



Facultad de Psicología

Trabajo de
fin de grado

Obsesiones

Modalidad 1
“Trabajo de revisión bibliográfica”

Revisión de los síntomas
obsesivos en las principales
taxonomías del TOC.

Autor/a do TFG

Alejandra Rey Pousada

Director/a do TFG

Olga Díaz Fernández

Grado en Psicología

Año 2013

Resumen

El concepto de obsesión está fuertemente ligado al Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Las obsesiones son uno de los síntomas que dichos pacientes manifiestan, junto con las compulsiones. A pesar de que dicho trastorno ha sido considerado unitario en los manuales de clasificación psiquiátricos, la evidencia clínica pone de manifiesto la existencia de diferencias entre los sujetos, llevando a diferentes autores a proponer taxonomías y clasificaciones de subtipos de síntomas y pacientes. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica que permita conocer en qué medida están representados los diferentes tipos de obsesiones en dichas clasificaciones, así como en los principales instrumentos utilizados en la investigación en este campo. Los resultados obtenidos aportan información acerca de propuestas teóricas y empíricas. En las segundas, a su vez, se evidencian dos aproximaciones diferentes; la categorial (que trata de establecer subgrupos de síntomas a través del análisis cluster de población TOC) y la dimensional (que utiliza el análisis factorial y el estudio de población tanto clínica como no clínica). La evidencia empírica apoya la existencia de un continuo entre la presencia de obsesiones en población general y psicopatología. Lee y Kwon (2003), proponen un modelo de obsesiones autógenas y reactivas, a raíz de los resultados que obtienen en sus trabajos, que está logrando una gran aceptación. Además, la presencia de síntomas obsesivos en otros trastornos lleva a algunos autores a elaborar un espectro obsesivo-compulsivo. Estas propuestas y la evidencia empírica relacionada se detallarán con más profundidad a continuación.

Palabras clave: Obsesiones, Subtipos, TOC, taxonomías.

Abstract

The obsession concept is strongly linked to the Obsessive Compulsive Disorder (OCD). Obsessions are one of the symptoms that these patients experiment, along with compulsions. Although the disorder has been considered a unitary condition in the psychiatry classification manuals, clinical evidence shows the existence of differences between subjects, leading authors to propose different taxonomies and classifications of symptom and patients subtypes. The aim of this paper is to obtain a revision of the literature that shows to what extent different types of obsessions are represented in those classifications, as well as in the main instruments used in research in this field. The findings provide information about theoretical and empirical proposals. In the latter, in turn, two different approaches are evident, the categorical (which sets subgroups symptoms, using cluster analyses in TOC population) and the dimensional (using factor analysis and the study of clinical and nonclinical population). The empirical evidence supports the existence of a continuum in the presence of obsessions between the general population and psychopathology. Lee and Kwon (2003) propose a model of autogenous and reactive obsessions, following the results obtained in their work, which is achieving wide acceptance. Furthermore, the presence of obsessive symptoms in other disorders has led some authors to develop an obsessive-compulsive spectrum. These proposals and related empirical evidence will be detailed deeper below.

Keywords: Obsessions, Subtypes, OCD, taxonomies.

Índice

Resumen	2
Abstract	3
Índice	4
Introducción	5
1 Concepto de Obsesión: una aproximación histórica.	5
2 La Obsesión desde el TOC: Modelos explicativos.....	9
3 Planteamientos teóricos de las obsesiones en el TOC: la base de las taxonomías.	12
3.1 La aproximación unitaria al TOC.	15
3.2 Las aproximaciones heterogéneas.	16
3.2.1 La perspectiva racional.....	17
3.2.2 La perspectiva empírica.....	19
3.2.2.1 Propuestas categoriales.	20
3.2.2.2 Propuestas dimensionales.	20
3.2.3 Modelo de obsesiones autógenas/reactivas.....	22
3.2.3.1 Otras aproximaciones a la heterogeneidad.	24
4 Estructura del trabajo y objetivos.	26
Metodología	28
Resultados	31
1 Estudios basados en el enfoque dimensional.	31
1.1 Críticas y limitaciones de la perspectiva dimensional.....	37
2 Estudios basados en el enfoque categorial.....	40
3 El modelo de obsesiones autógenas/reactivas puesto a prueba.	42
3.1 Respaldo empírico del espectro obsesivo-compulsivo.	45
Conclusiones	48
Referencias bibliográficas	54
Índice de figuras	60
Índice de tablas	60

Introducción

1 Concepto de Obsesión: una aproximación histórica.

Cuando se consultan manuales en busca de información acerca de obsesiones, éstos suelen comenzar haciendo referencia al origen etimológico del término. Como explica Belloch (2009), éste deriva del vocablo latino *obsessio-onis*, que significa asedio. Es importante subrayar la noción de cerco, de sitio y asedio, ya que implica una lucha y resistencia contra algo exterior que puede dar lugar al agotamiento y la rendición final.

Berrios (2006, p.3) define los estados obsesivos como “*fragmentos intrusos de conducta, caracterizados por su repetición excesiva, contenido anómalo y resistencia por parte del sujeto afectado*”. Por ser repetitivos y molestos generan en el individuo un cierto grado de malestar. A menudo rompen y paralizan el flujo normal de la conducta.

La primera vez que se utilizó la palabra obsesión, en su sentido actual, fue en 1799, por Wartburg, produciéndose bastante después su difusión a través de los trabajos de Luys (1833) y Falret (1889) (Vallejo, 1980).

Durante el siglo XIX, como ha señalado Berrios (2006), la etiología y la nosotaxia de los estados obsesivos fueron fuente de confusión y polémica. En este periodo se debatió su origen intelectual (Westphal, Griesinger, Wernicke), emocional (Morel, Ptress, Regis, Legrand de Saulle, Kraepelin, Freud) o volitivo (Esquirol, Billod, Ribot). La evolución de las denominaciones otorgadas a los fenómenos obsesivos durante este siglo ponen de manifiesto estas discrepancias.

En Alemania existía una cierta confusión terminológica. En 1867, Krafft-Ebing acuña el término *Zwangsvorstellung* para designar representaciones forzadas que el

sujeto no es capaz de controlar, incluyendo junto con los cuadros obsesivos, las fobias, depresiones, etc. La utilización del término Zwang es la causa de esta confusión, puesto que su matiz definidor es lo forzado, y no estrictamente lo obsesivo (Vallejo, 1980). Berrios, 2006, resalta el interés histórico de la ambigüedad del término alemán Zwang. Éste es aplicable tanto a pensamientos como a actos obsesivos. Zwangsvorstellung se tradujo como “obsesión” en Gran Bretaña y como “compulsión” en Estados Unidos, adoptándose como solución de compromiso, el término trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (Rado, 1959).

Posteriormente, en 1877, Westphal propuso una definición de las obsesiones de gran relevancia histórica. El autor las define como *“ideas parásitas, las cuales, permaneciendo intacta la inteligencia, y sin que exista un estado emotivo o pasional, surgen ante la conciencia, se imponen a ella contra su voluntad, se atraviesan e imponen al juego normal de las ideas, y son, siempre, reconocidas por el propio enfermo como anormales, extrañas a su yo”* (Vallejo, 1980, p.419). Belloch, 2009, destaca de Westphal su gran contribución a la descripción del trastorno obsesivo-compulsivo, ya que, como se aprecia en la definición anterior, subrayó la presencia de ideas que irrumpen en la conciencia a pesar de los esfuerzos de la persona para evitarlo y el hecho de que sean percibidas como extrañas y anormales. Westphal equiparó presentaciones a ideas y sugirió que los estados obsesivos se debían a un trastorno de la función intelectual; esta interpretación intelectualista ejerció una influencia muy notable. Estableció una distinción entre presentaciones como actos mentales puros (ideas obsesivas o rumiaciones) y como iniciadores de la acción (compulsiones) (Berrios, 2006).

Donath (1896), por su parte, utiliza el término anancasmus (anancástico) para referirse al cuadro que Thomsen (1895) había llamado estado obsesivo idiopático. (Berrios y Vallejo, 2006). Posteriormente se ha utilizado para referirse indistintamente a fobias y obsesiones (Vallejo, 1980).

En Francia la tendencia era situar a los trastornos obsesivos “en el capítulo de la locura” (*folie de doute* del Falret; *délire de toucher* de Legrand de Saulle; *folie lucide* de Trélat; *folie raisonnante* de Pinel, etc.). En este punto es imprescindible citar a Esquirol como el verdadero pionero (Belloch, 2009). Este psiquiatra francés desarrolla su concepto de “monomanía” definiéndolo como “un delirio limitado a un solo tema o a un corto número de ellos...”, dentro del cual, además de los fenómenos de manías y melancolías, quedaban incluídas las obsesiones y compulsiones (Vallejo, 1980). Cuando este autor clasificó los fenómenos obsesivos de Mademoiselle F como una forma de monomanía, inauguró la línea que consideraba los trastornos obsesivos como un tipo de locura. De hecho, la monomanía fue una versión del concepto de insania o locura parcial. Esquirol observó que Mademoiselle F describía sus pensamientos como irresistibles y, por tanto, parecía tener insight sobre sus síntomas. Ello hizo pensar a Esquirol que tal irresistibilidad era la manifestación de un trastorno secundario de la facultad volitiva (Billod, 1847).

Sin embargo, esta consideración de los trastornos obsesivos como forma de locura parcial o monomanía no fue muy duradera. Morel, en 1866, describió los estados obsesivos como una forma de “Delirio emotivo” (*délire émotif*), categoría que considera “no como una insania, sino como una neurosis, es decir, una enfermedad de las emociones” (Pitres y Regis, 1902). El énfasis otorgado por Morel a los aspectos emocionales es una clara innovación a las interpretaciones intelectualistas previas. El mismo Morel insistió que el término no debía tomarse en el sentido general de locura. La reclasificación realizada por este autor tuvo una gran difusión en la psiquiatría francesa por dos razones: por un lado, proponía una alternativa a la versión alemana que consideraba los estados obsesivos como trastornos del pensamiento semejantes a la paranoia (Meyer, 1906); por otro, permitía una clasificación racional de los síntomas somáticos, considerados actualmente como equivalentes ansiosos (Doyen, 1885). Otros autores, como Luys (1883) o Pitres y Regis (1902), siguen la mayor parte de los postulados de Morel. Estos últimos definieron las obsesiones como “*un síndrome*

mórbido caracterizado por la experiencia ansiosa de pensamientos y emociones parásitos que fuerzan al sujeto y conducen a una forma de disociación psíquica, cuyo estado final es un desdoblamiento de la personalidad consciente". En cuanto a la etiología, decían que *"no dudamos en considerar la emoción como el elemento primitivo y fundamental de la obsesión"* (Berrios, 2006, p.9).

Janet (1903), por su parte, creó la categoría *psicastenia*, que extrajo de la neurastenia (Chatel y Peel, 1971; Cobb, 1920). Dicha categoría englobaba, entre otros, los trastornos obsesivos, siendo, en poco tiempo, considerada el gigante de la neuropatología (Dubois, 1909). Janet definió las obsesiones como un tipo de ideas fijas que, junto con las alucinaciones, constituían *"formas simples y rudimentarias de actividad mental"* (Janet, 1903). Posteriormente se distanciaría más de las hipótesis de Morel, distinguiendo entre *délire émotif* y obsesiones y compulsiones (Berrios, 2006, p.9).

La definición de Janet sobre la psicastenia no proponía criterios diagnósticos, puesto que tenía un carácter etiológico. De hecho, este grupo no sólo contenía trastornos obsesivos, sino también trastornos fóbicos y de pánico, tics, estados confusionales e hipocondría, y algunas formas de epilepsia. Sin embargo, su gran aportación fue la de situar firmemente los estados obsesivos en el territorio de las neurosis, que en aquella época contenían la neurastenia, psicastenia y la histeria (López Piñero y Morales Meseguer, 1970).

Freud (1895) propuso separar obsesiones y fobias. En un primer momento, extendió su teoría sexual de la histeria a las obsesiones (Lewin, 1978). De este modo, la culpa en el paciente obsesivo sugeriría la presencia de fuentes de culpabilidad ocultas. Sin embargo, su concepción de las obsesiones cambió con el tiempo de igual modo que su teoría sobre las neurosis. En adelante, el énfasis lo pondría en la personalidad obsesiva y no en la producción mecánica de los síntomas obsesivos. La hipótesis rival de Janet supuso uno de los obstáculos en la difusión de la teoría freudiana (Berrios, 2006).

En definitiva, como indica Berrios, 2006, p.13, *“las obsesiones atravesaron por tres estadios nosológicos: a) como forma de locura o insania (monomanía); b) periodo de transición después de la caída del concepto de monomanía, y c) como neurosis, después de que tuvo lugar la transformación de los conceptos de psicosis y neurosis a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX”*.

Como se ha descrito en este apartado, los trastornos obsesivos fueron considerados trastornos del intelecto, volitivos y emocionales. Actualmente, en los debates sobre la naturaleza del trastorno todavía se encuentra la influencia de esta clasificación (Berrios, 2006).

2 La Obsesión desde el TOC: Modelos explicativos.

La etiopatogenia de los trastornos obsesivos se ha abordado desde varios prismas. A continuación se describirán brevemente las principales teorías explicativas de las obsesiones, centrándonos en las cognitivas, por ser aquellas que ponen mayor énfasis en los fenómenos obsesivos y no tanto en las manifestaciones compulsivas del TOC. Vallejo (1980) ofrece una descripción muy interesante de estos modelos en su manual *“Introducción a la psicopatología y la psiquiatría”* en la cual nos basaremos en este apartado.

