



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

**VARIABLES COGNITIVAS EN TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO Y TRASTORNO DE ANSIEDAD  
GENERALIZADA INFANTOJUVENIL**

**Memoria de Tesis Doctoral presentada por CAROLINA QUINTERO NAVARRO  
Licenciada en Psicología para optar al grado de Doctor por la Universidad de  
Málaga**

**Málaga, 2015**

**Dirección de Tesis**

**Aurora Gavino Lázaro**

**Facultad de Psicología**

**Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológico**

**Universidad de Málaga**



Publicaciones y  
Divulgación Científica

AUTOR: Carolina Quintero Navarro

 <http://orcid.org/0000-0003-2902-800X>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): [riuma.uma.es](http://riuma.uma.es)



Doña AURORA GAVINO LÁZARO, Catedrática de Universidad del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Málaga.

CERTIFICA que Doña CAROLINA QUINTERO NAVARRO, licenciada en Psicología por la Universidad de Málaga, ha realizado bajo su dirección el trabajo titulado: VARIABLES COGNITIVAS EN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA INFANTOJUVENIL reuniendo el mismo las condiciones necesarias para optar al grado de Doctor.

Málaga, 14 de Octubre de 2015

Dra. Aurora Gavino Lázaro

Directora



**A mi padre**

Gracias a Aurora Gavino por la oportunidad de trabajar a su lado, por la confianza que ha depositado en mí a lo largo de estos años, por su calidez y sencillez en el trato que me lleva a admirarla más allá de su profesión.

"Como siempre" a Antonio Godoy, quiero agradecerle su inestimable paciencia y el tiempo que le he robado con revisiones de este trabajo, gracias por sus consejos y guías, sus correcciones y sobretodo por el ánimo infundado en momentos de fatiga. Su ayuda es pilar de este escrito.

Esbozo una sonrisa al escribir el nombre de mi amiga y compañera Lidia Valderrama, hemos compartido la ardua tarea de recopilar y registrar en interminables bases de datos, los cimientos de nuestras tesis, pero siempre entre risas.

Es una necesidad poder decir que amo a mi familia, mi madre, mi hermano y a Olivier, son el engranaje de todo lo que pueda conseguir.



# INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1. Semejanzas y diferencias entre síntomas obsesivo-compulsivos y síntomas de ansiedad generalizada.....	9
1.1.1. Trastorno obsesivo compulsivo.....	10
1.1.2. Trastorno de ansiedad generalizada.....	16
1.2. Teorías y variables cognitivas propuestas como causas necesarias o suficientes: trastorno obsesivo compulsivo .....	22
1.3. Teorías y variables cognitivas propuestas como causas necesarias o suficientes: trastorno de ansiedad generalizada.....	36
2. TRABAJO EMPÍRICO .....	49
2.1. Hipótesis .....	50
2.2. Método.....	55
2.2.1. Participantes .....	55
2.2.2. Instrumentos .....	55
2.2.3. Procedimiento.....	59
2.2.4. Procesamiento de datos .....	60
3. RESULTADOS .....	62
4. DISCUSIÓN.....	78
5. CONCLUSIONES.....	91
REFERENCIAS .....	93



**PALABRAS CLAVE:** trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, responsabilidad sobredimensionada, importancia y control del pensamiento, intolerancia a la incertidumbre e infantojuvenil.

### 1. INTRODUCCIÓN

#### 1.1. Semejanzas y diferencias entre síntomas obsesivo-compulsivos y síntomas de ansiedad generalizada

Con la siguiente parte teórica establecemos el panorama actual en materia de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

En primer lugar, refiriéndonos a TOC como uno de los trastornos de ansiedad más graves, se realiza una descripción de los criterios diagnósticos del trastorno según DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Esta clasificación diagnóstica internacional, específica en la versión actual, diferentes niveles de introspección del TOC, características del trastorno con inicio en infancia, a pesar de la gran similitud entre la sintomatología adulta e infantojuvenil, como mayor gravedad de la sintomatología, posible falta de conciencia y una vivencia menos cognitiva del trastorno. Es necesario destacar la poca investigación existente en el campo infantojuvenil en TOC. Además, hacemos una mención especial a una nueva entidad diagnóstica, el trastorno de acumulación, diferenciada del TOC y el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo.

En un segundo apartado, tratando el TAG, establecemos los criterios diagnósticos según DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Es

imprescindible destacar el papel fundamental de la preocupación en este trastorno, se hace una revisión de este concepto y de las similitudes y diferencias entre el TAG infantojuvenil y adulto, como, por ejemplo, las frecuentes quejas somáticas en niños. Además, en el estudio del conocimiento actual del trastorno, se examinan hallazgos importantes como el inicio en infancia y adolescencia de la mitad de los casos con TAG o la mayor frecuencia en niñas que niños del trastorno.

En el tercer punto, se describen las diferentes teorías cognitivas que explican el origen y mantenimiento del TOC. En resumen, tales teorías, asumen que el pensamiento intrusivo indeseado en presencia de creencias disfuncionales tiene un papel fundamental en el desarrollo de los síntomas y que, a la vez, esas creencias por sí solas, no son suficientes para generar el trastorno.

En último lugar de la introducción teórica, repasamos las teorías cognitivas explicativas del TAG, en ellas, se asume que la vulnerabilidad psicológica (entendida como la sensación de que los eventos amenazantes son impredecibles y/o incontrolables) durante un evento estresante, puede provocar la preocupación y ansiedad excesiva.

Pasamos a establecer lo anterior con más detalle.

### ***1.1.1. Trastorno obsesivo compulsivo***

Tal como describe Vallejo (2001) el TOC es uno de los problemas de ansiedad más sobresalientes. Desde los tiempos más remotos su florida sintomatología, la recurrencia de pensamientos desagradables y las compulsiones ligadas al alivio del malestar, han contribuido a caracterizarlo como uno de los trastornos de ansiedad más graves. Esta gravedad obedece, principalmente, a su complejidad (a menudo se presenta

asociado a otros cuadros clínicos como la depresión) y a la tradicional dificultad que su tratamiento ha tenido.

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) caracteriza las obsesiones y las compulsiones. Las obsesiones se definen como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los individuos causan ansiedad o malestar importante. El individuo intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (compulsión). Las compulsiones vienen definidas como comportamientos o actos mentales repetitivos, que el individuo realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida. El objetivo de la compulsión es prevenir o disminuir la ansiedad o malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo no están conectados de manera realista con aquello que se pretende neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

El TOC implica una pérdida de control, por parte del paciente, de sus pensamientos e incluso de sus conductas. Este hecho, además, se vive de forma paradójica, ya que el paciente reconoce como producto de sí mismo tales pensamientos y conductas. Ello lleva a ciertas complicaciones, como por ejemplo que el paciente deje de reconocer lo excesivo de sus obsesiones o compulsiones; en suma, que tenga poca conciencia de la enfermedad (aspecto éste sobre el que el DSM-5 llama explícitamente la atención) y recomienda especificar si:

- Con introspección buena o aceptable: El individuo reconoce que las creencias obsesivas claramente no son ciertas, que probablemente no lo son, o que pueden serlo o no .

- Con poca introspección: El individuo reconoce que las creencias obsesivas probablemente son ciertas.

- Con ausencia de introspección / con creencias delirantes: El individuo está completamente convencido de que las creencias obsesivas son ciertas.

Otro aspecto importante es el énfasis del DSM 5 en la frecuente asociación del TOC con los trastornos por tics (en torno a un 20-30 %), fundamentalmente en el TOC de inicio en la infancia. En relación con esto, numerosos estudios han establecido razones para considerar dos grupos dentro del TOC en base a la edad de inicio del trastorno: un grupo de inicio juvenil (en torno a los 10 años) y otro que se inicia en la edad adulta (en torno a los 20 años). Las características del primero con respecto al segundo serían: más frecuentemente varones, con una más alta prevalencia de TOC en familiares de primer grado, una mayor duración y gravedad de la enfermedad, una mayor asociación con tics y trastorno de Tourette, y probablemente con otros trastornos del espectro obsesivo (Janowitz et al., 2009; Taylor, 2011; Wang et al., 2012).

Siguiendo esta misma línea, Ruscio, Stein, Chiu y Kessler (2010), encuentran que el TOC se inicia generalmente en la adolescencia o principios de la vida adulta, aunque los casos más severos se remontan a la infancia. Su desarrollo es progresivo y su curso tiende a ser crónico. En algunos casos esta alteración llega a ser incapacitante, pero en la mayoría de los casos la afectación es moderada.

