
8 ¿Se siente con frecuencia impulsado irremediamente a jugar a pesar de sus problemas?		
9 ¿Ha pensado alguna vez que debería usted consumir menos drogas?		
10 ¿Niega usted su consumo de drogas a familiares, amigos o compañeros para evitar que le critiquen?		
11 ¿Ha tenido usted problemas psicológicos, económicos, laborales o familiares a causa de su consumo de drogas?		
12 ¿Se siente a veces impulsado a consumir drogas aunque haya decidido no hacerlo?		
13 ¿Alguna vez se ha provocado el vómito para evitar engordar?		
14 ¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?		
15 ¿Cree usted que está gordo/a aunque los demás le digan que está demasiado delgado/a?		
16 ¿Está usted obsesionado/a con la comida, las dietas y el control de su peso?		

Muchas gracias por su colaboración

MULTICAGE CAD 4

	SÍ	NO
17 ¿Dedica más tiempo del que cree que debería a estar conectado a internet con objetivos distintos a los de su trabajo?		
18 ¿Se han quejado sus familiares de las horas que dedica a Internet?		
19 ¿Le resulta duro permanecer alejado de internet varios días seguidos?		
20 ¿Tiene problemas para controlar el impulso de conectarse a internet o ha intentado sin éxito reducir el tiempo que dedica a estar conectado?		
21 ¿Dedica más tiempo del que cree que debería a jugar a la videoconsola o juegos de ordenador?		
22 ¿Se queja su familia de que pasa demasiado tiempo jugando con la videoconsola o el ordenador?		
23 ¿Le cuesta trabajo estar varios días sin usar su videoconsola o sus juegos de ordenador?		
24 ¿Ha intentado sin éxito reducir el tiempo que dedica a jugar con su videoconsola o su ordenador?		
25 ¿Tiene usted dificultades para controlar su impulso de comprar, gastando con frecuencia más dinero del que debería?		
26 ¿Ha tenido problemas con sus familiares debido a sus gastos excesivos y su falta de control sobre el dinero?		
27 ¿Ha tenido problemas con su banco o con familiares por hacer un uso excesivo de las tarjetas de crédito o por haberse quedado sin fondos debido a gastos incontrolados?		
28 ¿Ha intentado sin éxito controlar su dinero y reducir los gastos innecesarios?		
29 ¿Su actividad sexual le ha impedido realizar tareas habituales en su vida, como trabajo u obligaciones familiares?		
30 ¿Se han quejado sus parejas de su excesiva actividad sexual?		
31 ¿Alguna vez ha considerado que su actividad sexual es excesiva?		
32 ¿Ha intentado alguna vez sin éxito moderar su actividad sexual?		

EDAD

SEXO varón
 mujer

Estoy en tratamiento por problemas con el consumo de

Heroína Alcohol
Cocaína Otras _____

Muchas gracias por su colaboración

ESCALA PARA MEDIR EL SENTIMIENTO DE CULPA (Zabalegui, 1993)

TF: Totalmente Falso TV: Totalmente Verdadero	MBF: Más Bien Falso MBV: Más Bien Verdadero	TF	MBF	MBV	TV
1. Me preocupa lo que otras personas puedan pensar de mis acciones.					
2. En ocasiones de gran felicidad, me asalta la duda de estar gozando con algo que no merezco.					
3. No me merezco tener gente que me quiera.					
4. Cuando cometo algún error, por pequeño que sea, lo paso muy mal.					
5. Cuando me acusan injustamente, me sigue atormentando la duda de que quizás tengan razón.					
6. Me sentiría feliz si pudiera arreglar de alguna manera el mal que he hecho.					
7. A lo largo de mi vida he tenido muchas meteduras de pata que me pesan lo indecible.					
8. Cuando me dicen que un superior quiere hablar conmigo, me siento mal y comienzo a temer qué habré hecho mal.					
9. Hay cosas de mi pasado de las que no quiero ni acordarme.					
10. A veces me quedo perplejo viendo cómo la gente es tan inconsciente de sus acciones, cuando yo me preocupo tanto de las mías.					
11. No sé por qué el sexo sigue siendo para mí algo no limpio.					
12. Cuando tengo que recibir cuidados de otras personas, me siento culpable.					
13. Cuando pierdo un amigo pienso: "ya he metido la pata otra vez".					
14. Tengo la sensación de "romper" todo lo que toco.					
15. Cuando me doy a conocer como realmente soy, me queda la sensación de haber engañado a los demás.					
16. Me moriría de vergüenza si tuviera que ser encarcelado.					
17. Hay acciones que dejan manchado por mucho tiempo.					
18. No es extraño que mis amigos me olviden.					
19. La causa de mis fracasos está en mí mismo.					
20. Cuando noto que un amigo me habla con frialdad, empiezo a pensar qué le habré podido hacer yo.					
21. Si pudiera limpiarme de toda culpa, me quitaría un peso de encima.					
22. La mayor felicidad es comportarse correctamente.					
23. A veces me siento culpable por acontecimientos o desgracias en los que no estoy implicado.					
24. Echo de menos la inocencia de cuando era niño.					
25. Hay muchas cosas que la gente piensa que están bien, pero yo siento en mi interior que conmigo no van.					
26. Temo que me ocurran desgracias aunque no he hecho nada malo.					
27. En alguna ocasión me han venido ganas de escupirme cuando me miraba al espejo.					

Actividad Cognitiva y Trastorno Obsesivo Compulsivo

28. Cuando tengo éxito en algo, me queda la sospecha de no merecerlo.				
29. Siento un peso cuando me pongo a pensar en mi padre.				
30. Comprendo y justifico fácilmente a los demás pero a mí mismo, no me perdono una.				
31. No me siento peor que la mayoría.				
32. Cada vez que me sale algo mal, pienso que cada uno recibe lo que se merece.				
33. Es imperdonable por mi parte no corresponder a aquellos que me quieren.				
34. A veces he sentido asco de mí mismo.				
35. Hay pensamientos y deseos que te infectan como si fueran un foco de suciedad.				