Como señala Vallejo (1980), los factores genéticos son importantes en la etiopatogenia de los trastornos obsesivos, como se concluye de estudios con gemelos y familiares. La perspectiva biológica lleva al autor a enunciar cuatro aspectos fisiopatológicos que, en su opinión, deberían ser corroborados y armonizados en los próximos años: a) la presencia de alteraciones en el procesamiento de la información, b) alteraciones en los mecanismos de excitación-inhibición centrales, c) posible patología frontal (zonas orbitointernas), especialmente en sus conexiones con los ganglios basales, y d) alteraciones bioquímicas (serotonina).

Es posible que algunos de estos casos se pongan en marcha a partir de desencadenantes físicos (encefalitis, por ejemplo) o psíquicos (problemas sexuales, laborales o matrimoniales, por ejemplo). Por ello, Vallejo (1980) se inclina por una explicación polifactorial de los estados obsesivos, ya que los datos clínicos, experimentales y terapéuticos descartan una interpretación simple. Por lo tanto, la etiopatogenia de estos trastornos se entiende a partir de la interacción de factores biológicos y psicosociales.

El papel de la educación es importante. Estos pacientes, con frecuencia, fueron educados en ambientes donde los valores educativos predominantes destacaban de manera exagerada la limpieza, la religión, la moral, el orden o la culpa. En este punto cabe destacar la aportación de las teorías conductistas. A pesar de que éstas no aclaran la génesis de las obsesiones, ofrecen una explicación racional de su mantenimiento y generalización (Vallejo, 1980).

Las hipótesis conductistas sugieren que los procesos mentales están bajo el control de estímulos y, en el caso de los obsesivos, éstos están en situación de experimentar más estímulos capaces de causar respuestas que los sujetos normales. También se apunta que en algunos casos, en los que el pensamiento no está tan claramente controlado por los estímulos externos, tales ideas pueden considerarse respuestas de evitación, ya que sus consecuencias son menos perturbadoras que las de no tener ninguna. Desde el punto de vista etiológico, como apunta Vallejo (1980), las hipótesis conductistas más destacadas son:

- La patología obsesiva se aprende en base al condicionamiento clásico y el ritual se desarrolla como un mecanismo de evitación (Rachman y Eysenck).
- Una variante de esta propuesta es la teoría de la sensibilización de las fobias de Watts. Un estímulo traumático sensibiliza al sujeto hacia los estímulos que tienen una tendencia innata a causar respuestas de miedo.
- El sujeto, en la vida adulta, reproduce patrones de comportamiento que en otra época de su vida fueron útiles para reducir la ansiedad (Wolpe).

- En la infancia, se alaban y refuerzan los comportamientos de la esfera obsesiva (como la limpieza, la escrupulosidad...). Sólo mucho más tarde, cuando ya están cristalizados, surge la crítica ambiental hacia ellos. En este punto, dicha crítica puede generar ansiedad, ya que el sujeto se ve incapaz de modificar su comportamiento (Taylor).
- Los efectos reductores de la ansiedad de un determinado acto se aprenden en la infancia a través de la educación social (Dollard y Miller).

El interés por los aspectos cognitivos del trastorno es relativamente reciente. Se ha señalado (Emmelkamp, 1982) que, en general, los pacientes obsesivos *evitan la ambigüedad y la incertidumbre, por intolerancia a ellas; tienen necesidad de posponer las decisiones finales para ganar información; muestran dificultades en la toma de decisiones por anticipación de consecuencias desfavorables y, generalmente, tienen un pensamiento catastrofista, vinculado a una exagerada sensibilidad hacia circunstancias aversivas, reales o imaginarias* (Vallejo, 1980, p.425). El modelo propuesto por Carr (1974) explica que las valoraciones subjetivas e irreales de temor proceden de creencias erróneas y patrones irracionales de pensamiento.

En general, las teorías cognitivas postulan que el problema de las obsesiones no es tanto la incidencia de los pensamientos intrusos o del escaso control mental, sino la tendencia de los pacientes a realizar interpretaciones catastróficas y erróneas, y a asumir actitudes de responsabilidad para neutralizarlas, a través de conductas (como lavados, orden...) o rituales mágicos de pensamiento (pronunciar palabras o frases, aritmomanía...).

A continuación se describirán brevemente las teorías de Rachman y Salkovskis, autores clave dentro de este grupo de trabajos. En la línea expuesta anteriormente, Rachman (1997) propone que las obsesiones están causadas por interpretaciones catastróficas del significado de pensamientos/imágenes/impulsos intrusivos. Las obsesiones persistirían tanto tiempo como se mantuvieran esas interpretaciones catastróficas y disminuirían cuando éstas se debilitaran. Esta relación se basa en la

percepción de estrés. La frecuencia de los pensamientos intrusivos se incrementa cuando el sujeto está sometido a material o experiencias estresantes. Cuanto mayor es dicho estrés, mayor es el número de pensamientos intrusivos y mayor es el malestar que provocan. Cuando una persona realiza una interpretación catastrófica del significado de sus pensamientos intrusivos, se incrementa el alcance y la severidad del potencial carácter amenazante del estímulo. De este modo, un amplio abanico de estímulos son convertidos de neutros a amenazantes. Por lo tanto, el incremento de amenazas conduce a un incremento de oportunidades desencadenantes de obsesiones. Esta misma secuencia de acontecimientos puede ocurrir con estímulos internos. En cambio, si la interpretación catastrófica es modificada, las oportunidades de elicitar obsesiones son reducidas. De entre las muchas posibles reacciones a la experiencia de una obsesión, la neutralización es una de ellas, así como la conducta de evitación. El autor señala la existencia de evidencia que apunta que los intentos deliberados de suprimir pensamientos intrusos pueden llevar a un incremento paradójico en su presencia.

En la línea que apunta Rachman en los años 70, Salkovskis (1999) ha propuesto recientemente un modelo cognitivo en el que diferencia entre los pensamientos intrusos (presentes en el 90% de la población) de los sujetos normales y de los obsesivos. Dicha diferencia se refiere no al escaso control de las cogniciones, sino a la interpretación que los pacientes hacen de ellas. Dicha interpretación se basa en la asunción de la responsabilidad de las mismas y de su prevención, lo que genera unas consecuencias negativas (displacer, ansiedad, depresión...) que contribuyen a mantener el cuadro.

3 Planteamientos teóricos de las obsesiones en el TOC: la base de las taxonomías.

La presencia persistente de obsesiones, vayan o no acompañadas por conductas compulsivas asociadas, es la característica central del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo y Carrió, 2004). Éste, tradicionalmente, se ha

considerado un trastorno unitario desde los principales sistemas nosológicos psiquiátricos de la OMS y la APA. Sin embargo, en la práctica clínica, se observan grandes diferencias entre las manifestaciones sintomáticas de los pacientes diagnosticados de TOC. Dichas diferencias se aprecian tanto en la forma como en el contenido de los síntomas, así como en los diferentes patrones de respuesta al tratamiento. Es bastante frecuente observar la coexistencia en un mismo paciente de modalidades y/o contenidos muy distintos de obsesiones y compulsiones, así como transiciones de unas a otras en el transcurso de la evolución del trastorno. Por ello, cada vez se estudia más su heterogeneidad (García-Soriano, Belloch y Morillo, 2008).

En las dos últimas décadas, se ha propuesto una aproximación heterogénea al TOC, y muchos estudios han informado de la existencia de, al menos, cuatro dominios diferentes de obsesiones, los cuales incluyen no sólo temas obsesivos, sino también conductas asociadas (Leckman et al., 1997; Summerfeldt, Richter, Antony y Swinson, 1999; Abramowitz, Franklin, Schwartz y Furr, 2003): obsesiones de agresividad, sexuales, religiosas y somáticas con conductas de comprobación; obsesiones de simetría con orden/organización, conteo y rituales de repetición; obsesiones de contaminación y rituales de limpieza; y obsesiones de acumulación con acumulación y conductas de recogida (Belloch, Morillo y García-Soriano, 2007).

Siguiendo esta aproximación heterogénea, se han propuesto diversas aproximaciones de establecimiento de subtipos de TOC. García-Soriano, Belloch y Morillo (2007) afirman que los criterios de estas taxonomías son variados, por ejemplo, las características demográficas y clínicas del paciente; la gravedad de los síntomas, su interferencia o el malestar que provocan; condiciones comórbidas; la forma de aparición del trastorno; o el tipo de déficit neuropsicológico asociado al trastorno; no obstante, la mayor parte de los estudios se basan en el contenido de los síntomas para elaborar las taxonomías del TOC.

García-Soriano et al. (2007) nos ofrecen una clasificación de las propuestas en función de su origen teórico o empírico. Por una parte, nos encontramos con las

taxonomías racionales, las cuales son clasificaciones basadas en los síntomas que enfatizan una compulsión dominante (por ejemplo, lavado o comprobación) o la ausencia de conductas compulsivas (por ejemplo, obsesivos). Por otra parte, se desarrollaron clasificaciones empíricas que utilizaron el análisis factorial exploratorio y confirmatorio, o el análisis de clusters para identificar los subtipos. Estas formulaciones han realizado sus estudios tanto en muestras de población clínica como no clínica, encontrando subgrupos consistentes en los diferentes trabajos (Belloch, Morillo, y García-Soriano, 2006).

Lee y Kwon (2003) han elaborado un modelo de las obsesiones basado en dos subtipos, denominados “autógenas” y “reactivas”, basándose en el contenido de las obsesiones, el cual elicitaba diferentes reacciones emocionales, estrategias de evaluación y de control. Además, también señalan como puntos de diferenciación otras características, como la identificabilidad del estímulo evocador, el carácter egodistónico y la racionalidad percibida. Los temas autógenos se parecen a un cluster de síntomas identificado en muchos estudios, relacionado con el concepto clásico de “obsesiones puras”, caracterizado como un trastorno cognitivo y un síntoma obsesivo-compulsivo y como el foco de la teoría cognitiva de Rachman sobre obsesiones (Belloch et al., 2006).

Otros estudios sugieren que estos subgrupos de temas obsesivos y conductas asociadas pueden tener cierta similitud con otros trastornos mentales y neurológicos, como el Síndrome de Tourette, hipocondría, trastorno dismórfico corporal, autismo, juego patológico y experiencias disociativas (Baer, 1994; Hollander y Wong, 1995), por lo que se ha propuesto la hipótesis de la existencia de un espectro obsesivo-compulsivo (Belloch et al., 2007).

La razón de identificar categorías o subconjuntos diferenciados de pacientes dentro del trastorno radica en las importantes implicaciones positivas que esto tendría. La elaboración de un sistema de subtipos de uso sencillo, fiable, válido, comprensible y significativo puede tener importantes repercusiones a nivel etiológico, de evaluación,

diagnóstico y terapéutico. En el caso del TOC, ayudaría también a proporcionar una descripción más exacta y definida de su psicopatología (García-Soriano et al., 2008).

Todas estas propuestas se abordarán con más detalle en los apartados siguientes.

3.1 La aproximación unitaria al TOC.

Como se indicó anteriormente, en los principales sistemas de clasificación de los trastornos mentales (OMS y APA), se sigue considerando el TOC como un trastorno unitario (Pena-Garijo y Ruipérez, 2012).

Por una parte, la CIE-10 conserva el concepto de neurosis, incluyendo el TOC dentro de la sección de trastornos neuróticos. En ella está caracterizado, esencialmente, por la presencia de obsesiones o compulsiones recurrentes. Éstos son percibidos como propios y se indica que son involuntarios y, a menudo, repulsivos. También se señala que casi siempre se acompaña de ansiedad y que la relación entre los síntomas obsesivos y la depresión es estrecha (Pena-Garijo y Ruipérez, 2012).

Debido a la diferencia en la respuesta del paciente al tratamiento, y para mejorar las estrategias terapéuticas y su elección, propone distinguir cinco subtipos, pudiendo quedar reducidos a tres, dependiendo del predominio de los pensamientos obsesivos, de las compulsiones o de ambas. A pesar de ello, no pierde su concepción unitaria, ya que considera al trastorno como una entidad nosológica única (Pena-Garijo y Ruipérez, 2012).

El DSM-IV-TR, por su parte, define como característica esencial del TOC *“la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente, lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo. En algún momento del curso del trastorno el individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las ideas obsesivas no se limita a él”* En esta clasificación sólo se contempla el subtipo *“con poca conciencia de enfermedad”* (Pena-Garijo y Ruipérez, 2012, p.3).

Como explican Pena-Garijo y Ruipérez (2012), a pesar de la incorporación de los subtipos por parte de los sistemas de clasificación, la evidencia clínica ha sido la que ha puesto en cuestión las limitaciones sobre los intentos unificadores del concepto. La comorbilidad entre diferentes diagnósticos se ha incrementado, a pesar de que los índices de fiabilidad diagnóstica también lo hayan hecho con la implantación de criterios diagnósticos operativos a partir del DSM-III y las sucesivas ediciones de la clasificación de la APA. Esto ha generado la necesidad de plantear investigaciones que conduzcan a identificar aspectos específicos de dichos diagnósticos y que reflejen la realidad clínica encontrada entre los pacientes con TOC.

3.2 Las aproximaciones heterogéneas.

Según García-Soriano et al. (2008), el estudio de la heterogeneidad del trastorno se ha realizado en base al supuesto de que los diferentes “fenotipos” son la expresión de distintos “genotipos”. Por fenotipo se hace referencia a las manifestaciones clínicas de los síntomas (contenido, función, gravedad) o a la respuesta al tratamiento. En cuanto al genotipo, en un sentido muy amplio, abarcaría diferencias en aspectos muy diversos, como las creencias sobre los síntomas, la edad de inicio del trastorno, la comorbilidad, etc. De este modo, el estudio se ha centrado en la delimitación de los diferentes fenotipos, y en la búsqueda de las diferencias que subyacen a ellos. En función de esto, se han propuesto taxonomías basadas en diferentes y variados criterios, como las características demográficas y clínicas, la gravedad de los síntomas, condiciones comórbidas, la forma de aparición de las obsesiones, o el tipo de déficit neuropsicológico asociado al trastorno. Sin embargo, la mayor parte de los estudios que desarrollan clasificaciones del TOC, tanto a nivel teórico como empírico, se han centrado en el contenido de la sintomatología obsesivo-compulsiva, es decir, en la expresión más observable del trastorno, la más claramente “fenotípica”.