Las obsesiones y compulsiones se resumen en las siguientes temáticas: obsesiones relacionadas con causar daño a otros o a sí mismo, con temas religiosos o con temas sexuales seguidas de rituales de comprobación; obsesiones de contaminación seguidas de rituales de limpieza o lavado; y obsesiones de orden, simetría o certeza seguidas de comprobación, de repetición o del acto de contar (Steketee & Barlow, 2002).

Diferentes autores proponen subtipos específicos de TOC tras establecer correlaciones de síntomas obsesivo-compulsivos utilizando el análisis factorial. En este sentido, tras un meta análisis de las estructuras factoriales propuestas en la literatura, se especifica la siguiente estructura tetra-factorial como la más consistente (Bloch, Landeros-Weisenberger, Rosario, Pittenger & Leckman, 2008):

- Simetría. Obsesiones de simetría, repetición y orden, y compulsiones relacionadas con el acto de contar.
- Pensamientos prohibidos. Obsesiones relativas a agresiones, vida sexual, religión y aspectos somáticos, y compulsiones de comprobación.
- Limpieza. Obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza.
- Acumulación. Obsesiones y compulsiones relativas a atesoramiento.

En relación a este último factor, es imprescindible destacar un nuevo trastorno referido en el DSM-5, ni siquiera propuesto para estudio en DSM anteriores, trastorno de acumulación. Descrito por una necesidad percibida por el individuo de guardar cosas y por una dificultad en desprenderse de ellas, ocasionando una acumulación de objetos (periódicos, revistas, ropa vieja, bolsas, libros, material electrónico, papeles...) que congestionan o abarrotan zonas habitables, restringiendo su uso previsto. En anteriores ediciones del DSM, la acumulación excesiva de tipo compulsivo era considerada como un síntoma dentro del TOC o en el contexto de un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo.

Los trabajos efectuados sobre la acumulación excesiva han aportado suficiente evidencia para recomendar la creación de un diagnóstico nuevo (Hall, Tolin, Frost & Steketee, 2013; Mataix-Cols et al., 2010; Mataix-Cols & Pertusa, 2012; Pertusa et al., 2008; Pertusa et al., 2010; Tolin et al., 2012). Muchos autores coinciden en que algunos

casos de este trastorno se asimilarían más a un TOC, pudiendo crear dificultades de diagnóstico diferencial entre los profesionales. Otros autores (Mataix-Cols et al., 2010) no tenían claro si eran tan evidentes las similitudes de trastorno por acumulación con los otros trastornos del espectro obsesivo, y proponían su inclusión en el apéndice de grupos de criterios propuestos para estudios posteriores.

Este nuevo diagnóstico se puede prestar a confusión con el conocido síndrome de Diógenes; este síndrome no tiene una categoría diagnóstica específica en el DSM, siendo el resultado de una serie de circunstancias, entre ellas, el estrés psicosocial asociado al envejecimiento y la existencia de patología psiquiátrica de base (rasgos de personalidad de tipo esquizo-paranoide, psicosis, etilismo crónico o trastornos neuropsiquiátricos como demencias). La diferencia residiría en que el paciente con Síndrome de Diógenes no solo acumula objetos, sino además suciedad, alimentos y desperdicios, y normalmente va acompañado todo ello de un deterioro personal y/o cognitivo en dicho paciente, que conlleva abandono y negligencia en los auto-cuidados básicos.

Por otra parte, existe una gran similitud en la fenomenología del TOC infantil y el TOC de adultos (Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane & Cheslow, 1989). Así el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), describe el TOC infantil exactamente con los mismos criterios que el TOC adulto, con la excepción de que el niño no tiene que ser consciente (“insight”) de la naturaleza excesiva o irracional del trastorno. La única diferencia fenomenológica encontrada entre el TOC infantil y el de los adultos hace referencia a que los niños parecen experimentar de forma menos cognitiva el trastorno, ya que tienen dificultades para informar del contenido específico de las obsesiones (Farell, 2003). A pesar de las semejanzas fenomenológicas, existen

diferencias significativas en los siguientes factores: contribución familiar (mayor en el TOC infantil), resultados del desarrollo (mayor en los niños y adolescentes), comorbilidad (menor en infancia) y teorías del mantenimiento (Shafran, 2001).

La investigación científica controlada sobre TOC ha avanzado considerablemente en las tres últimas décadas. Sin embargo, la mayor parte ha estado centrada en el TOC de adultos, existiendo poca investigación en niños (Shafran, 1998).

La prevalencia del TOC infantil se encuentra entre el 2% y el 3% (Flament et al., 1988; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas & Walters, 2005; Valleni-Basile et al., 1994; Zohar et al., 1992; Zohar, 1999) muy semejante a la prevalencia de este trastorno en adultos. No muestra diferencias significativas de su distribución según el género, y presenta menor frecuencia en niños que en adolescentes según diferentes revisiones e investigaciones. Así, (Flament et al., 1988) se establece, en una muestra de adolescentes norteamericanos entre 14 y 18 años, una prevalencia actual del 1% y vital del 1.9%, y ambos porcentajes eran idénticos para ambos sexos. Para una muestra israelí, Zohar (1999), establece una prevalencia vital en torno al 2.8 %, la misma para chicos y chicas de 16 a 17 años. De nuevo, en Estados Unidos, Valleni-Basile et al. (1994) encuentran en niños de 12 a 15 años, una prevalencia de TOC de 2.9%. En esta misma línea, Heyman et al. (2001), encuestan en Reino Unido a niños de entre 5 y 15 años y hallan una prevalencia del 0.25%. Además, informan de un aumento significativo del TOC conforme avanzaba la edad. Otros estudios encuentran prevalencias similares (Berman, 1942; Douglass, Moffitt, Dar, McGee & Silva, 1995; Hollingsworth, Tanguay, Grossman & Pabst, 1980; Judd, 1965; Thomsen, 1990). El único estudio publicado hasta la fecha sobre la prevalencia del TOC infantil en España ha sido realizado en

Cataluña y ha mostrado una prevalencia semejante a la de otros países, aunque superior en los niños que en las niñas (Canals, Domènech, Carbajo & Bladé, 1997).

En niños, las obsesiones, generalmente están ligadas al temor a enfermar, cometer errores o haberse equivocado, y miedo a la contaminación y a la suciedad. Aunque poco usuales, también pueden asociarse con miedo a vomitar, números “seguros”, escrupulosidad religiosa y a tener “malos pensamientos”. Las compulsiones son ejecutadas de manera estereotipada, de acuerdo a ciertas reglas, como lavarse las manos, conductas de comprobación, repeticiones, contar, rezar y la simetría (Cuevas, 2010).

### ***1.1.2. Trastorno de ansiedad generalizada***

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) la característica principal del TAG es tener una preocupación y ansiedad excesivas (anticipación aprensiva), que se ha producido durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar). Al individuo le es difícil controlar la preocupación. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse, o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.



5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

Las áreas más comunes de preocupación suelen hacer referencia a circunstancias de la vida diaria; son habituales temas como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales en general, el dinero, el trabajo, los estudios, el manejo de la casa y la salud propia y de otros (Sanderson & Barlow, 1990). Las preocupaciones pueden ser por cuestiones menores, tales como faenas domésticas, reparación del coche o llegar tarde a un sitio o a una cita (Brown, Barlow & Liebowitz, 1994). En comparación con las preocupaciones físicas o económicas, las preocupaciones sociales parecen tener más peso a la hora de predecir la tendencia general a preocuparse (Dugas & Ladouceur, 1997). Conviene tener en cuenta que puede ser difícil para los niños reconocer en qué medida sus preocupaciones son incontrolables; el informe de los padres parece aquí especialmente importante.

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), los niños y adolescentes con TAG tienden a preocuparse excesivamente por su competencia o la calidad de su actuación en el ámbito escolar o deportivo, incluso cuando no son evaluados, lo que pueda pasar cuando sean mayores y problemas familiares. Otros temas de preocupación son la puntualidad y acontecimientos catastróficos o peligros potenciales a los que ellos o sus figuras de apego, e inclusive la humanidad, pueden verse expuestos: secuestros, amenazas a la integridad física, terremotos, guerra, desastre nuclear. Los niños con TAG pueden mostrarse conformistas, perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos debido a una insatisfacción excesiva con resultados que no son perfectos. Buscan en demasía la aprobación y requieren ser

tranquilizados en exceso respecto a su actuación y otras preocupaciones, reaseguramiento por parte de los adultos sobre su desempeño, elecciones y preocupaciones.