El paso previo a las propuestas heterogéneas y dimensionales del TOC se basa en el concepto de subtipo. El consenso acerca de la existencia de estos subtipos va en

aumento, como afirman Pena-Garijo y Ruipérez (2012), proponiéndose diversas clasificaciones que se expondrán a continuación.

3.2.1 La perspectiva racional.

Las primeras taxonomías relacionadas con el TOC utilizaron una perspectiva racional. De este modo, a partir de la observación clínica sistemática de personas con psicopatología obsesivo-compulsiva, se propusieron subgrupos de síntomas basados en la consideración de aspectos como el contenido de las obsesiones y/o de las compulsiones (García-Soriano et al., 2008).

De entre las clasificaciones más relevantes y utilizadas en la práctica clínica, destaca la clasificación de los pacientes TOC en dos grandes grupos, según la presencia o ausencia de compulsiones manifiestas asociadas. Aquellos que no presentan dichas compulsiones son identificados como “obsesivos puros” o “rumiadores”, mientras que a los pacientes que sí las padecen se les etiqueta como “obsesivos con compulsiones manifiestas” (Rachman, 1971). Esta división es aquella en la que se basan los sistemas de clasificación psiquiátricos a la hora de reconocer la existencia de ciertos subtipos (sin perder la consideración de trastorno unitario), como los tres subgrupos de TOC que señala la CIE-10. De este modo, se centra en los aspectos más observables del trastorno (el fenotipo, como se explicaba anteriormente), obviando cuestiones importantes como, por ejemplo, los distintos temas obsesivos o los mecanismos diferenciales que podrían estar implicados en su génesis y mantenimiento. De hecho, hay muy pocos trabajos que hayan investigado las diferencias “genotípicas” entre los obsesivos puros y los obsesivos con compulsiones (García-Soriano et al., 2008).

A continuación, se expondrán brevemente las clasificaciones de Marks (1987), de Silva y Rachman (1992) y del grupo de Foa (1992). Ninguna de ellas difiere excesivamente de la clasificación dicotómica anterior. Las manifestaciones observables del trastorno siguen teniendo mucho peso, de modo que los subtipos se establecen, sobre todo, en función del tipo de compulsiones que presentan los pacientes. En

consecuencia, los pacientes sin compulsiones manifiestas se suelen incluir en un “cajón de sastre” que recibe diferentes nombres, como, por ejemplo, “obsesiones” (Marks, 1987), “obsesivos sin conductas compulsivas manifiestas” (de Silva y Rachman, 1992), u “obsesivos” (Kozak, Foa y McCarthy, 1987), como señalan García-Soriano et al. (2008).

En primer lugar, Marks (1987) diferencia entre tres tipos de TOC, a saber, rituales compulsivos con obsesiones; lentitud sin rituales visibles; y las obsesiones. Por su parte, de Silva y Rachman (1992) identifican cinco subgrupos: compulsiones de limpieza/lavado; compulsiones de comprobación; otro tipo de compulsiones manifiestas; obsesiones no acompañadas de conducta compulsiva manifiesta; y lentitud obsesiva (García-Soriano et al., 2008).

El grupo de Foa (Foa et al., 1985; Kozak et al., 1987) combina tres elementos en su clasificación: el tipo de indicios que provocan ansiedad; la presencia/ausencia de pensamientos sobre posibles consecuencias catastróficas; y el tipo de actividad/compulsión que reduce la ansiedad. De este modo, obtiene ocho subtipos, de los cuales, sólo seis son observables en la realidad clínica, en concreto: comprobación-limpieza; orden-limpieza; repetición; y tres modalidades de obsesivos puros (García-Soriano et al., 2008).

Estos subtipos no son mutuamente excluyentes, como indica el grupo de Foa (Foa et al., 1985; Kozak et al., 1987), algo que también afirman Silva y Rachman (1992), de forma que una misma persona puede padecer síntomas de varios tipos. Además, en esta clasificación tienen en cuenta tendencias generales o cuestiones de grado, por lo que su modelo adquiere una perspectiva dimensional, más que excluyente (García-Soriano et al., 2008).

Si se integran estas propuestas, como afirman Pena-Garijo y Ruipérez (2012), podemos concluir que estos autores proponen siete categorías de TOC, no excluyentes: obsesiones puras; compulsiones de limpieza/lavado; compulsiones de comprobación;

compulsiones de repetición; compulsiones de orden; compulsiones de acumulación; y lentitud.

3.2.2 La perspectiva empírica.

Frente a las clasificaciones más teóricas, las racionales, podemos encontrar otra vía de estudio del TOC que da lugar a las taxonomías empíricas. Estos análisis, en general, utilizan listados de síntomas evaluados por medio de autoinformes o entrevistas semiestructuradas. Además, se pueden distinguir dos aproximaciones al estudio del TOC, en función del estudio de población TOC o población no clínica y en función del uso de instrumentos de medida de la sintomatología asociada al trastorno o de pensamientos intrusos análogos a las obsesiones (García-Soriano et al., 2008).

Desde una primera aproximación se trata de describir subtipos o categorías homogéneas de sujetos con TOC. De este modo, los investigadores buscan establecer tipologías de pacientes en función de sus síntomas. La población utilizada en estos estudios es población clínica, y la técnica estadística, el análisis de clusters (García-Soriano et al., 2008).

La segunda aproximación, en cambio, trata de establecer conjuntos de síntomas, a los que, en un momento posterior, se asignarían los pacientes. Un mismo paciente podría encuadrarse en más de un subgrupo o conjunto de síntomas, puntuando en una o más dimensiones a la vez, por lo que no son mutuamente excluyentes. Los subtipos variarían a lo largo de un continuo de intensidad o presencia, constituyendo los extremos del mismo. Por lo tanto, estos subgrupos, en sí mismos, no existirían. La población utilizada en esta perspectiva es tanto población clínica como no clínica, asumiendo la continuidad entre la normalidad y la psicopatología. El análisis factorial es la técnica estadística utilizada por este enfoque (García-Soriano et al., 2008). De estas dos vías de estudio se hablará con mayor profundidad en los apartados siguientes.

3.2.2.1 Propuestas categoriales.

Dentro de este enfoque se han desarrollado un menor número de trabajos, tomando como referencia, en especial, la Y-BOCS-SC. Es de destacar que el consenso entre estos estudios es escaso.

En resumen, a partir de diferentes estudios se constatan, según García-Soriano et al. (2008) cinco conjuntos bastante consistentes de contenidos obsesivos. De ellos, tres suelen aparecer de forma aislada o más diferenciada: a) contaminación/limpieza, b) simetría/orden y c) obsesiones religiosas y sexuales. Además, aparecen otros dos subtipos o factores: acumulación (tanto como factor único como unido a simetría o comprobación) y agresión/comprobación (juntos en la mayor parte de los casos, aunque en ocasiones se asocian a las obsesiones sexuales y religiosas).

En el apartado nº1 de los resultados “Estudios basados en el enfoque categorial”, se ampliará la información acerca de estos trabajos desarrollados siguiendo esta concepción del trastorno.

3.2.2.2 Propuestas dimensionales.

Como señala García-Soriano et al. (2008), la aproximación al estudio de población no clínica se basa en los postulados cognitivos del trastorno y se ha realizado de dos maneras distintas: mediante el uso de instrumentos diseñados específicamente para evaluar obsesiones y compulsiones; y con instrumentos desarrollados para la evaluación de pensamientos intrusos obsesivos. Éstos últimos pueden considerarse el equivalente de las obsesiones en la población no clínica (García-Soriano et al., 2008).

Algunas de las teorías cognitivo-conductuales más influyentes y recientes han supuesto que los pensamientos obsesivos tienen sus raíces en algunos de los pensamientos experimentados por individuos de población no clínica. En un estudio pionero en este campo, Rachman y de Silva (1978) comprobaron que en la población general se experimentan pensamientos intrusivos desagradables que muchas veces eran

indistinguibles de las obsesiones clínicas en contenido y forma (Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo y Carrió 2004).

Como ha escrito Salkovskis, Richards y Forrester (1995), esta línea de investigación tiene, al menos, tres implicaciones: a) la necesidad de ofrecer datos empíricos que sirvan de soporte para la supuesta existencia de un continuo entre la normalidad y la psicopatología, en cuanto a las obsesiones, en contraste con los modelos que proponen una ruptura entre ambos planos; b) mostrar que la mera ocurrencia de pensamientos intrusivos no explica por sí sola el desarrollo de obsesiones, y c) que los estudios realizados con muestras no clínicas pueden ser razonablemente generalizados a la población clínica (Belloch et al., 2004).

Las diferencias entre las intrusiones normales y las obsesiones, como postularon Rachman y de Silva (1978), tienen una naturaleza cuantitativa, en relación con su intensidad y frecuencia. Algunos estudios indican también como aspectos diferenciales importantes el malestar asociado y el nivel de ansiedad causado por las obsesiones, la dificultad de controlarlas o sacarlas del pensamiento, el grado en que la persona utiliza conductas de neutralización para reducir la angustia, y las consecuencias en la vida de la persona. Desde el punto de vista clínico, el malestar asociado es la variable de mayor importancia. En resumen, el contenido de las intrusiones en la población general y en las obsesiones clínicas es, en esencia, similar, la diferencia se encuentra en el modo en que son procesadas. Según Salkovskis (1989), la respuesta de neutralización sería el elemento clave en el desarrollo final de las obsesiones. Este autor señala que el patrón obsesivo es generado debido a un tipo específico de evaluación: la responsabilidad por el posible daño derivado del contenido del pensamiento (Belloch et al., 2004). Rachman (1997, 1998) describe un mecanismo similar, aunque hace hincapié en el rol que juega las evaluaciones catastróficas hechas por el sujeto en relación del significado personal del pensamiento. Así, la persona cree erróneamente que dicho pensamiento revela su “naturaleza oculta” (Belloch et al., 2004).

Un modelo dimensional de TOC provee a los clínicos e investigadores de un encuadre más completo. Los pacientes monosintomáticos son poco frecuentes, por lo que dividir al TOC en subtipos mutuamente excluyentes es irracional e impracticable. Desde la perspectiva dimensional, cada paciente puntúa en una o más dimensiones sintomáticas. El foco se sitúa en los síntomas o comportamientos, no en grupos de pacientes. Además, esta aproximación asume que el fenómeno obsesivo-compulsivo está distribuido de forma normal entre la población general. La investigación en este campo, según Mataix-Cols, Rosario-Campos y Leckman (2005), debe concentrarse en encontrar los factores etiológicos generales y específicos que contribuyen al desarrollo de cada dimensión sintomática.

Pena-Garijo y Ruipérez (2012) señalan que la incorporación de propuestas dimensionales no tiene una total aceptación en la comunidad científica. Vallejo (2006), por ejemplo, considera que esta situación es negativa y que se ha llegado a ella a causa de varios factores, entre ellos, la utilización de diagnósticos descriptivos, el abandono de la fenomenología clínica, la confusión entre síntomas, síndromes y enfermedades, o la ausencia de una etiopatogenia específica.

3.2.3 Modelo de obsesiones autógenas/reactivas.

Lee y Kwon (2003) desarrollaron un modelo teórico sobre los Pensamientos Intrusos Obsesivos (PIO), en base a la solución factorial obtenida en sus estudios. Dicho modelo lo extrapolan a las obsesiones clínicas. Presentando variaciones, su trabajo recuerda a la distinción clásica entre obsesiones con y sin compulsiones. En su análisis factorial identificaron un factor como “Autógeno” y el segundo como “Reactivo” (García-Soriano et al., 2008).

Desde el punto de vista temático o de contenido, las obsesiones autógenas se corresponderían con las que Rachman (2003) definió como obsesiones (temática sexual, blasfema o religiosa, por ejemplo), mientras que las reactivas serían las consideradas clásicamente como obsesiones con compulsiones (contaminación, orden, comprobación,

por ejemplo). Sin embargo, esta diferenciación va más allá de la simple caracterización fenotípica y, centrándose en la importancia del contenido de las obsesiones, postula un modelo teórico sobre los posibles factores cognitivo-conductuales implicados en su desarrollo (García-Soriano et al., 2008). Cada tipo de obsesiones elicit diferentes reacciones emocionales, evaluaciones y estrategias de control. Los temas relacionados con el grupo de obsesiones autógenas se parecen a un cluster de síntomas obsesivo-compulsivos identificado en la mayoría de los estudios, relacionado con el concepto clásico de “obsesiones puras” (Belloch, Morillo y García-Soriano 2007).

Además de las diferencias en los contenidos, los autores también sugieren otras características distintas entre ambas categorías, como la identificabilidad del estímulo detonador, la egodistonía causada por las obsesiones y/o compulsiones y la racionalidad percibida en relación al contenido de la obsesión. Las obsesiones autógenas tienden a aparecer de forma abrupta en la consciencia sin un estímulo evocador identificado, son percibidas como egodistónicas y aversivas y son activamente rechazadas por los sujetos debido a su contenido. Las obsesiones reactivas son evocadas por estímulos externos identificables, son percibidas relativamente realistas y las personas suelen realizar conductas “racionales” para luchar contra el estímulo. En cuanto a las evaluaciones, las obsesiones autógenas están especialmente asociadas con valoraciones acerca de la importancia del pensamiento y de su control, mientras que las reactivas están, sobre todo, relacionadas con la responsabilidad. Las estrategias de control también difieren, siendo más frecuente la evitación entre las autógenas (con el objetivo de controlar o suprimir los pensamientos en sí mismos), mientras que entre las reactivas se observa una confrontación más realista con el estímulo evocador (a fin de modificar las situaciones problemáticas o de poner al individuo de nuevo en un estado seguro), por lo general, por medio de compulsiones manifiestas (Belloch et al., 2007).

3.2.3.1 Otras aproximaciones a la heterogeneidad.

Pena-Garijo (2012) considera un paso intermedio entre las propuestas unitarias y las propuestas heterogéneas y dimensionales al denominado espectro obsesivo-compulsivo. Las razones que dieron lugar a la propuesta de dicha consideración del trastorno son la presencia de síntomas obsesivos en otros trastornos, la comorbilidad y los subtipos, entre otras.

En los últimos años se ha ido incrementando el reconocimiento de que varios síndromes clínicos psiquiátricos pueden estar relacionados con el TOC. Éstos formarían una categoría inconfundible de trastornos interrelacionados, conocida como el “espectro obsesivo-compulsivo” (Ravindran, 1999).

Hollander (1993) propone el concepto de “espectro” de los trastornos mentales en este contexto de propuestas categoriales y dimensionales. Según Pena-Garijo y Ruipérez (2012, p.5) este concepto *“pretende superar la existencia de categorías aisladas e independientes e incorporar los modelos dimensionales al estudio de los mismos”*.

Dentro del espectro se incluyen entidades clínicas que, aparentemente, comparten con el TOC ciertas características de curso, clínicas, demográficas, etiopatogénicas, genéticas y terapéuticas (Pena-Garijo y Ruipérez, 2012). Ravindran (1999) también señala coincidencias entre las características fenomenológicas. Dichas entidades se clasificarían en función de tres dimensiones: compulsión-impulsión; cognitivo-motórica; y alta capacidad de introspección-baja capacidad de introspección (Pena-Garijo y Ruipérez, 2012).

En los extremos de la primera dimensión se situarían el TOC (extremo de la compulsión) y los trastornos antisocial y límite de la personalidad (extremo de la impulsión). El punto común en este grupo es la dificultad o incapacidad para inhibir o retrasar conductas repetitivas. Sin embargo, en función de si nos acercamos a un polo o a otro, la finalidad de dichas conductas es distinta. Mientras que en el territorio de la compulsión, la repetición de comportamientos sirve para disminuir la ansiedad asociada

a la presencia de obsesiones, el extremo de la impulsión motiva hacia la obtención de placer-satisfacción (Pena-Garijo y Ruipérez, 2012).

La dimensión cognitivo-motórica abarcaría desde la presencia de síntomas obsesivos puros hasta las conductas estereotipadas sin pensamientos obsesivos, de las cuales son representativos los trastornos neurológicos en los que predominan las conductas motoras (Pena-Garijo y Ruipérez, 2012).

Por último, el tercer continuo haría referencia al alto o bajo insight, es decir, a la alta o baja capacidad de introspección, representada por la alta capacidad de muchos obsesivos frente al bajo o nulo insight de trastornos como los dismórficos, los delirantes somáticos o la esquizofrenia con síntomas obsesivos (Pena-Garijo y Ruipérez, 2012).

En resumen, el espectro incluye trastornos de control de impulsos (como la tricotilomanía, el juego patológico, la compra compulsiva, onicofagia y la dermatilomanía), trastornos somatomorfos (por ejemplo, el trastorno dismórfico corporal y la hipocondriasis), trastornos de la alimentación, trastornos de la conducta sexual, así como el Síndrome de Tourette y otros trastornos del movimiento (Ravindran, 1999).

A menudo, los trastornos psicóticos que cursan con sintomatología obsesiva reciben el nombre de “trastornos esquizo-obsesivos”, “TOC delirante o esquitotípico” y “esquizofrenia obsesiva”. Recientemente, el subsíndrome del TOC, que no cursa con discapacidad ni con malestar, ha sido añadido a la lista (Ravindran, 1999).

La similitud fenomenológica entre las obsesiones y compulsiones del TOC y las “preocupaciones” que aparecen en los trastornos del espectro han sido bien descritas. Éstas están relacionadas con la naturaleza y el contenido de los pensamientos, el malestar y la discapacidad asociados, la autoevaluación frecuente y la necesidad del alivio (Ravindran, 1999).

Al igual que el TOC, los trastornos del espectro suelen comenzar en la adolescencia o en la vida adulta temprana, siguiendo un curso crónico con síntomas fluctuantes.

También se ha constatado la presencia frecuente de depresión y ansiedad, así como abuso de sustancias (Ravindran, 1999).

4 Estructura del trabajo y objetivos.

En este apartado se ha incluido información que servirá de base teórica para enmarcar los resultados que se detallan en la segunda parte de este trabajo. Se ha comenzado haciendo un breve recorrido por la evolución histórica del término “obsesión”, por su relevancia a la hora de entender su fuerte vinculación con las compulsiones y con el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). A continuación se han indicado brevemente los principales modelos explicativos del trastorno, enfatizando los aspectos relacionados con los síntomas obsesivos. El tercer apartado recorre las principales concepciones de las obsesiones, las cuales mantienen una relación de influencia recíproca con las taxonomías propuestas de éstas, sirviendo de marco de referencia las primeras y siendo, a su vez, modificadas por los resultados que se van obteniendo en los estudios a los que dan lugar.

La segunda mitad del trabajo contendrá los resultados obtenidos por las investigaciones realizadas en base al marco teórico ofrecido con anterioridad. Se comenzará incluyendo las aportaciones de los estudios basados en el enfoque empírico categorial, seguido del enfoque empírico dimensional y de la evidencia aportada por los estudios relacionados con el modelo de obsesiones autógenas/reactivas. El trabajo finalizará con un apartado de conclusiones y discusión final.

La pregunta de revisión que dio lugar a la temática de este Trabajo de Fin de Grado se corresponde con el objetivo general: Analizar la representación de las obsesiones en relación a las taxonomías e investigación relacionadas con el TOC. Para ello, se han formulado tres objetivos específicos:

- Analizar la representación de las obsesiones en las principales taxonomías del TOC.

- Analizar la representación de las obsesiones en los principales instrumentos utilizados en investigación para la evaluación del TOC.
- Analizar qué aproximación o marco conceptual de las obsesiones tiene un mayor peso actualmente, en relación a aquél que más investigación está generando.

Se ha encontrado evidencia de la presencia de obsesiones tanto en diversos trastornos, además del TOC, como en población no clínica. Como indican Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo y Carrió (2004), Rachman y de Silva (1978) comprobaron que en la población general se experimentan pensamientos intrusivos desagradables que muchas veces eran indistinguibles de las obsesiones clínicas en contenido y forma. Los principales manuales de diagnóstico no especifican tipos de obsesiones, ofreciendo, en el caso de la CIE-10, sólo tres subtipos de TOC basados en el predominio de síntomas obsesivos, compulsivos o ambos, y considerando al TOC como trastorno unitario (Pena-Garijo y Ruipérez, 2012). Por ello, considero importante analizar mediante esta revisión bibliográfica cuál es la situación actual de las obsesiones en relación con su representación en la conceptualización e investigación del TOC, ya que un mayor conocimiento de la psicopatología del paciente permitirá al clínico realizar una intervención más eficaz, a lo que contribuirá el conocimiento aportado por la investigación en el campo.

Metodología

La estrategia seguida para la realización de la búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo a través de las bases de datos PsycInfo y Medline. Los términos clave utilizados han sido “Obsesiones” y “Obsessions” en combinación con “TOC”, “Subtipos”, “Types”, “Prevalence”, “Taxonomies” y “Etiology”. Se admitieron resultados tanto en inglés como en castellano, posteriores al año 2003 y, preferentemente, artículos de revista o metaanálisis.

En la búsqueda inicial, introduciendo únicamente el término “Obsessions” se obtuvieron 4326 resultados en PsycInfo y 545 en Medline. Añadiendo los criterios de exclusión referentes a la fecha de publicación e idioma anteriormente indicados, se redujeron estas cifras resultando 1489 artículos en PsycInfo, de los cuales quedan 938 artículos si sólo se consideran los artículos de revista.

A continuación, se realizó una búsqueda sistemática utilizando los criterios de exclusión invariablemente y cruzando los términos “Obsesiones” y “Obsessions” con otros descriptores. De este modo, la combinación de “Obsesiones OR TOC” dio lugar a 29 resultados; “Obsesiones OR TOC OR subtipos” amplía esta muestra a 47; “Obsesiones OR TOC AND subtipos” la reduce a 4; “Obsessions AND etiology” obtiene 37 resultados; y, finalmente, “Obsessions AND taxonomies” obtuvo 10 resultados. Es de destacar que, si se introduce el término “Obsesiones” sin ningún límite de búsqueda adicional, sólo se muestran 9 artículos.

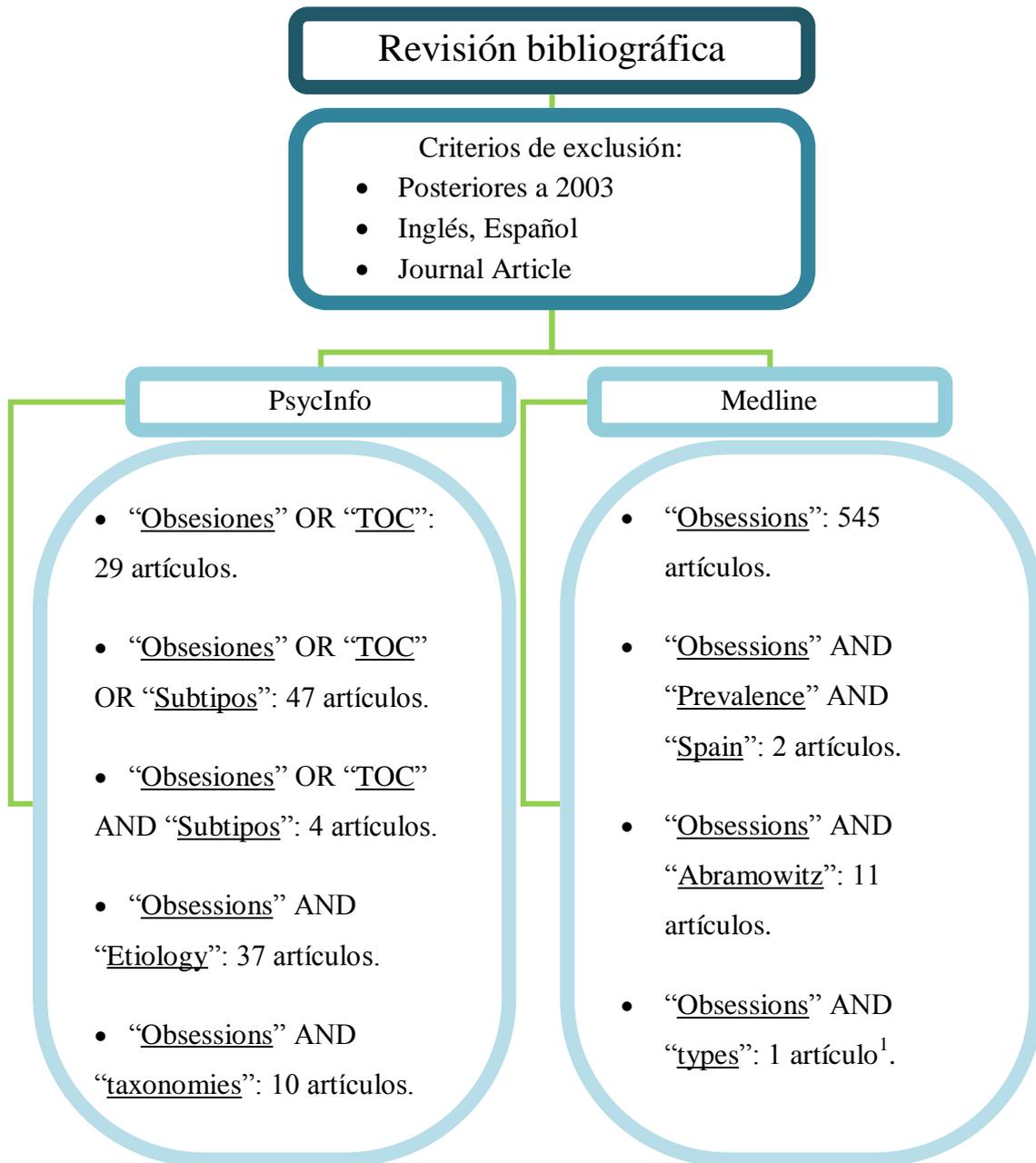
En la base de datos Medline se realizó una búsqueda complementaria utilizando el término “Obsessions” en las siguientes combinaciones: “Obsessions AND prevalence AND Spain” dio lugar a 2 resultados; “Obsessions AND Abramowitz” obtuvo 11

resultados; y, por último, “Obsessions AND types” dio lugar a 1 resultado (en esta búsqueda se modificó el tipo de archivo, de “Journal Article” a “Meta-analysis”).

Se seleccionaron todos aquellos artículos que hicieran referencia a algún tipo de síntoma obsesivo, de taxonomía de obsesiones o subtipos de TOC, a la estructura de algún cuestionario de evaluación de síndromes obsesivos, al análisis de la presencia de obsesiones en población general, a la presencia de obsesiones en otros trastornos y, en general, a todos aquellos resultados que incluyesen algún tipo de información sobre obsesiones bien en sí mismas o en relación con el TOC. Posteriormente, se leyeron los resúmenes de los artículos y se seleccionaron aquellos más adecuados para este trabajo, teniendo en cuenta los objetivos planteados.