Los niños con TAG tienen además quejas somáticas frecuentes, cefaleas, dolores abdominales, incluso quejas de dolores musculares. Experimentan malestar extremo cuando se ven expuestos al escrutinio por parte de otros, a la confrontación, o a la evaluación. Experimentan marcada tensión y dificultad para relajarse, y exhiben comportamientos de nerviosismo como frotarse las manos, arrancarse el pelo y manierismos (Cuevas, 2010).

En el TAG, tanto en niños y adolescentes como en adultos, el centro de la ansiedad y preocupación no se limita a lo que es propio de otros trastornos; por ejemplo, la posibilidad de tener un ataque de pánico (trastorno de pánico), sentirse azorado en público (fobia social), contaminarse (trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (trastorno de ansiedad por separación), ganar peso (anorexia nerviosa), tener múltiples quejas físicas (trastorno de somatización), padecer una enfermedad grave (hipocondría). La ansiedad y preocupación tampoco ocurren exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994)

La preocupación es una cadena de imágenes y, especialmente, pensamientos cargada con afecto negativo, relativamente incontrolable y que está orientada hacia un peligro futuro que es percibido como incontrolable; o en otras palabras, pensamientos continuos sobre un peligro futuro que se experimentan como aversivos y relativamente incontrolables (Dugas & Ladouceur, 1997; Rapee, 1995). Esta orientación hacia el futuro se manifiesta incluso cuando parece que la preocupación se refiere a algo pasado.

Así, la persona que se preocupa por algo que dijo en una reunión, está realmente preocupada por las consecuencias que podría tener eso que dijo. Se ha dicho que la preocupación se describe bien con la frase: “¿Qué pasaría si...?”.

Las personas con TAG se preocupan por cosas que es improbable que sucedan o que, si ocurren, son mucho más manejables y menos dramáticas de lo que aquellas piensan. Los pacientes con TAG presentan preocupaciones relativamente constantes y, por lo general, únicamente suelen ser capaces de dejar de lado un tema de preocupación ante la aparición de un nuevo tema de preocupación. Como afirma Deffenbacher (1997, pág., 242): *“El individuo tiende a darle vueltas en su cabeza a estas cuestiones, siendo incapaz de alcanzar una solución, de tomar decisiones, de llevar a cabo una actuación definitiva y de vivir con relativa tranquilidad con las consecuencias. Por el contrario, suelen darle vueltas y más vueltas a, y preocuparse con, las posibilidades negativas, los errores y equivocaciones potenciales, y los fracasos y dificultades reales e imaginarios. Es como si estuvieran petrificados en las primeras etapas de una solución de problemas”*. Es muy posible que las preocupaciones estén muy relacionadas con la intolerancia a la incertidumbre (Dugas & Ladouceur, 1997; Dugas, Gagnon, Ladouceur & Freeston, 1998).

En general, se piensa que no hay diferencias en el contenido de las preocupaciones de las personas “normales” y de las personas con TAG, aunque Dugas y Ladouceur (1997) han señalado que los últimos se preocupan por una mayor variedad de situaciones y se preocupan más por cuestiones menores. Por otra parte, está claro que en el caso del TAG las preocupaciones son más frecuentes, duraderas, intensas y difíciles de controlar que en individuos normales (Becker, Rinck, Roth & Margraf, 1998). Estas preocupaciones excesivas van asociadas a una hipervigilancia hacia los

estímulos amenazantes y a una sensación de incontrolabilidad de los mismos. En comparación a individuos “normales”, las personas con TAG se pasan diariamente más tiempo preocupados ( $55 \pm 63$  contra  $310 \pm 195$  minutos en el estudio de Dupuy, Beaudoin, Rhéaume, Ladouceur y Dugas (2001), informan de más preocupaciones no precipitadas por algo y tienen preocupaciones menos realistas, percepciones de menor controlabilidad y más áreas de preocupación (Brown, O'-Leary & Barlow, 2001). Por otra parte, Butler (1994) indica que la observación clínica revela que el foco de las preocupaciones de los pacientes con TAG cambia repetidamente, aunque hay una gran variabilidad individual en la velocidad con que se producen estos cambios.

Dugas y Ladouceur (1997) distinguieron tres tipos de preocupaciones en el TAG que se refieren a: a) Problemas inmediatos anclados en la realidad y modificables; por ejemplo, conflictos interpersonales, reparaciones, puntualidad, forma de vestirse para una ocasión. b) Problemas inmediatos anclados en la realidad e inmodificables; así, enfermedad crónica de un ser querido, economía del país, pobreza y violencia en el mundo, situaciones injustas no controlables. c) Acontecimientos muy improbables no basados en la realidad y, por tanto, inmodificables; ejemplos serían la posibilidad de arruinarse o de caer gravemente enfermo en ausencia de dificultades económicas o de salud. Posteriormente, los tipos de preocupaciones se han reducido a dos. Así, Dugas et al. (1998) han clasificado las preocupaciones según se refieran a problemas actuales (cumplir con los plazos fijados en el trabajo, conflictos interpersonales) o a eventos futuros improbables (muerte del hijo en un accidente de coche). Por otra parte, Ladouceur et al. (2000) han distinguido dos tipos de preocupaciones: a) sobre situaciones modificables (tratables mediante solución de problemas) y b) sobre situaciones no modificables (y que frecuentemente no existen todavía).

El TAG requiere que la preocupación, la ansiedad o los síntomas físicos produzcan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento de la persona. Tal como indican los datos de Wittchen, Zhao, Kessler, y Eaton (1994), el TAG interfiere mucho en la vida de los pacientes, les empuja a buscar ayuda profesional, especialmente médica, y/o les lleva a tomar medicación.

La mayoría de los pacientes con TAG dicen haber sido ansiosos o nerviosos toda la vida; de hecho, algunos autores han considerado al TAG como un trastorno de personalidad ansiosa (Rapee, 1995). La mitad de los pacientes con TAG informan que su trastorno comenzó en la infancia y adolescencia, aunque un inicio después de los 20 años no es raro. En el estudio de Brown y cols. (2001) con una muestra clínica, la edad media fue de 20,6 años (DT = 11,5) y en el de Léger y cols. 1999 (citado en Gosselin & Laberge, 2003), 25 años. Con niños y adolescentes, la edad media de comienzo ha oscilado entre los 11 y 13,5 años. La mayor parte de los estudios denotan que las niñas son más propensas a padecer este tipo de trastornos (Hersen, 1990). Es plausible que las preocupaciones excesivas aparezcan ya en la infancia o adolescencia, pero que no alcancen la categoría de trastorno hasta el comienzo de la vida adulta, coincidiendo con acontecimientos vitales tales como la acumulación de responsabilidades, nacimiento de niños, dificultades laborales y problemas de salud (Gosselin & Laberge, 2003)

## **1.2. Teorías y variables cognitivas propuestas como causas necesarias o suficientes: trastorno obsesivo compulsivo**

Dentro de las aproximaciones psicológicas tradicionales a la comprensión de la sintomatología obsesivo-compulsiva cabe señalar aquellas que destacan el papel de las variables cognitivas como elemento central (Clark, 2004; Rachman, 1997; Rachman, 1998; Salkovskis, 1998). Según el modelo en que nos centremos, la variable cognitiva central difiere. Por ejemplo, Salkovskis (1998) señala una exacerbada responsabilidad respecto al control de las intrusiones de daño y de sus posibles consecuencias; Rachman (1998) destaca una interpretación o valoración inadecuada de los pensamientos intrusos; y Clark (2004) resalta una experimentación de las intrusiones como contraria a los valores nucleares de la persona (egodistonicidad). La mayoría de estas aproximaciones sostienen que la aparición de pensamientos intrusos indeseados en presencia de creencias disfuncionales cumple un papel relevante en el desencadenamiento de la sintomatología y todas están de acuerdo en que dichas creencias no son suficientes por sí mismas para generarla (Rachman, 1997; Salkovskis, 1985). Postulan que las evaluaciones cognitivas distorsionadas de riesgo y responsabilidad por posibles daños son el núcleo para comprender el desarrollo de los síntomas del TOC. (Rachman, 1993; Salkovskis, 1985; Salkovskis, 1989) proponen que la interpretación de los pensamientos intrusos, como responsabilidad personal en relación al daño para sí mismo u otros, es crucial para aumentar el malestar y la ansiedad, incrementando a su vez los pensamientos intrusos y las conductas neutralizadoras.

Los intentos de las personas por controlar esos pensamientos intrusos (neutralizaciones, compulsiones) juegan también un importante papel en el origen y mantenimiento de la sintomatología (Twohig, 2007).