De modo adicional, también se utilizó como estrategia de búsqueda la revisión de las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados.

Figura 1. Esquema de la estrategia de búsqueda bibliográfica.



¹ Se sustituyó el criterio “Journal Article” por “Meta-analysis”.

Resultados

1 Estudios basados en el enfoque dimensional.

Como se explicaba anteriormente, este enfoque, dentro de las aproximaciones empíricas a la clasificación de las obsesiones en el TOC, utilizó en sus investigaciones tanto población clínica como no clínica. En este apartado, se comenzará exponiendo los principales resultados relativos al análisis de la población no clínica para, posteriormente, centrarse en la población TOC.

Existen estudios que avalan la hipótesis del continuo, arrojando datos empíricos sobre la presencia de obsesiones en la población general. Blom, Hagestein-de Bruijn, de Graaf, ten Have y Denys (2011) analizaron una amplia muestra de población holandesa, obtenida del NEMESIS (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) y evaluada con el CIDI (Composite International Diagnostic Interview). Se obtuvo información de la relación entre calidad de vida y obsesiones a través del SF-36 (Short Form 36 Health Survey) y el GHQ (General Health Questionnaire). Se concluyó que las obsesiones se manifiestan frecuentemente en la población general, asociándose con una disminución funcional en muchas áreas de la salud y bienestar. Los pensamientos intrusivos muestran una alta presencia entre la población y son semejantes a las obsesiones en forma y contenido. Además, se encontró una mayor presencia de obsesiones en relación con el padecimiento de otros trastornos del DSM-III-R, especialmente con aquellos del eje I.

En cuanto a la población española, el estudio de Belloch et al. (2004) concluye que la experiencia de pensamientos intrusivos en población española no clínica es especialmente alta: casi todos los sujetos (99,4%) manifestaron haber experimentado, al

menos alguna vez, uno de los 52 pensamientos obsesivos listados en el ROII (Obsessional Intrusions Inventory-Revised). La muestra utilizada por las autoras estaba constituida por 336 sujetos; la aplicación de la prueba fue realizada por estudiantes de último año de la carrera de Psicología, entrenados en el propósito de la investigación, los actuales modelos cognitivos de obsesiones y en el manejo de los instrumentos utilizados. Cada estudiante aplicó los instrumentos de evaluación de forma individual a cinco personas. Éstas debían tener una edad comprendida entre los 18 y 60 años, un buen nivel de lectura y no contar con un historial reciente de trastornos mentales (en el último año). Los resultados mostraron que la frecuencia en que estos pensamientos eran experimentados fue baja, por lo que los autores sostienen que dicho dato apoya la hipótesis que postula diferencias cuantitativas de frecuencia entre la aparición de pensamientos intrusos y obsesiones clínicas.

Para la evaluación de la frecuencia de los pensamientos intrusos obsesivos (PIO) en población normal se han desarrollado diferentes instrumentos. La mayoría de estos instrumentos parten de una definición amplia de PIO, de modo que también incluyen en su evaluación los pensamientos automáticos negativos o las preocupaciones. Por ello, en la revisión realizada por García-Soriano et al. (2008), las autoras se centran en el único instrumento con el que se han realizado factorizaciones sólo de los contenidos de los PIO, ya que otros trabajos realizados también habían incluido otras variables, como la molestia, su duración o aceptabilidad. Dicho instrumento es el Inventario de Intrusiones Obsesivas (OII), así como el Inventario de Intrusiones Obsesivas Revisado (ROII) y la adaptación del mismo realizada por este grupo, el Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOs).

De este modo, García-Soriano et al. (2008), destacan una serie de estudios realizados con estos instrumentos, comenzando por el de Purdon y Clark (1993). Estos autores encontraron, a partir de una serie de análisis factoriales exploratorios del OII, una estructura de un factor sobre temas sexuales y agresivos entre los hombres, y dos factores en el caso de las mujeres (contenidos de sexo y agresión y suciedad y

contaminación). Belloch et al. (2004), utilizando la misma técnica, aunque la versión revisada del cuestionario (el ROII), concluyeron que la solución factorial que mejor se ajustaba, para ambos sexos, fue la de dos factores, equivalente a grandes rasgos a la obtenida por los autores anteriores para la muestra de mujeres. Del mismo modo, Lee y Kwon (2003) también han estudiado la estructura factorial del ROII, confirmando la estructura de dos factores, los cuales se ajustan a su modelo teórico de obsesiones autógenas y reactivas. En la tabla 1 se esquematiza la información relativa a estos trabajos.

Lee y Kwon (2003), en su análisis factorial, identificaron un factor como “Autógeno”, que sería equivalente al primer factor de Purdon y Clark (1993) y Belloch et al. (2004), y que contendría contenido sexual, agresivo, inmoral o blasfemo. El segundo factor, “Reactivo”, haría referencia al factor encontrado por Purdon y Clark (1993) en las mujeres y al identificado por Belloch et al. (2004), incluyendo temas de contaminación, accidentes, orden, simetría y errores. Moulding, Kyrios, Doron y Nedeljkovic (2007) han constatado recientemente que la estructura bidimensional propuesta por Lee y Kwon (2003) tiene un mejor ajuste que la unidimensional (García-Soriano et al., 2008). La evidencia suscitada por la investigación realizada en base a este modelo se especificará más adelante.

Tabla 1. Estudios realizados con población general. Análisis de la estructura de los cuestionarios de evaluación de PIOs.

Estudio	Instrumentos	Resultados
Purdon y Clark (1993)	OII	Hombres: Un factor (contenido sexual y agresivo) Mujeres: dos factores (Contenido sexual y agresivo/ contenido contaminación y suciedad).
Lee y Kwon (2003)	ROII	Dos factores: “Autógenas” (contenido sexual, agresivo, inmoral o blasfemo) y “Reactivas” (contaminación, accidentes, orden, simetría y errores).
Belloch et al. (2004)	ROII	Estructura de dos factores semejante a la de Purdon y Clark (1993) para las mujeres.

Blom et al. (2011)	CIDI SF-36 GHQ	PIOs frecuentes en población general. Semejantes a obsesiones en contenido y forma.
---------------------------	----------------------	---

Retomando los instrumentos diseñados para la evaluación de los PIO en la población general, es importante hacer referencia al INPIOs. Éste incluye una mayor heterogeneidad de contenidos obsesivos y ha sido validado para el contexto español. A través de análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, se ha constatado que la estructura más ajustada para su contenido está formada por 6 factores de primer orden, englobados en una estructura superior de segundo orden de dos factores, en gran medida equivalentes a los factores “autógeno” y “reactivo” (García-Soriano et al., 2008).

Por otra parte, el enfoque dimensional también ha realizado estudios con población TOC. Los primeros trabajos desde esta perspectiva se realizaron a partir del análisis de la estructura de los instrumentos que evalúan síntomas obsesivo-compulsivos. El primer estudio realizado fue el de Hodgson y Rachman (1977) en el que se desarrolló el Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley (MOCI). Ante sus limitaciones, no incluye ítems con obsesiones ni con compulsiones encubiertas, se desarrolla el Inventario de Padua (PI), que incluye síntomas cognitivos y conductuales que miden tanto obsesiones como compulsiones. Con estos primeros instrumentos se observó de forma consistente la presencia de tres dimensiones que, en general, contienen tanto obsesiones como compulsiones asociadas a limpieza, duda-comprobación y obsesiones “puras”. Sin embargo, la principal limitación de ello es que dichas dimensiones son el reflejo de aquéllas sobre las que se desarrollaron los instrumentos y representan los síntomas más reconocidos en la literatura del TOC en ese momento. Por ello, se desarrolló la Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones (Y-BOCS), utilizándose su listado de síntomas como instrumento de elección en el estudio de la heterogeneidad del TOC. Éste constituye el listado más amplio de obsesiones y compulsiones y se centra en el contenido de las mismas. Recoge 15 categorías de obsesiones y compulsiones en función de la expresión conductual (por ejemplo, lavado)

o del contenido temático (por ejemplo, agresión, contaminación). Dichas categorías surgen del juicio clínico y, en la mayoría de los trabajos se consideran 8 categorías de obsesiones (agresivas, contaminación, sexuales, acumulación, religiosas, somáticas, simetría y misceláneas/diversas) y 7 de compulsiones (limpieza, comprobación, conteo, orden, acumulación, repetición y misceláneas/diversas) (García-Soriano et al. 2008).

A continuación se incluye una adaptación de la tabla elaborada por García-Soriano et al. (2008) en su trabajo de revisión. En ella se indican una serie de trabajos realizados sobre población TOC en los que se utilizó, como herramienta de estudio, la Y-BOSC-SC.

Tabla 2. Estudios que analizan la estructura del Y-BOSC-SC a través del análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Población TOC. Adaptado de García-Soriano et al. (2008).

Estudio	N Muestra	Solución factorial
Baer (1994)	107	1. Simetría y acumulación. 2. Limpieza y comprobación. 3. Obsesiones puras.
Hantouch et al. (1996)	615	1. Obsesiones de simetría y Compulsiones de orden, repetición, conteo. 2. Obsesiones de duda y contaminación y Compulsiones de limpieza y comprobación. 3. Obsesiones puras: sexuales, religiosas y agresivas.
Leckman et al. (1996)	208	1. Obsesiones puras y Compulsiones de comprobación. 2. Simetría y orden. 3. Contaminación/limpieza. 4. Acumulación.
Mataix-Cols et al. (1999)	354	1. Simetría/orden. 2. Acumulación. 3. Contaminación/limpieza. 4. Obsesiones agresivas y de comprobación. 5. Obsesiones religiosas y sexuales.
Tek y Ulug (2001)	45	1. Contaminación/limpieza. 2. Simetría/orden. 3. Agresión/conteo. 4. Obsesiones religiosas y sexuales. 5. Compulsiones de comprobación y acumulación.
Cavanilli et al. (2002)	180	1. Contaminación/limpieza 2. Acumulación. 3. Obsesiones religiosas, agresivas, sexuales y somáticas y Compulsiones de comprobación. 4. Simetría y orden. 5. Repetición, contar.

Feinstein et al. (2003)	160	<ol style="list-style-type: none"> 1. Simetría/orden. 2. Contaminación/limpieza. 3. Acumulación. 4. Obsesiones sexuales y religiosas.
Denys et al. (2004)	335	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contaminación/limpieza 2. Obsesiones puras. 3. Obsesiones somáticas y comprobación. 4. Simetría y perfeccionismo. 5. Valoración de alto riesgo y comprobación.
Hasler et al. (2006)	153	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obsesiones agresivas, sexuales, religiosas, somáticas y Compulsiones de comprobación. 2. Obsesiones de simetría, rituales de repetición, Compulsiones de conteo, orden. 3. Obsesiones de contaminación y Compulsiones de limpieza. 4. Obsesiones y Compulsiones de acumulación.
Cullen et al. (2007)	92	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obsesiones puras: sexuales, religiosas, agresivas y somáticas. 2. Contaminación y limpieza. 3. Simetría/orden. 4. Acumulación.
Matsunag et al. (2008)	343	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contaminación/limpieza. 2. Acumulación. 3. Simetría/repetición y orden. 4. Síntomas agresivos y de comprobación.

Desde los modelos cognitivos y este enfoque dimensional, como se ha indicado anteriormente, se asume la continuidad entre la frecuencia en que se experimentan intrusiones de tipo obsesivo en la población general y las obsesiones clínicas. Las diferencias en los extremos del continuo se basarían en la frecuencia y no en el contenido de los pensamientos obsesivos. Un punto de interés sería comprobar si las agrupaciones de PIO son equiparables a las de obsesiones y compulsiones. De este modo, si se compara la estructura bifactorial del ROII con las extraídas del Y-BOCS, la dimensión “autógena” se correspondería con los contenidos de las obsesiones sexuales, religiosas y agresivas, y la “reactiva” con las obsesiones del resto de las escalas. El modelo ofrecido por el INPIOs permite aunar ambas aproximaciones, tanto la derivada de la utilización de instrumentos de evaluación de PIOs, como el ROII, y la derivada del trabajo con instrumentos de estudio de síntomas obsesivo-compulsivos (García-Soriano et al. 2008).

1.1 Críticas y limitaciones de la perspectiva dimensional.

Como apunta Pena-Garijo et al. (2012), los intentos por dividir el TOC en subtipos mutuamente excluyentes han resultado infructuosos. Mataix-Cols et al. (2005) y Bloch, Landeros-Weisenberger, Rosario-Campos, Pittinger y Leckman (2008) han revisado datos de diversos estudios meta-analíticos que aportaron datos de más de 2000 pacientes. Éstos constatan una importante consistencia y estabilidad temporal de las dimensiones sintomáticas. Las dimensiones, aunque de modo imperfecto, han sido capaces de explicar una gran parte de la varianza de los estudios previos.

Los estudios realizados dirigen la investigación hacia propuestas dimensionales en el estudio del TOC. Sin embargo, la evidencia actual todavía es insuficiente. La estructura de los síntomas obsesivo-compulsivos no es definitiva y quedan puntos pendientes. Por ejemplo, en relación con los instrumentos de medida, es necesario desarrollar nuevas herramientas fiables que confirmen la estructura dimensional del trastorno. La Y-BOSC es una lista exhaustiva de la sintomatología más común del TOC, lo que contribuye a mejorar el sesgo sintomatológico de otros instrumentos. Sin embargo, aún están por determinar sus propiedades psicométricas y, a pesar de que los estudios factoriales han sido bastante coherentes, las dimensiones obtenidas con ella varían entre 3 y 6 (Pena-Garijo et al., 2012).