### Modelo del exceso de responsabilidad (Salkovskis, 1985)

La mayoría de las personas experimentan pensamientos intrusos, imágenes e impulsos no deseados similares a los que experimentan los individuos con TOC (Purdon & Clark, 1993; Salkovskis, 1996).

La diferencia entre un pensamiento intruso y una obsesión es la forma en que se interpreta (Salkovskis, 1999) y cualquier pensamiento negativo puede convertirse en obsesión, siendo suficiente para ello que la valoración de dicho pensamiento genere en el individuo un alto grado de responsabilidad personal.

Existen dos procesos en la patogénesis de la obsesión: percepción exagerada de la responsabilidad personal y el uso de neutralizaciones. *“Es absolutamente necesario prevenir cualquier tipo de situación que pueda conllevar consecuencias negativas o daño potencial para uno mismo o para otros, no solamente en el mundo real sino también a nivel moral”* (Salkovskis, 1998, pp. 40). La responsabilidad asociada a la posibilidad de causar daño a otros, por no haber sido capaz de evitar y anticipar dicha posibilidad, puede ser la creencia más específica e inherente al TOC, frente a otros trastornos de ansiedad.

Cualquier persona que intente llevar a la práctica esta idea sufre un alto grado de responsabilidad y emociones negativas asociadas (culpa, malestar, angustia). Es entonces cuando surgen las compulsiones para aliviar este sufrimiento.

Además, existen errores cognitivos característicos del TOC y producto de creencias existentes:

- Sesgo de responsabilidad. Los individuos personalizan los resultados negativos (“si hubiese estado allí antes lo hubiera evitado”).
- Ausencia de sesgo de omisión. La mayoría de las personas creen que su responsabilidad por las consecuencias negativas es menor cuando “no hacer” (omisión) entra en juego, a diferencia de las situaciones en que hacer algo concreto pueda provocar esas consecuencias negativas. Es decir, nos sentimos menos responsables por no ayudar que si nosotros provocamos un daño, esto es el sesgo de omisión. En los pacientes con TOC no aparece este sesgo en relación a sus preocupaciones obsesivas.
- Percepciones erróneas de la acción personal. Los individuos con TOC asumen que pueden prever las consecuencias perjudiciales (premonición). No actuar con tal premonición aumenta la posibilidad de consecuencias negativas y, por tanto, la responsabilidad.
- Sesgo “fusión pensamiento-acción” (TAF). Pensar algo es igual de grave que hacerlo. Este sesgo está directamente relacionado con las evaluaciones de responsabilidad excesiva.
- Errores en la toma de decisiones. Los criterios para saber cuándo se ha completado un ritual pueden ser vagos, subjetivos, abiertos a una variación importante entre las situaciones, por lo que es difícil decidir cuándo dejar de realizar una compulsión.



### Teoría de la interpretación errónea (Rachman, 1997; Rachman, 1998; Rachman, 2003)

Al igual que el modelo de Salkovskis, el modelo de Rachman parte de la consideración de que los pensamientos intrusos son universales, pero (Rachman, 2003) se convierten en obsesiones cuando se interpretan erróneamente como acontecimiento personal importante y potencialmente amenazante. “*Interpretación errónea catastrófica de la importancia que se le otorga a los pensamientos intrusos, imágenes o impulsos*” (Rachman, 1998, pp. 385).

Las obsesiones persistirán mientras se mantengan las interpretaciones erróneas y disminuirán cuando se corrijan esos errores. El significado que se atribuye a la intrusión es importante, porque es un signo de algo significativo de uno mismo o de su carácter, que puede provocar consecuencias negativas muy graves.

Estas consecuencias nefastas pueden implicar la pérdida de control, un daño potencial a otras personas, un acto violento o imprevisible, cometer errores o causar un accidente, enfermedad o lesión. De este modo, los pensamientos generan angustia y temor, resultando que el individuo intenta eliminarlos mediante la evitación cognitiva.

Las interpretaciones erróneas se definen por la importancia que se otorga a los pensamientos según cinco dimensiones:

- Importancia. La intrusión es algo significativo, no trivial, porque revela algo acerca de la persona que lo experimenta.
- Atención personalizada. La atención otorgada a la intrusión tiene que ver con los valores personales.

- Ajenos al “yo”. El contenido o el tema de la intrusión es “a diferencia de mí, poco característico de mí”.
- Las consecuencias potenciales. Se considera que la intrusión tiene consecuencias potenciales independientemente del grado de probabilidad.
- Consecuencias graves. Las consecuencias temidas se consideran graves, implican un grado intolerable de amenaza, daño o peligro.

La comprobación compulsiva se produce y mantiene cuando las personas perciben mayor responsabilidad para prevenir el daño, pero se sienten inseguros en cuanto a su capacidad para reducir o eliminar ese daño, para estar completamente seguros de que una consecuencia perjudicial no se produzca, desencadenando comprobaciones recurrentes (Rachman, 2002). Sin embargo, normalmente, la comprobación no proporciona el nivel deseado de certeza de que la probabilidad de un daño futuro a sí mismo o a los demás ha sido eliminada, ya que la certeza para eventos futuros es difícil de alcanzar. Así, la comprobación se mantiene indefinidamente.

### Intrusiones y creencias disfuncionales en la sintomatología obsesivo-compulsiva

Los pensamientos intrusos, de por sí, no son nada inusuales. De hecho, se ha encontrado que un 80 o 90 por 100 de las personas experimentan pensamientos intrusos (Freeston, Ladouceur, Thibodeau & Gagnon, 1991; Purdon & Clark, 1993; Salkovskis & Harrison, 1984). Además, se ha demostrado empíricamente que el contenido de la intrusiones indeseadas y obsesiones es similar (Bouvard & Cottraux, 1997; Rachman & Silva, 1978), así como que ambas pueden aparecer en diversas formas, incluyendo pensamientos, imágenes o impulsos (Freeston et al., 1994). En cambio, (Rachman & Silva, 1978) han encontrado que los pacientes diagnosticados de TOC caracterizan sus

obsesiones como pensamientos intrusos indeseados más frecuentes, intensos, incontrolables y más probablemente asociados a respuestas de neutralización que la población no clínica. En resumen, las diferencias observadas entre las obsesiones y los pensamientos intrusos no residen tanto en el contenido o la forma de los mismos como en la frecuencia, intensidad, control experimentado y conductas de neutralización realizadas.

Por otra parte, una razón central de que esos pensamientos intrusos comunes acaben convirtiéndose en obsesiones, se encuentran en la valoración que se realice de los mismos (Freeston, Rhéaume & Ladouceur, 1996; Rachman, 1997; Rachman, 1998; Salkovskis, 1985; Salkovskis, 1989; Salkovskis, 1999). Se ha sugerido que distintos sistemas de creencias participan en el desarrollo, mantenimiento y exacerbación de los síntomas obsesivo-compulsivos (Freeston et al., 1996; Purdon, 2001). En concreto, el Grupo de Trabajo sobre Cogniciones Relacionadas con las Obsesiones (OCCWG por sus iniciales en inglés, Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997; Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2001; Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2003; Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005a) ha identificado tres tipos de creencias fundamentales en TOC:

- Importancia otorgada a los pensamientos intrusos y necesidad de controlarlos.
- Perfeccionismo y necesidad de certeza.
- Responsabilidad por daño y sobreestimación del peligro.

Estas creencias pueden considerarse como metacognitivas, creencias o actitudes que mantiene una persona sobre su propia cognición (Flavell & Ross, 1981). Más adelante volveremos a hablar de metacogniciones.

### The Obsessive Compulsive Working Group (OCCWG)

En el congreso Mundial de Terapias Cognitivo Conductuales de Dinamarca en 1995, un grupo de investigadores interesados en el TOC acordaron colaborar en el desarrollo de evidencia cognitiva sobre el TOC, llegando a reunir hasta a 46 participantes de nueve países.

OCCWG definió los tres niveles de conceptualización que constituyen la base cognitiva del TOC (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997):

- Intrusiones. Pensamientos, imágenes o impulsos no deseados que penetran en la conciencia y toman la forma y el nombre de obsesiones cuando llegan a la gravedad clínica.
- Evaluaciones (“appraisals”). Expectativas, interpretaciones o evaluaciones sobre el significado de los fenómenos particulares, tales como pensamientos intrusos no deseados.
- Creencias. Ideas relativamente estables aplicadas a varias situaciones que pueden ser específicas para el TOC o pueden ser los supuestos generales acerca de uno mismo que son también relevantes para otros trastornos clínicos.