Pena-Garijo et al. (2012, p.16) manifiestan estar de acuerdo con García-Soriano et al. (2008) cuando éstos afirman que, a pesar de las limitaciones encontradas en las propuestas dimensionales, es a partir de éstas donde *la investigación actual está demostrando mayores avances en la caracterización del TOC, exhibiendo una psicopatología más compleja y una descripción más rica que las propuestas unitarias.*

En dicho estudio, Pena-Garijo et al. (2008) apuntan ciertas limitaciones de los estudios sobre la dimensionalidad del trastorno. Por ejemplo, señalan que ciertos contenidos o modalidades de obsesiones no suelen aparecer en las investigaciones porque no se incluyen en los instrumentos de evaluación que se vienen utilizando, o

porque están infravaloradas en ellos. Uno de estos tipos de obsesiones serían las somáticas. Sin embargo, sería necesario replantearse si este tipo de síntomas y/o contenidos son representativos del TOC o de otros trastornos, como la hipocondría o la dismorfofobia.

Otra limitación importante es el hecho de que todas las clasificaciones se basan en medidas de autoinforme, cuya validez y fiabilidad no son perfectas, pero, sobre todo, en el conocimiento acerca del trastorno disponible en el momento de elaborar el instrumento. Ninguno de las herramientas diseñadas representa de forma exhaustiva todas las manifestaciones que se han observado del TOC. La Y-BOSC-SC, a pesar de mejorar la validez de contenido ofrecida por los instrumentos anteriores, obvia algunos síntomas relevantes y otros los incluye en la categoría de “misceláneas”, la cual ha sido ignorada en muchos estudios. Los instrumentos posteriores (OCI-R, VOICI, C-BOCI) no se han diseñado con el objetivo de mejorar la escala anterior ni para evaluar la heterogeneidad del TOC, sino para detectar a personas que padecen este trastorno. En cuanto al ROII, tampoco abarca todos los contenidos de PIO de forma representativa, sobrerrepresentando la temática agresiva, sexual y religiosa y sin incluir algunos contenidos (como los supersticiosos o la acumulación). El INPIOs, por su parte, mejora la representatividad de los contenidos obsesivos, si bien la investigación con este instrumento está aún en sus inicios (García-Soriano et al., 2008). Barajas (2002) señala que el MOCI (Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory) no parece ser útil a la hora de evaluar a pacientes con predominio obsesivo, ya que en él se sobrerrepresentan los rituales motores. Aunque pueda utilizarse como instrumento de detección, puede que no sea capaz de reflejar la magnitud real del problema.

Otro aspecto a determinar es en qué medida los trabajos publicados en relación a la heterogeneidad del trastorno incluyen elementos que, quizá, constituyen trastornos independientes o complementarios. En este punto cabe destacar la controversia no resuelta en torno a la conducta de acumulación (García-Soriano et al., 2008).

García-Soriano et al. (2008) señalan que la limitación más importante es la que hace referencia a la medida en que la caracterización basada en el fenotipo o en los síntomas puede ayudar a un mayor entendimiento del TOC. La variedad sintomatológica de los pacientes hace difícil la tarea de asignar a los sujetos a los grupos, una vez establecida la taxonomía y variables relacionadas. Un enfoque basado únicamente en el contenido de las obsesiones ayudaría muy poco a encontrar el subtipo de TOC al que un paciente se ajusta.

Por último, destacan que queda todavía por resolver la cuestión de si el TOC se ajusta mejor a un modelo de subtipos discretos o a uno dimensional. El estudio de Haslam, Williams, Kyrios, McKay y Taylor (2005) trata de determinar, a través de procedimientos estadísticos taxométricos, cuál es la mejor aproximación al trastorno. Los resultados obtenidos, aunque no son concluyentes, apoyan la utilización de un modelo dimensional para la comprensión de los síntomas de comprobación y contaminación, y una aproximación categorial para el caso de los síntomas obsesivos. De este modo, la comprobación y la limpieza podrían ser síntomas presentes en mayor o menor medida en todos los individuos con TOC, mientras que la obsesividad sería un subtipo, presente o no en el sujeto. Este estudio plantea una solución a la controversia apoyando una aproximación mixta. Sin embargo, presenta limitaciones como, entre otras, que sólo contrastan tres grupos de síntomas TOC (García-Soriano et al., 2008).

Las discrepancias también giran en torno al grupo de obsesivos “puros”, aquellos pacientes en los que predominan los síntomas obsesivos sin compulsiones asociadas. Williams, Farris, Turkheimer, Pinto, Ozanick, Franklin, Liebowitz, Simpson y Foa (2011) sugieren que la asociación entre las obsesiones puras y las compulsiones mentales podría haberse pasado por alto, ya que éstas habrían sido tradicionalmente omitidas. Estos autores afirman haber demostrado, mediante un nuevo análisis factorial, que las compulsiones mentales y de comprobación excesiva² están asociadas con la

² Traducido de “Reassurance-seeking”.

dimensión sintomática descrita en la literatura como “obsesiones puras”, “pensamientos taboo” o “pensamientos inaceptables”.

2 Estudios basados en el enfoque categorial.

Desde este enfoque, como se indicaba anteriormente, se han realizado un menor número de trabajos, tomando como referencia, sobre todo, la escala Y-BOCS-SC (García-Soriano et al., 2008).

El primer trabajo realizado fue el de Khanna, Kaliaperumal y Channabasavanna (1990). Éste utilizó una muestra de 410 pacientes, evaluados en 37 características basadas en la forma (pensamientos, dudas, impulsividad, repetición, etc.) y en el contenido de los síntomas obsesivo-compulsivos (por ejemplo, obsesiones sobre sexo o compulsiones de limpieza). El análisis dio lugar a los siguientes clusters o agrupaciones de pacientes: a) comprobadores, b) limpiadores, c) obsesionados con el pasado, d) impulsos de realizar conductas que podrían ser embarazosas, e) impulsos de agresión y f) evitación de lugares y situaciones (un cluster muy relacionado con las fobias) (García-Soriano et al., 2008).

El mayor número de trabajos realizados siguiendo esta metodología los ha llevado a cabo el grupo de Calamari. En su primera publicación, Calamari et al. (1999) obtienen 5 categorías o clusters, dentro de los cuales, las obsesiones de simetría se encuentran compartidas por el primero y el cuarto. Dos trabajos posteriores (Calamari et al., 2004) registran 5 y 7 factores respectivamente. Este grupo concluye que la estructura que parece ajustarse más a la realidad del TOC está formada por 7 clusters: a) contaminación, b) daño, c) acumulación, d) obsesivos, e) simetría, f) certeza y g) contaminación/daño mental (García-Soriano et al., 2008).

La versión revisada del Y-BOCS-SC fue utilizada por Abramowitz et al. (2003). Ésta contiene una categoría específica para la neutralización mental y revisión mental. Precisamente, los autores pretendían evaluar mejor los rituales y compulsiones

mentales. Para sus resultados, la agrupación de 5 clusters fue la mejor opción: a) obsesiones de agresión y compulsiones de comprobación, b) obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza, c) obsesiones y compulsiones de acumulación, d) obsesiones de simetría y compulsiones de orden y e) obsesiones moralmente problemáticas (agresivas, sexuales y religiosas) y rituales encubiertos (García-Soriano et al., 2008).

Tabla 3. Estudios que analizan la estructura del Y-BOSC-SC a través del análisis cluster. Adaptado de García-Soriano et al. (2008).

Estudio	N Muestra	Clusters
Khanna et al. (1990)	410	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobadores. 2. Limpiadores. 3. Obsesionados con el pasado. 4. Impulsos de realizar conductas que podrían ser embarazosas. 5. Impulsos de agresión 6. Evitación de lugares y situaciones.
Calamari et al. (1999)	106	<ol style="list-style-type: none"> 1. Daño: altas O de agresión y C de comprobación; O simetría. 2. Acumulación: altas O acumulación y contaminación y C acumulación. 3. Contaminación: altas O contaminación y C limpieza. 4. Certeza: altas O y C varias (somáticas, misceláneas, agresivas, comprobación, simetría). 5. Obsesivos: altas O y C misceláneas.
Calamari et al. (2004)	114	<ol style="list-style-type: none"> 1. Daño: O de daño y C comprobación. 2. Simetría. 3. Contaminación. 4. Certeza. 5. Obsesivos.
Calamari et al. (2004)	334	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contaminación. 2. Daño. 3. Acumulación. 4. Obsesivos. 5. Simetría. 6. Certeza. 7. Contaminación/Daño (contaminación mental).
Abramowitz et al. (2003)	132	<ol style="list-style-type: none"> 1. Daño: altas O agresivas y C comprobación. 2. Contaminación: altas O contaminación y C limpieza. 3. Acumulación: altas O y C acumulación. 4. Simetría: mayores puntuaciones en O simetría y C orden. 5. Inaceptables: mayores puntuaciones O agresivas, sexuales y religiosas, y rituales encubiertos.

3 El modelo de obsesiones autógenas/reactivas puesto a prueba.

El modelo de obsesiones autógenas y reactivas ha sido puesto a prueba en diversos trabajos. Belloch, Morillo y García-Soriano (2006) diseñaron un estudio en el cual analizaron la diferenciación entre las obsesiones autógenas y reactivas en 39 pacientes con TOC. La utilización de población TOC tiene su motivo en el hecho de que la evidencia empírica de este modelo se ha obtenido de muestras no clínicas, hasta la fecha. Las autoras utilizaron una batería de test conformada por: la Y-BOSC, el MOCI, el PI-WSUR (Padua Inventory-Washington State University Revision), el ROII, el ICO (Inventario de Creencias Obsesivas), el WBSI, el TCQ, el BDI, el ATQ (Automatic Thoughts Questionnaire) y el PSWQ. Los resultados indican que no se obtiene una relación significativa entre ambos tipos de obsesiones, lo cual sugiere que son relativamente independientes, apoyando su consideración como dos tipos diferentes de síntomas TOC, tal y como ha sido postulado por Rachman. Sin embargo, esto no implica que un mismo paciente deba ser adscrito a un tipo o al otro de forma exclusiva. En el estudio se encontró que los pacientes indicaban experimentar ambos tipos de obsesiones, aunque la intensidad con la que las autógenas o las reactivas eran percibidas fue diferente entre los sujetos, indicando, por lo tanto, una caracterización dimensional de estos subtipos de TOC.

La ausencia de relación entre los contenidos de las obsesiones autógenas y los tres instrumentos más ampliamente utilizados en la evaluación de la severidad del TOC puede indicar que éstos no están adecuadamente diseñados para evaluar la presencia de obsesiones de temática agresiva, sexual o blasfema, las cuales son los temas clásicos de las obsesiones puras o cognitivas y los principales entre el 20 y 30% de los pacientes obsesivo-compulsivos (Stein, Forde, Anderson y Walker, 1997). La única medida que registró adecuadamente dichas obsesiones fue la subescala de Impulsos de Daño³, del

³ Traducido de "Harming Impulses"

Inventario de Padua, la cual, a su vez, está asociada negativamente con las obsesiones reactivas. Dichos instrumentos mantienen correlaciones altas con este último tipo de obsesiones, indicando una sobrerrepresentación de las mismas. Belloch et al. (2006) consideran que estos resultados ponen de manifiesto una limitación de los instrumentos utilizados para diferenciar a los pacientes de TOC en base a los contenidos de sus obsesiones.

Los resultados también mostraron una asociación entre las obsesiones reactivas y los síntomas depresivos. Las autógenas mostraron relación con creencias disfuncionales. Altas puntuaciones en este tipo de obsesiones fueron asociadas con valoraciones elevadas de Responsabilidad, Importancia de los Pensamientos, Probabilidad de Fusión Acción-Pensamiento⁴, Importancia del Control del Pensamiento y Sobreestimación del Daño. Por el contrario, no se encontraron asociaciones significativas entre creencias disfuncionales y obsesiones reactivas, sino débiles relaciones entre éstas y las creencias propuestas en los modelos cognitivos actuales más influyentes, la Intolerancia a la Incertidumbre y el Perfeccionismo (Belloch et al., 2006).

Lee, Lee, Kim, Kwon y Telch (2005) han propuesto un continuo entre las obsesiones autógenas y la preocupación, con las obsesiones reactivas en medio de ambos. La preocupación excesiva es otra característica definitoria del TOC, así como del Tostorno por Ansiedad Generalizada (TAG). La preocupación se ha definido como el conjunto de pensamientos e imágenes cargados de afecto negativo y relativamente incontrolables (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983). Los autores resaltan diversos aspectos comunes entre las obsesiones y la preocupación como, por ejemplo, que ambas son experimentadas por la población general, tienen contenidos y formas idénticas entre población clínica y no clínica, muestran una alta frecuencia e incontrolabilidad en la población clínica en relación a la población no clínica y están asociadas con estados de ánimo negativos. En su estudio utilizaron una muestra compuesta por 435 estudiantes de

⁴ Traducido de "Likelihood-TAF".

licenciatura, a los que se les aplicaron diversos cuestionarios como el ROII, el WDQ-SF (Worry Domain Questionnaire-short form), el TES (Thought Examination Scale), el PSWQ (Penn State Worry Questionnaire), el OCI-R (Obsessive-compulsive Inventory-revised), el STAI-T (State-trait Anxiety Inventory-trait version), el BDI-II (Beck Depression Inventory) y el TCQ (Thought Control Questionnaire). Los resultados revelaron que las obsesiones reactivas, en relación a las autógenas, estaban más cerca de la preocupación. Aquellos sujetos que indicaron como su pensamiento más angustioso las obsesiones reactivas o la preocupación, informaron de un mayor uso de la preocupación como estrategia de control cognitiva en relación a los que indicaron las obsesiones autógenas. Los resultados sugieren que el tipo de evaluación y estrategia cognitiva difiere en función del tipo de intrusión mental. Aquéllos que presentan obsesiones autógenas muestran menor probabilidad de utilizar la preocupación como estrategia cognitiva de control en relación a los que presentan obsesiones reactivas. Los autores concluyen que estos tres tipos de intrusiones mentales forman un continuo teniendo en cuenta las relaciones halladas entre ellos.