Además, el grupo identificó seis dominios de creencias relevantes para la etiología del TOC y de probable especificidad:

- Exceso de responsabilidad: Creencia de que uno tiene un poder que es fundamental para lograr o evitar los resultados negativos subjetivamente cruciales.

- Importancia de los pensamientos: La mera presencia de un pensamiento indica que es importante.
- Sobreestimación de la amenaza: Una exageración de la probabilidad o la gravedad del daño.
- Importancia de controlar los pensamientos: La sobrevaloración de la importancia de ejercer un control completo sobre pensamientos intrusos, imágenes e impulsos, y la creencia de que esto es posible y deseable.
- Intolerancia a la incertidumbre: Las creencias acerca de la necesidad de certeza, la incapacidad personal para hacer frente al cambio impredecible, y la dificultad en el funcionamiento en situaciones ambiguas.
- Perfeccionismo: Tendencia a creer que hay una solución perfecta para cada problema, que hacer algo perfectamente (libre de errores) es, no sólo posible, sino necesario, y que los errores, incluso los de menos importancia, tendrán graves consecuencias.

Los cinco primeros se consideraron específicos para el TOC, mientras que perfeccionismo, se consideró importante pero no exclusivo del TOC (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997).

Posteriormente, un análisis más detallado determinó que los únicos predictores de síntomas obsesivo-compulsivos eran la intolerancia a la incertidumbre y el perfeccionismo, aunque el grupo con TOC no puntuó significativamente más alto que el grupo de otros trastornos de ansiedad (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2003).

En un estudio de muestra italiana, la intolerancia a la incertidumbre, la necesidad de control de los pensamientos y el perfeccionismo eran bastante específicos para el TOC, mientras que la importancia otorgada a los pensamientos y el exceso de responsabilidad apenas discriminó entre los pacientes con TOC y los individuos sanos (Sica et al., 2004).

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

En resumen, ciertas creencias como la responsabilidad, importancia de los pensamientos, el control de los pensamientos y la intolerancia a la incertidumbre, pueden ser específicos para el TOC, mientras que la sobreestimación de la amenaza y el perfeccionismo son factores inespecíficos. Sin embargo, debe tomarse con precaución tal afirmación, debido a que existen datos contradictorios entre los estudios.

### Control de los pensamientos intrusos

Las estrategias de neutralización son un esfuerzo voluntario, cognitivo o conductual, dirigido a eliminar, prevenir y atenuar los pensamientos intrusos y el malestar asociado (Freeston & Ladouceur, 1997). Estas estrategias juegan un papel fundamental en el mantenimiento de los pensamientos intrusos del TOC, asumiendo que son comportamientos de búsqueda de seguridad en relación con el significado subjetivo atribuido a dichos pensamientos.

Existen diferentes estrategias de neutralización, como la preocupación/rumiación y la supresión del pensamiento, pero ninguna consigue su objetivo, provocando por el

contrario un incremento de las evaluaciones negativas y creencias disfuncionales, en vez de la supresión, que es lo que pretende el individuo al realizarlas (Wells & Matthews, 1994).

En individuos no clínicos, la supresión deliberada de pensamientos neutros provoca un incremento de tales pensamientos una vez que el intento de supresión ha finalizado (Wegner, 1994; Wegner, Schneider, Carter & White, 1987). Este efecto se denominó “efecto rebote de supresión de pensamientos”. Otros autores encontraron resultados similares (Clark, Ball & Pape, 1991; Clark, Winton & Thynn, 1993).

(Trinder & Salkovskis, 1994) solicitaron a un grupo de voluntarios sanos que identificasen un pensamiento intruso negativo que hubiesen tenido recientemente, asignaron a los participantes a tres condiciones: “supresión”, “expresión del pensamiento” y “no instrucción”. Los del grupo “supresión” experimentaron mayor número de pensamientos intrusos y mayor malestar. Este estudio apoyaba la contribución de la supresión en el desarrollo de las obsesiones.

(Tolin, Abramowitz, Przeworski & Foa, 2002) observaron que solamente un grupo de pacientes con TOC, y no un grupo control no clínico, mostraban un “efecto rebote” inmediato tras la supresión de un pensamiento neutro. Por el contrario, (Purdon, Rowa & Antony, 2005) no encontraron “efecto rebote” en los individuos con diagnóstico de TOC tras realizar la supresión de sus pensamientos obsesivos, aunque esos intentos de supresión sí produjeron mayor malestar y estado de ánimo más negativo.

Del mismo modo, respecto a las compulsiones, (Rassin, Merckelbach, Muris & Stapert, 1999) encontraron que las personas con mayor puntuación en el *White Bear*

*Suppression Inventory*, WBSI, (Wegner & Zanakos, 1994), cuestionario de supresión de pensamientos, experimentaban sus rituales como más intensos, molestos y con mayor resistencia que aquellas con puntuaciones más bajas en el cuestionario.

En resumen, los pacientes con TOC utilizan las estrategias de supresión de pensamiento implicando un incremento de los pensamientos intrusos, “efecto rebote”, o bien, un incremento del malestar producido por los mismos.

### Perspectiva metacognitiva

Wells y Matthews (1994) desarrollaron el *Self-Regulatory Executive Function Model* (S-REF), modelo de la autorregulación de las funciones ejecutivas, según el cual el sistema metacognitivo cumple la función de regular el *self* por medio de las creencias sobre el propio *self*.

Este modelo teórico sugiere que el origen del TOC está relacionado con la interpretación inadecuada de los pensamientos intrusos debido a las creencias metacognitivas relativas al significado y peligrosidad de experimentar esos pensamientos.

Existen tres dominios de creencias metacognitivas acerca de la importancia en TOC:

- Fusión Pensamiento-Evento, TEF, (Rachman & Shafran, 1999; Wells, 1997).  
Creencia de que los pensamientos pueden influir directamente sobre un evento externo relevante.



- Fusión Pensamiento-Acción, TAF, (Rachman, 1993). Creencia de que tener un pensamiento intruso es moralmente equivalente a llevar a cabo una acción “prohibida”. Hablaremos de ellos más detenidamente.
- Fusión Pensamiento-Objeto, TOF, (Wells, 1997). creencia de que los pensamientos o sentimientos pueden ser transferidos a los objetos, y estos objetos “contaminados” pueden transferir los pensamientos y sentimientos de otras personas u objetos.

Por otro lado, están las creencias metacognitivas respecto a que los rituales deben realizarse para disminuir las consecuencias de las obsesiones. Las evaluaciones de éxito/fracaso o el significado de los acontecimientos relacionados con los rituales tienen una influencia crucial en la manifestación de emociones negativas y en el mantenimiento del trastorno (Gwilliam & Wells, 2004).

Basándose en este modelo, (Cartwright-Hatton & Wells, 1997) crearon el *Metacognitions Questionnaire* (MCQ), para evaluar las diferentes creencias metacognitivas: creencias positivas sobre la utilidad de la preocupación, creencia negativa sobre la incontrolabilidad y peligro de los propios pensamientos, confianza cognitiva en las propias habilidades cognitivas, creencias negativas relativas a temas de superstición, castigo y responsabilidad y autoconciencia cognitiva.

Respecto a las similitudes entre TOC y TAG (Cartwright-Hatton & Wells, 1997) encontraron que los pacientes diagnosticados de TAG y los diagnosticados de TOC eran significativamente diferentes en sus creencias metacognitivas, de los pacientes con trastornos emocionales o de individuos no clínicos. Las creencias negativas de incontrolabilidad de los pensamientos y las creencias negativas supersticiosas acerca de

los pensamientos son las subescalas en las que TOC y TAG puntuaban más alto que el resto, y de forma similar entre ellos. Únicamente la subescala autoconciencia cognitiva era el elemento diferencial entre TOC y TAG. (Irak & Tosun, 2008) observaron diferencias en las meta-cogniciones que predecían la presencia de TOC y TAG (excepto en el caso de la incontrolabilidad y peligro de los pensamientos, que predecía por igual ambos trastornos).

Fusión pensamiento-acción como factor causal en el desarrollo de las intrusiones  
(Rassin, Merckelbach, Muris & Spaan, 1999)

La fusión pensamiento-acción es la tendencia a valorar los pensamientos y las acciones como equivalentes. Contribuye al desarrollo de las obsesiones. Promueve el pensamiento obsesivo y lo hace más resistente, y genera mayor malestar.