El estudio mencionado anteriormente, llevado a cabo por Belloch et al., (2006) señala que ni las obsesiones reactivas ni las autógenas mostraron relación con la propensión a la preocupación (PSWQ). Esto contrasta con lo postulado por Lee et al. (2005). Sin embargo, las autoras proponen que esta discrepancia puede ser explicada si se tiene en cuenta las diferencias relativas a las muestras de ambos trabajos. De hecho, en un estudio realizado con sujetos no clínicos españoles (Belloch, Morillo y García-Soriano, 2005) se muestra una débil pero significativa asociación entre la preocupación y las obsesiones reactivas, al igual que en el estudio de Lee et al. (2005) con una muestra no clínica. Belloch et al. (2006) señalan que es importante destacar que el PSWQ mide una tendencia general y no específica hacia la preocupación, pero no mide dicha preocupación como una estrategia de control de las obsesiones.

Posteriormente, las mismas autoras, Belloch, Morillo y García-Soriano (2007), diseñaron un estudio con el objetivo de estudiar la utilidad del modelo en el contexto de

las aproximaciones cognitivas que proponen que el TOC surge a partir de un determinado grupo de creencias. En él participaron 330 adultos no clínicos. Utilizaron los siguientes instrumentos: el ROII, el ICO (Inventario de Creencias Obsesivas), el WSBI (White Bear Suppression Inventory), el TCQ, el MOCI (Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley), el BDI, el STAI y el PSWQ. Entre sus resultados, señalan que los individuos caracterizados como autógenos, además de presentar, como se esperaba, una mayor frecuencia de obsesiones del tipo autógeno, también informaban tener obsesiones reactivas en la misma medida que aquellos sujetos que indicaban una frecuencia baja de pensamientos intrusivos autógenos. Este punto no fue indicado por Lee et al. (2005) y coincide con lo apuntado en el estudio anterior. En opinión de Belloch et al. (2007), es una información importante ya que confirma la existencia de un continuo entre ambos tipos de obsesiones. En cuanto al malestar, en ambos grupos se encontraron niveles semejantes de síntomas de ansiedad, aunque el grupo autógeno se mostraba ligeramente más deprimido. Las obsesiones reactivas fueron asociadas con los síntomas obsesivo-compulsivos, y las autógenas con la presencia de juicios morales. En cuanto al modelo relacionado con la preocupación, el estudio aporta datos que confirman lo postulado por Lee et al. (2005). En general, los resultados confirman el modelo de obsesiones, aunque se obtuvo algún dato contradictorio, por ejemplo, no se encontró un nivel mayor de evaluaciones de responsabilidad entre las obsesiones reactivas.

3.1 Respaldo empírico del espectro obsesivo-compulsivo.

Ravindran (1999) señala que la comorbilidad dentro del espectro es frecuente y que de su estudio ha surgido la evidencia más fuerte de la conexión entre el TOC y el espectro obsesivo-compulsivo. Se han encontrado altas tasas de TOC en poblaciones de diferentes trastornos incluidos en el espectro. Del mismo modo, aunque a la inversa, hay numerosos informes acerca de la presencia de sintomatología ligada a trastornos del espectro en pacientes con TOC. Si vamos un paso más allá, podemos encontrar

evidencias de la presencia de TOC y síntomas del TOC en familiares de personas que padecen trastornos del espectro (Ravindran, 1999).

El trabajo de Pallatini, Grassi, Sarrecchia, Cantisani y Pellegrini (2011) arroja algunos datos acerca de cual es la presencia de las obsesiones en este modelo. Estudios epidemiológicos y clínicos recientes han confirmado la presencia de una fuerte asociación entre el TOC y los trastornos del estado de ánimo. La depresión es la complicación más frecuente en el TOC, sugiriéndose que los síntomas depresivos ocurren, normalmente, en respuesta al malestar y a la discapacidad funcional asociados con el trastorno obsesivo. Además, los autores indican que estos síntomas depresivos parecen estar más fuertemente asociados con las obsesiones que con los síntomas compulsivos. Por ello, el clínico debe analizar dichas obsesiones y diferenciarlas de las rumiaciones, las cuales están típica y exclusivamente relacionadas con la temática depresiva.

El TOC también es una de las más discapacitantes condiciones que coocurren con el Trastorno Bipolar. Dicha comorbilidad, en adultos, puede suponer un curso de TOC caracterizado por una alta presencia de ciertas obsesiones (agresivas/impulsivas, sexuales, religiosas o dudas obsesivas) y compulsiones (de control, acumulación, orden). Los pacientes que manifiestan esta comorbilidad han mostrado tasas mayores de pensamientos de muerte y suicidio, así como intentos de suicidio (Pallatini et al., 2011).

La coocurrencia del TOC y los Trastornos Psicóticos fue señalada por primera vez hace un siglo. Recientemente el interés por esta área se ha incrementado considerablemente, probablemente relacionado con los hallazgos de tasas de comorbilidad mayores de lo esperable y de la aparición o exacerbación de los síntomas obsesivo-compulsivos durante el tratamiento farmacológico con antipsicóticos atípicos. Esta comorbilidad se ha denominado con el término “esquizo-obsesivo”. En estos casos la evaluación del grado de insight no puede resolver la distinción entre una obsesión y un delirio. De este modo, ante una obsesión con pobre insight, el diagnóstico diferencial debe basarse en otros criterios. En relación a esto, Bottas, Cooke y Ritcher (2005)

señalan que el tipo de obsesiones y compulsiones encontrados en la esquizofrenia son similares fenomenológicamente a aquellas presentes en el TOC puro (Pallatini et al., 2011).

El TOC guarda muchas similitudes con el trastorno de pánico, por ejemplo, la polarización hipocondríaca. Con respecto al TAG (trastorno por ansiedad generalizada), existe un considerable solapamiento entre la preocupación en éste y las obsesiones en el TOC. Sin embargo, se distinguen por el hecho de que las preocupaciones en el TAG se centran en mayor grado en situaciones realistas, mientras que las obsesiones se consideran extrañas para el individuo y más raras en relación a lo natural. Abramowitz y Foa encontraron una asociación entre esta comorbilidad y altas tasas de indecisión y responsabilidad patológica entre adultos (Pallatini et al., 2011).

En cuanto al trastorno por estrés postraumático, Pallatini et al. (2011) destacan la descripción realizada por Zohar et al. (2009) de una serie de casos de cinco veteranos israelíes que fueron diagnosticados de TOC y Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) después de un trauma de combate. Los autores sugirieron la existencia de una relación biológica entre la exposición a un trauma y el desarrollo de TOC, basándose en el curso de los síntomas. Ambos trastornos tienen muchos elementos sintomáticos comunes.

En cuanto a los trastornos neurológicos, el TOC ha sido durante mucho tiempo asociado con la epilepsia. Estos pacientes muestran una tasa alta de obsesiones de limpieza, simetría/exactitud y orden, con una gran preocupación por ciertos aspectos religiosos. Del mismo modo, el trastorno se ha descrito con frecuencia en pacientes con Síndrome de Tourette, Corea de Sydenham, Corea de Huntington y Encefalitis de von Economo (Pallatini et al., 2011).

Mataix-Cols et al. (2005) realizaron una amplia revisión de estudios de análisis factorial y sugirieron la presencia de dimensiones sintomáticas consistentes, remarcables y estables. Los autores conceptualizan el TOC como un espectro de potenciales síndromes solapados que pueden coocurrir en cualquier paciente.

Conclusiones

Como se ha expuesto anteriormente, el estudio de las obsesiones ha ido fundamentalmente ligado al del TOC. Sin embargo, la presencia de síntomas obsesivos en la población general y en otros síndromes clínicos, así como la apuesta de la investigación por la heterogeneidad del trastorno, ha llevado al desarrollo de modelos teóricos y empíricos que tratan de recoger las principales manifestaciones obsesivas.

Por su valor práctico a la hora de organizar de un modo claro las propuestas teóricas y estudios empíricos, en este TFG se ha seguido la clasificación de las taxonomías de obsesiones realizadas por García-Soriano et al. (2007). De este modo, por una parte, nos encontramos con un grupo de taxonomías propuestas desde la experiencia clínica de sus autores, denominadas racionales. Éstas fueron las primeras en ser realizadas, ya que, como se indicó anteriormente, el estudio de la heterogeneidad del trastorno surge a partir de la observación de sus diferentes manifestaciones entre los distintos pacientes. Dentro de este grupo, por lo general, se suele enfatizar dos tipos de pacientes, en función de la presencia o no de compulsiones. Rachman (1971) hace referencia a un grupo de “obsesivos puros o rumiadores” y a otro de “obsesivos con compulsiones manifiestas”. En esta división se inspiran los manuales de clasificación psiquiátricos, los cuales, dentro del TOC, y considerándolo un trastorno unitario, permiten indicar la prevalencia de los síntomas obsesivos, compulsivos o de ambos. Las taxonomías propuestas dentro de esta perspectiva, como la del grupo de Foa (1992), la de Silva y Rachman (1992) o la de Marks (1987), se pueden condensar en siete categorías de TOC, no excluyentes, es decir, un mismo paciente podría presentar síntomas de varias categorías. Éstas son: obsesiones puras; compulsiones de limpieza/lavado;

compulsiones de comprobación; compulsiones de repetición; compulsiones de orden; compulsiones de acumulación; y lentitud (Pena-Garijo y Ruipérez, 2012).

Por otra parte, frente a las propuestas racionales, se ha abordado el estudio en este campo a través de investigaciones empíricas, tanto en población TOC como no clínica, así como a través del estudio de la comorbilidad de dicho síndrome con otros trastornos. Estas propuestas, denominadas empíricas por García-Soriano et al. (2007), basan su estrategia de estudio de las obsesiones en el análisis cluster y factorial, dando lugar, a su vez, a dos concepciones alternativas de la manifestación de obsesiones. El primer tipo de análisis busca obtener categorías de pacientes en función de sus síntomas, estudiando a población TOC. El análisis factorial, por su parte, da lugar a dimensiones sintomáticas, a contínuos entre las manifestaciones obsesivas en psicopatología y en población general, en las que los pacientes puntuarían en función de la intensidad o frecuencia de los síntomas.

Entre los estudios de análisis cluster, realizados, fundamentalmente con la Y-BOSC-SC, destacan los de Khanna et al. (1990), los del grupo de Calamari (1999; 2004) y los de Abramowitz et al. (2003). Entre sus resultados, los subtipos de “Daño”, “Comprobación”, “Contaminación” y “Simetría” aparecen en la mayoría de los estudios, si bien pueden variar las denominaciones en función de los autores (por ejemplo, el grupo de Calamari incluye “comprobación” dentro de las compulsiones relacionadas con el subtipo que ellos nombran “certeza”). Además, también suele observarse un grupo compuesto por obsesiones relacionadas con pensamientos inmorales o censurables que pueden estar ligadas a compulsiones o rituales encubiertos. Por lo general, podemos observar que las obsesiones se encuadran, bien en un grupo de misceláneas, sin hacer especial distinción entre ellas, o bien relacionadas con la conducta compulsiva que diferencia al subtipo.

En relación con el enfoque dimensional, basado en la técnica del análisis factorial, éste ha obtenido información relativa a diferentes aspectos de las obsesiones. En primer lugar, estudios como los de Hagestein-de Bruijn et al. (2011), Belloch et al. (2004),

Purdon y Clark (1993) y Lee y Kwon (2003) avalan la hipótesis que sostiene que las obsesiones también se experimentan entre la población general en forma de pensamientos intrusos obsesivos (PIOs). Éstos son similares en forma y contenido a las obsesiones clínicas. Para evaluarlos, se han diseñado instrumentos como el ROII (versión revisada del OII) y el INPIOs. Realizando análisis factoriales de su estructura, se han encontrado dos factores de forma sistemática en los distintos estudios. Uno de ellos se relaciona con obsesiones de contenido sexual, inmoral o agresivo y, el otro, con temáticas relacionadas con la contaminación y suciedad. A partir de estos resultados, Lee y Kwon (2003) elaboran su propuesta del modelo de obsesiones autógenas y reactivas.

Otra vía de estudio de este enfoque aborda población TOC. Los primeros trabajos se realizaron a partir del estudio de la estructura de los cuestionarios utilizados para evaluar los síntomas obsesivo-compulsivos. En el primero de estos estudios, de Hodgson y Rachman (1977), se desarrolló el MOCI. Posteriormente, se elabora el PI y, mediante el estudio de ambos, se han encontrado consistentemente tres dimensiones; obsesiones y compulsiones asociadas a limpieza, duda-comprobación y obsesiones “puras”. Ante las limitaciones de estos instrumentos, se desarrolló el Y-BOSC-SC. En la mayoría de los trabajos se consideran 8 categorías de obsesiones (agresivas, contaminación, sexuales, acumulación, religiosas, somáticas, simetría y misceláneas/diversas) y 7 de compulsiones (limpieza, comprobación, conteo, orden, acumulación, repetición y misceláneas/diversas).

Además de los estudios con población general y con población TOC, el enfoque dimensional también asume el continuo entre la presencia de síntomas obsesivos en distintas psicopatologías. Mediante el análisis de comorbilidades, se ha constatado la presencia de obsesiones en distintos trastornos, y la mayor incidencia del TOC y de síntomas obsesivos tanto en pacientes diagnosticados de otros trastornos como en sus familiares. Por ello, recientemente se ha propuesto considerar la existencia de un espectro obsesivo-compulsivo.

El modelo de obsesiones propuesto por Lee y Kwon (2003) diferencia entre un tipo de obsesiones denominadas autógenas, relacionadas con contenidos de tipo sexual, religioso o agresivo, y otro tipo, denominadas reactivas, relacionadas con temáticas de contaminación, orden o comprobación. Las segundas serían las que tradicionalmente fueron asociadas con compulsiones, mientras que las primeras constituirían el grupo de obsesiones “puras” o sin compulsiones asociadas. Otras características distintivas entre ambas categorías son, por ejemplo, la identificabilidad del estímulo detonador, la egodistonia causada por las obsesiones y/o compulsiones y la racionalidad percibida en relación al contenido de la obsesión. De este modo, las obsesiones autógenas no suelen asociarse con estímulos desencadenantes y son percibidas como más extrañas y perturbadoras en relación con las reactivas. Este modelo ha sido puesto a prueba en diversos estudios. Por ejemplo, Belloch et al. (2006; 2007), apuntan que, si bien estos dos tipos de obsesiones no se relacionan empíricamente entre sí, los resultados apuntan a la existencia de un continuo entre ellos. Además, las autógenas están relacionadas con creencias disfuncionales, mientras que las reactivas lo están más débilmente y, sobre todo, con la “Intolerancia a la incertidumbre” y el “Perfeccionismo”. Por otra parte, las primeras generan estados de ánimo más negativos.

En relación con los cuestionarios utilizados para la evaluación de los síntomas obsesivos, por lo general, ninguno representa de forma exhaustiva todas las manifestaciones que se han observado del TOC. El ROII sobrerrepresenta la temática agresiva, sexual y religiosa y no incluye algunos contenidos (como los supersticiosos o la acumulación). El MOCI no parece ser útil a la hora de evaluar a pacientes con predominio obsesivo, ya que en él se sobrerrepresentan los rituales motores. Tanto éste como el PI se desarrollaron a partir de los síntomas más reconocidos por la literatura del TOC en su momento, por lo que las dimensiones a las que dan lugar son reflejo de lo que constituye su principal limitación. La Y-BOSC-SC, mejora la validez de contenido ofrecida por estos instrumentos, pero obvia algunos síntomas relevantes y otros los incluye en la categoría de “misceláneas”. El OCI-R, VOICI y C-BOCI no se han

diseñado con el objetivo de salvar estas limitaciones ni para evaluar la heterogeneidad del TOC, sino para detectar a personas que padecen este trastorno. En cuanto al INPIOs, mejora la representatividad de los contenidos obsesivos, pero la investigación con este instrumento está aún en sus inicios.

Esta revisión bibliográfica tenía como objetivos analizar la representación de las obsesiones en las principales taxonomías del TOC y en los principales instrumentos utilizados para su evaluación en el campo empírico, así como identificar cuál es la propuesta o perspectiva que está actualmente generando más investigación.

En primer lugar, la representación de las obsesiones en las distintas taxonomías ha ganado peso de forma progresiva gracias a las propuestas dimensionales. Se ha ido evolucionando desde aquellas clasificaciones centradas en las compulsiones que reservaban una única categoría o grupo de “Obsesiones u obsesiones sin compulsiones” (sin ofrecer distinciones entre ellas), a las nuevas propuestas, basadas en continuos, que comienzan a observar distintas manifestaciones obsesivas, asociadas a diferentes estrategias cognitivas o evaluaciones afectivas, entre otros aspectos diferenciales.

En segundo lugar, los instrumentos con los que se han realizado estas investigaciones han evolucionado a medida que se fueron señalando sus limitaciones. Actualmente, la Y-BOSC-SC es la herramienta con la que se están realizando la mayor parte de las investigaciones, puesto que constituye una lista amplia de diferentes tipos de obsesiones. Sin embargo, todavía no abarca exhaustivamente las mismas. En relación con otros instrumentos, en general, las obsesiones autógenas suelen estar poco representadas, frente a las reactivas, lo cual contribuye a una mayor presencia de categorías de obsesiones asociadas a compulsiones.

Por último, destacar que el modelo de obsesiones autógenas y reactivas está generando un amplio número de trabajos, tanto en población general como clínica. La investigación, en la mayoría de los casos, está confirmando lo postulado por sus autores, Lee y Kwon, si bien apunta nuevos campos de estudio, como por ejemplo, la relación de este modelo con la preocupación, entendida como el conjunto de pensamientos o

imágenes cargadas de afecto negativo y relativamente incontrolables. La presencia de ésta tanto en el TOC como en el TAG dio lugar a su estudio en relación con las obsesiones. Del mismo modo, la propuesta del espectro obsesivo-compulsivo, también está muy presente actualmente, constituyendo, junto con el modelo anterior, las líneas principales de estudio.

En esta revisión se han incluido artículos tanto teóricos como empíricos. Sería interesante la realización de una revisión más exhaustiva de la investigación en este campo, puesto que el número de artículos consultados en este trabajo no es lo suficientemente amplio como para extraer una conclusión firme en relación al modelo de obsesiones más ajustado a los síndromes obsesivos.

Por otra parte, podría ser de utilidad el estudio de la relación entre las distintas terapias psicológicas relacionadas con el TOC y el modelo de obsesiones autógenas/reactivas. Si éstas están asociadas con diferentes estrategias cognitivas de control y con distintas creencias disfuncionales y valoraciones emocionales, es posible que el ajuste de la terapia a estas características diferenciales tenga efectos distintos en los pacientes.

La reciente publicación del DSM-5 ha generado un amplio debate en relación a la nueva estructuración y conceptualización de los trastornos mentales en dicho sistema diagnóstico. Uno de los cambios que el nuevo manual introduce es la perspectiva dimensional y los espectros de trastornos. Sería interesante comprobar si el espectro obsesivo-compulsivo se ha incluido en esta reciente edición del manual de la APA.

Referencias bibliográficas

- Abramowitz, J. S. (2007). *Trastorno Obsesivo-compulsivo*. México: El manual moderno.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., y Furr, J. M. (2003c). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and clinical psychology, 71*, 1049-1057.
- Abramowitz, J. S., Olatunji, B., Timpano, K., Riemann, B., Adams, T., Storch, E., Deacon, B., Wheaton, M., Berman, N., Losardo, D., McGrath, P., Björgvinsson, T., y Hale, L. (2010). Assessment of Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions: Development and Evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment, 22*, 180–198.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsy, S. A., y Tolin, D. F. (2003). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: a replication and extensión. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 529-540.
- Aldaz, J. A. (2005). *Obsesiones y compulsiones*. Madrid: Síntesis.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV*. Barcelona: Masson. (Orig. 1994).
- Barajas, S. (2002). Subtipos de trastorno obsesivo-compulsivo, características diferenciales de los obsesivos puros y asociación con síntomas de ansiedad, depresión y preocupaciones. *Clínica y Salud, 13*, 207-231.
- Belloch, A., Cabedo, E., Carrió, C., y Larsson, C. (2010). Cognitive therapy for autogenous and reactive obsessions: Clinical and cognitive outcomes at post-treatment and 1-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 573-580.

- Belloch, A., Morillo, C., y García-Soriano, G. (2006). Obsession Subtypes: Relationship with Obsessive-Compulsive symptoms, dysfunctional beliefs and thought control strategies. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *11*, 65-78.
- Belloch, A., Morillo, C., y García-Soriano, G. (2007). Obsessive themes, evaluative appraisals, and thought control strategies: Testing the autogenous-reactive model of obsessions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *7*, 5-20.
- Belloch, A., Morillo, C., Lucero, M., Cabedo, E., y Carrió, C. (2004). Intrusive thoughts in non-clinical subjects: The role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *11*, 100-110.
- Berman, N., Wheaton, M., y Abramowitz, J. S. (2012). The “Arnold Schwarzenegger Effect”: Is strength of the “victim” related to misinterpretations of harm intrusions? *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 761-766.
- Berrios, G. (2006). Historia de los trastornos obsesivos. En J. Vallejo y G. Berrios, *Estados obsesivos*. Barcelona: Masson.
- Black, A. (1974). The natural history of obsessional neurosis. En Beech, H. R. (dir.): *Obsessional states*. Methven: Londres.
- Blom, R. M., Hagestein-de Brujin, C., Graaf, R., Have, M., y Denys, D. A. (2011). Obsessions in normality and psychopathology. *Depression and Anxiety*, *28*, 870-875.
- Botella, C., y Robert, C. (2009). El Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología (Volumen II)*. Madrid: McGraw-Hill.
- Bottas, A., Cooke, R., y Richter, M. (2005). Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: Is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia? *J Psychiatry Neurosci*, *30*, 187-193.

- Calamari, J. E., Cohen, R. J., Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K. y Riemann, B. C. (2006). Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1347-1360.
- Castillo, J., y Corlay, I. (2011). Comorbilidad entre esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo: ¿Dos entidades diferentes o un mismo espectro entre los dos trastornos? *Salud Mental*, *34*, 279-286.
- Clark, D.A. (1992). Depressive, anxious and intrusive thoughts in psychiatric inpatients and outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, *30*, 93-102.
- Clark D. A. y Claybourn M. (1997). Process characteristics of worry and obsessive intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 1139-41.
- Clark, D. A., y Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, *28*, 161-167.
- Clark, D. A., y Purdon, C. (1995). The assessment of unwanted intrusive thoughts: a review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 967-976.
- Deacon, B., y Abramowitz, J. S. (2005). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement. *Anxiety Disorders*, *19*, 573-585.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., y Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, *14*, 485-496.
- Fullana, M. A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Haro, J. M., de Girolamo, G., Lépine, J. P., Matschinger, H., y Alonso, J. (2010). Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*, *124*, 291-299.

- García-Soriano, G., Belloch, A., y Morillo, C. (2008). Sobre la heterogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo: Una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *13*, 65-84.
- Haslam, N., Williams, B. J., Kyrios, M., McKay, D. y Taylor, S. (2005). Subtyping Obsessive-Compulsive Disorder: A Taxometric Analysis. *Behavior Therapy*, *36*, 381-391.
- Hollander, E. (1993). Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatric Annals*, *23*, 355-358.
- Hollander, E., y Evers, M. (2004). Review of obsessive-compulsive spectrum disorders: What do we know? Where are we going? *Clinical Neuropsychiatry*, *1*, 32-51.
- Inchausti, F., y Delgado, A. R. (2012). Revisión de las medidas del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). *Papeles del Psicólogo*, *33*, 22-29.
- Lee, H. J., y Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 11-29.
- Lee, H.-J., Lee, S.-H., Kim, H.-S., Kwon, S.-M., y Telch, M. J. (2005). A comparison of autogenous/reactive obsessions and worry in a nonclinical population: a test of the continuum hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 999-1010.
- Malpica, M. J., Ruiz, V. M., Godoy, A., y Gavino, A. (2009). Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado (OCI-R): Aplicabilidad a la población general. *Anales de Psicología*, *25*, 217-236.
- Martínez-González, A. E., Piqueras, J. A., y Marzo, J. C. (2011). Validación del inventario de obsesiones y compulsiones revisado (OCI-R) para su uso en población adolescente española. *Anales de Psicología*, *27*, 763-773.
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., y Leckman, J. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, *162*, 228-238.
- Olatunji, B. O., Abramowitz, J. S., Williams, N. L., Connolly, K. M., y Lohr, J. M. (2007). Scrupulosity and obsessive-compulsive symptoms: Confirmatory factor

- analysis and validity of the Penn Inventory of Scrupulosity. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 771–787.
- Pallatini, S., Grassi, G., Dinah, E., Cantisani, A., y Pellegrini M. (2011). Obsessive-compulsive disorder comorbidity: Clinical assessment and therapeutic implications. *Frontiers in Psychiatry*, 2.
- Pena-Garijo, J., y Ruipérez, M. A. (2012). Actualización en Trastorno Obsesivo Compulsivo: de las propuestas categoriales a las dimensiones sintomáticas. *Psiquiatría.com*, 16, 2-23.
- Purdon, C., y Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in non-clinical subjects. Part I. Content an relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 713-720.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rachman, S. J., y de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research Therapy*, 16, 233-248.
- Ravindran, A. (1999). Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 24, 10-12.
- Taylor, S. (2011). Etiology of obsessions and compulsions: A meta-analysis and narrative review of twin studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1361–1372.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., McKay, D., Calamari, J. E., Sookman, D., Kyrios, M., Wilhelm, S., y Carmin, C. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive–compulsive disorder? *Anxiety Disorders*, 20, 85–97.
- Vallejo, J. (1980). Trastornos Obsesivos. En J. Vallejo y A. Bulbena, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- Wheaton, M. G., Abramowit, J. S., Berman, N. C., Riemann, B. C., y Hale L. R. (2010). The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 949-954.

Williams, M. T., Farris, S. G., Turkheimer, E., Pinto, A., Ozanick, K., Franklin, M. E., Liebowitz, M., Simpson, H. B., y Foa, E. B. (2011). The Myth of the Pure Obsessional Type in Obsessive-Compulsive Disorder. *Depress Anxiety*, 28, 495-500.

Índice de figuras

Figura 1. Esquema de la estrategia de búsqueda bibliográfica.....	30
---	----

Índice de tablas

Tabla 1. Estudios realizados con población general. Análisis de la estructura de los cuestionarios de evaluación de PIOs.....	33
Tabla 2. Estudios que analizan la estructura del Y-BOSC-SC a través del análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Población TOC. Adaptado de García-Soriano et al. (2008).....	35
Tabla 3. Estudios que analizan la estructura del Y-BOSC-SC a través del análisis cluster. Adaptado de García-Soriano et al. (2008).....	41