Según este modelo teórico, los que sufren más pensamientos intrusos es porque interpretan sus intrusiones de forma diferente. Los que se sienten responsables de sus emociones experimentarán mayor malestar cuando ocurran pensamientos intrusos desagradables. Aquellos con elevada sensibilidad a la responsabilidad tienen mayor riesgo de desarrollar una obsesión clínica. (Shafran, Thordarson & Rachman, 1996) introducen el concepto fusión pensamiento-acción (TAF) como posible causa de un incremento de la sensibilidad a la responsabilidad. TAF es la tendencia a asumir relaciones causales incorrectas entre los propios pensamientos y la realidad externa. Por ejemplo, creer que pensar sobre una situación hipotética incrementa la probabilidad de que esa situación ocurra. Esto es lo que llamamos “TAF probabilidad”. La “TAF moralidad” es la creencia de que pensar sobre algo inaceptable es moralmente equivalente a hacerlo. Aquellos que caen en una o ambas TAF aumentan su sensación de responsabilidad por sus intrusiones, lo que, a su vez, aumenta la frecuencia y

aversión de la intrusión. Transforma las intrusiones normales en obsesiones anormales como las del TOC.

Existe evidencia empírica del papel de la TAF en la exacerbación de los pensamientos intrusos del TOC. (Rassin, Merckelbach, Muris & Spaan, 1999) demuestran la influencia de la TAF en la evaluación que realiza el individuo respecto a la importancia de las intrusiones. En el experimento, hacían creer a los individuos que pensar sobre la palabra “manzana” podía provocar una descarga eléctrica a otra persona. Los resultados indicaron que esta TAF, experimentalmente inducida, fomentaba el pensamiento intruso, una mayor frecuencia de pensamientos objetivos (pensamientos sobre la palabra “manzana”), mayor malestar y más resistencia.

Por otra parte, las correlaciones de datos muestran una importante relación entre TAF y síntomas del TOC (Rachman, Thordarson, Shafran & Woody, 1995; Shafran et al., 1996). Además, en el estudio de (Rassin, Muris, Schmidt & Merckelbach, 2000), a través de un modelo de ecuaciones estructurales, consideraban la TAF como un antecedente de los síntomas TOC.

También, (Shafran et al., 1996), encontraron mayores niveles de TAF en individuos con síntomas obsesivos que en individuos sin este tipo de síntomas.

Pero posteriormente, (Rassin, Diepstraten, Merckelbach & Muris, 2001), encontraron evidencia de que la TAF no debe asociarse específicamente al TOC. Hallaron que pacientes con TOC y pacientes con otros trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático y fobia social) presentaban niveles similares de TAF. Es más, en ambos grupos de pacientes, la TAF no se asoció significativamente y en exclusiva con los síntomas del TOC, sino también con niveles

generales de psicopatología utilizando el *Symptoms Checklist*, SCL-90, de Derogatis, 1977.

### **1.3. Teorías y variables cognitivas propuestas como causas necesarias o suficientes: trastorno de ansiedad generalizada**

Aunque no hay una carga genética para el TAG como tal o, como mucho, esta no es muy grande (Hettema, Neale & Kendler, 2001), es posible que haya una hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada. Esta vulnerabilidad biológica puede interactuar con una vulnerabilidad psicológica (sensación de que los eventos amenazantes son impredecibles y/o incontrolables basada en experiencias evolutivas tempranas), de modo que ante la ocurrencia de eventos estresantes o problemáticos, la persona puede responder con preocupación y ansiedad. Esta respuesta estará moderada por factores como las habilidades de afrontamiento y el apoyo social (Barlow, 1988; 2002).

Borkovec (1994) ha distinguido dos componentes en la vulnerabilidad psicológica: la percepción de amenaza generalizada (o la visión del mundo como peligroso) y el sentirse incapaz de afrontar los eventos amenazantes. Esta vulnerabilidad puede provenir de la experiencia de ciertos traumas y de vivencias de rechazo por parte de los padres. En comparación a individuos sin TAG, individuos análogos con TAG han informado de una mayor frecuencia de eventos traumáticos en el pasado, tanto en general como de tipos concretos de trauma (enfermedad/daño/muerte, agresión física/sexual, acontecimientos emocionales con familiares y amigos, varios). Otros factores históricos asociados al TAG han sido la pérdida de un progenitor antes de los 16 años, padre alcohólico, maltrato verbal y haber tenido que cuidarse anticipadamente

de los padres y de sí mismos en la infancia. Todas estas variables pueden predisponer al TAG, aunque existen otras interpretaciones: el TAG pudo ser anterior a los traumas, la ansiedad crónica pudo influir en la percepción o reacción a los traumas (aunque la influencia podría ser bidireccional) o en el informe posterior de los mismos, y las diferencias en eventos traumáticos pueden no constatarse en estudios prospectivos.

Las personas con TAG presentan a menudo características de personalidad tales como perfeccionismo, dependencia y falta de asertividad (Rapee, 1995), las cuales pueden haber sido favorecidas por haber sido educados por padres sobreprotectores, muy exigentes o ansiosos. Estas características de personalidad pueden contribuir a una falta de habilidades para manejar diversas situaciones problemáticas o a dificultades para aplicar dichas habilidades. Dugas y Ladouceur (1997) han señalado que, en general, los pacientes con TAG no carecen del conocimiento sobre cómo solucionar problemas, sino que fallan en la orientación hacia el problema (no saber reconocer los problemas o ver problemas donde no los hay, hacer atribuciones inadecuadas sobre los mismos, valorarlos como amenazas y sentirse frustrado y perturbado al encontrarse con problemas, no creer en la propia capacidad para resolverlos, no dedicar el tiempo y esfuerzo suficiente a los mismos y mantener un punto de vista pesimista sobre los resultados. Es decir, en general, estas personas se caracterizan por las reacciones iniciales afectivas, cognitivas y conductuales a los problemas). Esto ha sido confirmado por (Ladouceur, Blais, Freeston & Dugas, 1998).

De este modo, las personas con TAG aprenden a estar hipervigilantes para descubrir las posibles amenazas. Este sesgo atencional hacia la información amenazante ocurre incluso cuando la información se presenta fuera de la conciencia (mayores

tiempos de reacción para decir el color en que están escritas las palabras amenazantes, aunque estas palabras se presenten taquistoscópicamente tan brevemente como para que las personas no se den cuenta de que se ha presentado una palabra). No parece que el sesgo de atención vaya acompañado de un sesgo de memoria explícita hacia la información amenazante; esto sugiere una evitación cognitiva de la elaboración de esta información. Sin embargo, a pesar de la evitación, la información amenazante es codificada tras detectarla, como sugieren las pruebas de memoria implícita (las personas con TAG completan más segmentos de palabras con palabras amenazantes previamente vistas, pero no recordadas) (Borkovec, 1994; Rapee, 1995).

Junto al sesgo atencional, las personas con TAG presentan un umbral más bajo para percibir ambigüedad y tienden a interpretar la información ambigua como amenazante (un ruido en la noche significa un ladrón, oír que ha habido un accidente de coche hace pensar en que un familiar está implicado). De este modo, es más probable que las personas con TAG perciban peligros, ya que su atención se centra en los mismos más fácilmente y es más probable que interpreten los acontecimientos diarios de forma amenazante (Rapee, 1995).

Tal como describen (Rausch, Rovella, Morales & González, 2011), es a partir de la llegada del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) cuando las preocupaciones excesivas e incontrolables pasan a ocupar un rol central en el diagnóstico del TAG, cuando el equipo de investigación de Dugas (Dugas, Gagnon, Ladouceur & Freeston, 1998) se ocupó de desarrollar un modelo teórico-empírico integrador del TAG, modelo que establece la ocurrencia de cuatro procesos cognitivos fundamentales: intolerancia ante la incertidumbre, tendencia a sobrestimar la utilidad de

preocuparse, orientación negativa frente a los problemas, y evitación cognitiva, lo que después fue integrado en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

El componente central del mencionado modelo es la baja tolerancia hacia la incertidumbre, que es definida como “la tendencia a reaccionar negativamente, tanto en el plano cognitivo, como en el emocional y el comportamental, a situaciones o acontecimientos ambiguos e inciertos” (Buhr & Dugas, 2002; Ladouceur, Talbot & Dugas, 1997) Tales individuos consideran la incertidumbre como estresante y molesta, creen que es perjudicial y que debería ser evitada a cualquier precio, por lo que tienen mucha dificultad para funcionar cuando se encuentran en situaciones inciertas, dando así origen a una variedad de reacciones cognitivas y comportamentales disfuncionales (Holaway, Heimberg & Coles, 2006)

La sobrevaloración de la conveniencia de preocuparse, es decir, toda creencia que sostenga que preocuparse es útil, corresponde al segundo componente del modelo expuesto. Habitualmente, las personas con TAG consideran sus preocupaciones como un rasgo positivo y no reconocen que sean indebidas o exageradas; por el contrario, mantienen cogniciones rígidas y desadaptadas acerca de la funcionalidad de su preocupación como una estrategia de afrontamiento positiva (Davey, Tallis & Capuzzo, 1996; Wells & Papageorgiou, 1995) En este sentido, la ansiedad generalizada habitualmente es egosintónica, esto es, los pacientes se sienten identificados con su perfil y expresan especial valoración por síntomas que la mayoría de las personas evaluarían como desagradables (tensión, hipervigilancia, sueño ligero).

Dugas y cols. (1998) también han identificado las dificultades para resolver problemas como un tercer factor que contribuye a la tendencia a preocuparse. La orientación al problema alude a la parte motivacional del proceso de resolución de

problemas (D’Zurilla, Nezu & Maydeu-Olivares, 1998) y consiste en un conjunto de esquemas cognitivos emocionales estables que describen cómo una persona piensa y siente respecto a los problemas de su vida. De acuerdo a los citados autores, se entiende por orientación negativa la “tendencia personal a valorar los problemas como amenazas, a dudar sobre la propia capacidad de resolverlos y a sentirse fácilmente frustrado y desanimado ante los problemas de la vida”.

El cuarto y último elemento que Dugas y cols. (1998) plantean en su modelo explicativo del TAG es la evitación cognitiva. Inversamente a lo que acontece en otros trastornos de ansiedad, las personas con TAG no sienten temor ante una situación, lugar u objeto actual y específico, sino ante amenazas futuras, menos tangibles y que poseen escasas probabilidades de concretarse. En consecuencia, no tienen muchas posibilidades de apelar a una evitación conductual, pero sí se entregan de lleno a la evitación cognitiva, la cual hace referencia a las estrategias internas utilizadas por el individuo para evitar exponerse a un pensamiento o a una imagen molesta. Tales estrategias incluyen distracción, reemplazo o supresión de pensamientos angustiantes, evitación de estímulos amenazantes y transformación de imágenes mentales en pensamientos verbales.

Por otra parte, se ha puesto de manifiesto que entre los factores de índole cognitiva implicados en el desarrollo y exacerbación de los síntomas de este trastorno, también se encuentra la sensibilidad a la ansiedad (Reiss, 1991), que alude a la “tendencia a responder con miedo a las propias sensaciones corporales, que son interpretadas como consecuencia de un posible daño físico o psicológico” (Rachman, 1998). Por su parte, Taylor (1999) la define como una “propensión personal a evaluar las sensaciones fisiológicas relacionadas con la ansiedad (incremento de la frecuencia



cardiaca, palpitaciones, temblores), los cambios cognitivos (dificultades de concentración, pensamientos rápidos) y las consecuencias sociales (humillación, rechazo), basándose en la creencia de que la ansiedad y sus sensaciones entrañan consecuencias peligrosas o dañinas”.

En un experimento, Dugas y cols. (1998) emplearon 24 pacientes con TAG y 20 individuos controles no clínicos. Encontraron que los principales componentes del modelo permitían discriminar entre los dos grupos, siendo la intolerancia a la incertidumbre crucial para distinguir a los pacientes con TAG de los individuos no clínicos.

La intolerancia a la incertidumbre es la clave en el proceso variable del TAG, debido a que puede exacerbar cuestiones iniciales del tipo “¿y si...?” e incluso generar esas cuestiones en la ausencia de estímulos inmediatos. Se ha demostrado que la intolerancia a la incertidumbre: está altamente relacionada con la preocupación, independientemente de los niveles de ansiedad y depresión; distingue las preocupaciones no clínicas que reúnen los criterios del TAG de aquellas que no los cumplen y discrimina las preocupaciones de los pacientes con TAG de las preocupaciones moderadas no clínicas (Dugas et al., 1997).

Los sesgos cognitivos anteriores (atención sesgada hacia la amenaza, interpretación de la información ambigua como amenazante) junto con otros factores tales como la intolerancia a la incertidumbre, la orientación negativa hacia los problemas (la percepción de poco control sobre los problemas, que son vistos como amenazas, y sobre el propio proceso de resolución de problemas) y los posibles déficits en la solución de problemas dan lugar al surgimiento de las preocupaciones, las cuales

implican una sobrestimación de la probabilidad y coste de las amenazas. Las preocupaciones tienden a perpetuarse o reducirse en el futuro, según sean relativamente breves (15 minutos) o prolongadas (30 minutos sin distracción ni estrategias defensivas), y según intervengan o no otros factores que se enumeran más abajo. Las preocupaciones también se ven agravadas por la ocurrencia de eventos estresantes (Borkovec, 1994; Dugas & Ladouceur, 1997; Rapee, 1995).

La inexistencia de afrontamiento de la amenaza frente a la aparición de las preocupaciones se explica porque lo que se teme en el TAG no es una amenaza presente, sino una amenaza futura de muy baja probabilidad de ocurrencia para la cual no existe ninguna solución tipo acción; de este modo, los únicos recursos que quedan son los de tipo mental y entre estos, ante la carencia de otros más adecuados (reestructuración cognitiva, solución de problemas), la preocupación constante en un intento de prevenir la amenaza.

Las creencias de que las preocupaciones son útiles contribuyen de modo notable al mantenimiento de estas últimas; dichas creencias se han desarrollado posiblemente a partir de los efectos percibidos de las preocupaciones (una coincidencia supersticiosa entre preocuparse y la ausencia de resultados negativos) y/o del modelado o información por parte de personas significativas. Los pacientes con TAG, los cuales tienden a sobrestimar la utilidad de sus preocupaciones, informan básicamente de cinco tipos de creencias. Las dos primeras se centran en el control del medio externo e implican probablemente reforzamiento negativo retardado de las preocupaciones, mientras que las otras tres se centran en el control de las propias emociones y conductas y proporcionan probablemente un reforzamiento más inmediato. Estas creencias son

---

informadas más frecuentemente por pacientes con TAG que por personas sin TAG (Borkovec, 1994; Dugas & Koerner, 2005).

- Evitación supersticiosa de lo que se teme: “preocuparme hace menos probable que el evento temido ocurra”. Como la inmensa mayoría de las consecuencias temidas en el TAG tienen una baja probabilidad de ocurrencia, la preocupación es supersticiosamente reforzada de modo negativo por la no ocurrencia de lo que se teme.

- Evitación real de lo que se teme: “preocuparme me ayuda a descubrir medios de evitar lo que temo”. De este modo, la preocupación es vista como un método de resolución de problemas, aunque no se ha investigado con qué frecuencia se generan soluciones eficaces. Cuando estas ocurren, la creencia se refuerza.

- Evitación de temas emocionales más profundos: “preocuparme por la mayoría de las cosas que me preocupan es un medio de evitar pensar en otras cosas más perturbadoras emocionalmente”. Por ejemplo, traumas pasados (experiencias de enfermedad, daño, muerte, agresión física o sexual), experiencias negativas de la infancia (p.ej., rechazo por parte de los padres) o problemas en las relaciones interpersonales actuales.

- Preparación para el afrontamiento: “preocuparme por un evento negativo me ayuda a prepararme para su ocurrencia”. De este modo, se pretende mitigar la reacción emocional ante el acontecimiento negativo, en el caso de que llegue a ocurrir.

- Recurso motivacional: “preocuparme me motiva para llevar a cabo lo que tengo que hacer”. Así, el cumplimiento de esto refuerza el papel de la preocupación como una estrategia motivacional; a su vez, lo que se ha realizado

queda reforzado negativamente por la desaparición del malestar emocional asociado al estado de preocupación.

Es necesario destacar, además, la creencia de que preocuparse representa un rasgo positivo de personalidad, ya que indica que la persona es bondadosa y bien intencionada. Esto puede ser reforzado cuando otros le dicen que posee estas cualidades. (Dugas & Koerner, 2005)

Las preocupaciones pueden tener varios efectos, muchos de los cuales contribuyen a mantener tanto dichas preocupaciones como la ansiedad (Bados, 1997; Borkovec, 1994):

- Prevención o reducción del procesamiento emocional de la información amenazante (el procesamiento emocional se refiere a la activación de las estructuras de miedo y a la incorporación de información incongruente con el miedo dentro de las mismas). La preocupación es una solución ineficaz de problemas que, aunque reduce la ansiedad a corto plazo, sirve para mantener las interpretaciones de amenaza, la creencia de poco control sobre las mismas y la ansiedad. La reducción del procesamiento emocional de la información amenazante se consigue a través de la disminución o supresión de la actividad autónoma y, por tanto, de los aspectos autónomos de la experiencia de ansiedad. A su vez, esto puede lograrse a través de la evitación de imágenes relacionadas con los estímulos temidos, la distracción y el desvío de la atención hacia pensamientos verbales poco concretos o elaborados respecto a los antecedentes y consecuencias de la amenaza percibida (de hecho, se evita, en general, pensar en los peores resultados posibles). Las preocupaciones consisten básicamente en pensamientos verbales poco concretos y estos tienen un efecto

cardiovascular mucho menor que la imaginación del mismo material emocional. Por tanto, la preocupación puede servir para evitar la imaginación con el fin de reducir el afecto negativo. Sin embargo, la preocupación crónica puede facilitar la recuperación de las imágenes aversivas, las cuales tienen que ser inmediatamente evitadas, con lo cual se crea un círculo vicioso que perpetúa la preocupación.

- Dugas y Ladouceur (1997) han señalado que preocuparse implica el empleo de dos modos de afrontamiento (vigilancia y evitación) con el fin de reducir la incertidumbre y la activación emocional. Pero estas no pueden reducirse simultáneamente. La vigilancia disminuye la primera, pero aumenta la segunda. La evitación tiene el efecto contrario. De este modo, los pacientes con TAG irían cambiando de un modo de afrontamiento a otro a la hora de vérselas con una amenaza percibida; las consecuencias que se derivan son un empleo inadecuado de la solución de problemas, una reducción del procesamiento emocional del material amenazante y el mantenimiento de la preocupación.
- La evitación de las imágenes amenazantes es una parte de lo que puede denominarse contenido estereotipado de la preocupación. Si uno está excesivamente centrado en una actividad conceptual de determinado tipo, se reduce drásticamente la posibilidad de procesar otra información externa o interna que le permitiría situar en perspectiva aquello que teme. Por otra parte, al igual que la repetición constante de una palabra da lugar al debilitamiento de su asociación con el dominio semántico (se queda “sin sentido”) y, probablemente, con otros dominios (afectivo), es

probable que la repetición constante de pensamientos verbales de amenaza lleve por sí misma a la inhibición del acceso a otros niveles de significado, facilitando así la prevención del procesamiento emocional de la información amenazante.

- Conductas de preocupación. Las preocupaciones generan ansiedad, la cual intenta ser controlada por los pacientes mediante determinadas conductas. Brown, O'Leary y Barlow (2001) entienden por conductas de preocupación hacer (evitación activa) o no hacer (evitación pasiva) ciertas actividades con el fin de reducir o prevenir la ansiedad y los supuestos peligros anticipados. Ejemplos serían llamar frecuentemente a los seres queridos para comprobar que están bien, llamar a los hospitales cuando un hijo que viaja en moto se retrasa, llegar con antelación a las citas, consultar frecuentemente al médico por síntomas propios o de familiares cuya importancia se magnifica, pedir a los amigos que nos tranquilicen sobre estos síntomas, limpiar la casa diariamente por si alguien viene inesperadamente de visita, asegurarse en exceso de que un trabajo está bien hecho, negarse a leer esquelas o noticias desagradables en el periódico o a hablar sobre ellas, rehuir conversaciones incómodas, posponer actividades, no aceptar invitaciones a reuniones sociales, no querer ver ciertos programas de TV, etc. Estas conductas de preocupación contribuyen a mantener las preocupaciones y las interpretaciones de amenaza.

- Ansiedad, deterioro de la ejecución de tareas (especialmente de tareas cognitivas complejas), problemas de concentración, perturbaciones del sueño, tensión muscular, fatigabilidad, irritabilidad, dilación o posposición de decisiones. Esto último puede ser favorecido por el miedo a cometer un error y

por la búsqueda de mayor seguridad a la hora de decidir. Algunas de estas consecuencias negativas de las preocupaciones (ansiedad, tensión muscular) pueden contribuir al mantenimiento de estas, al igual que el humor deprimido. Por otra parte, estos síntomas, junto con las preocupaciones, interfieren en la vida laboral, social y familiar de las personas afectadas y hacen que estas utilicen con frecuencia los servicios médicos y suelen emplear medicación (benzodiazepinas, antidepresivos, hipnóticos) para controlar sus síntomas. El deterioro es mayor si hay comorbilidad con depresión mayor.

Por otra parte, Wells (1995; 1997) ha señalado que con el paso del tiempo los pacientes desarrollan creencias negativas sobre las preocupaciones. A partir de experiencias propias (preocupaciones que se van volviendo cada vez más incontrolables y perturbadoras) o de otros (persona significativa que presenta un problema mental asociado con las preocupaciones), los pacientes tienden a creer que preocuparse es incontrolable y peligroso (“si no controlo mis preocupaciones, terminarán por controlarme”, “las preocupaciones me harán perder mi salud mental”). Estas creencias negativas estimulan lo que Wells (1997) ha denominado preocupaciones Tipo 2 o preocupaciones sobre la cognición en sí misma, en particular preocupaciones sobre la ocurrencia de preocuparse (metapreocupaciones). Por ejemplo, me estoy volviendo loco de tanto preocuparme, no voy a poder seguir funcionando, me voy a poner enfermo. Estas metapreocupaciones, o valoraciones negativas sobre preocuparse, son más frecuentes en pacientes con TAG que en individuos no ansiosos (Gosselin & Laberge, 2003) y deben ser distinguidas de las preocupaciones Tipo 1 o preocupaciones sobre eventos externos y eventos internos no cognitivos (v.g., síntomas físicos). Las creencias negativas y preocuparse sobre preocuparse tienen una serie de efectos:

- Mayor atención a, y mejor detección de pensamientos no deseados, e intentos de controlarlos. Esto puede llevarse a cabo intentando suprimirlos directamente, lo cual lleva paradójicamente a su incremento posterior, distrayéndose, diciéndose cosas tranquilizadoras o llevando a cabo las preocupaciones dentro de estrictos límites o de formas especiales que pretenden lograr los beneficios de las preocupaciones al tiempo que evitan sus peligros.

- Conductas dirigidas a buscar tranquilizarse y prevenir los peligros asociados con las preocupaciones tipo 1 y 2, es decir, conductas de preocupación. Así, hacer que la pareja llame cada cierto tiempo para decir que está bien, llegar a casa más tarde que el cónyuge para no preocuparse sobre su tardanza o, en general, evitar todo aquello que suscita las preocupaciones.

- Respuestas emocionales y otros síntomas. Incremento de ansiedad y tensión, disociación, mente acelerada, problemas de concentración, perturbaciones del sueño, etc. Estos síntomas pueden ser interpretados como prueba favorable para las creencias negativas que subyacen a las metapreocupaciones. En aquellos casos en que se diera una valoración de una catástrofe mental inmediata podrían aparecer ataques de pánico.

Todos estos efectos exacerban los pensamientos intrusos, mantienen las interpretaciones de amenaza y contribuyen al mantenimiento de las metapreocupaciones. Según Wells, las metapreocupaciones son las que contribuyen fundamentalmente a transformar las preocupaciones normales en patológicas.



## 2. TRABAJO EMPÍRICO

Tal como se describe en el apartado teórico, el TOC es uno de los problemas de ansiedad más sobresalientes (Vallejo, 2001), llegando a considerarse uno de los trastornos de ansiedad más graves. Por otro lado, existe una gran similitud en la fenomenología del TOC infantil y el TOC de adultos (Swedo et al., 1989). La única diferencia fenomenológica encontrada entre el TOC infantil y el de los adultos hace referencia a que los niños parecen experimentar de forma menos cognitiva el trastorno, ya que tienen dificultades para informar del contenido específico de las obsesiones (Farell, 2003). La investigación científica controlada sobre TOC ha avanzado considerablemente en las tres últimas décadas. Sin embargo, la mayor parte ha estado centrada en el TOC de adultos, existiendo poca investigación en niños (Shafran, 1998).

En una situación similar se encuentran las investigaciones sobre el TAG. Los niños con TAG tienen un elevado sufrimiento, presentan quejas somáticas frecuentes, experimentan malestar extremo cuando se ven expuestos al escrutinio por parte de otros, a la confrontación, o a la evaluación. Experimentan marcada tensión y dificultad para relajarse, y exhiben comportamientos de nerviosismo como frotarse las manos, arrancarse el pelo y manierismos (Cuevas, 2010). Además, la mayoría de los pacientes con TAG dicen haber sido ansiosos o nerviosos toda la vida; de hecho, algunos autores han considerado al TAG como un trastorno de personalidad ansiosa (Rapee, 1995). La mitad de los pacientes con TAG informan que su trastorno comenzó en la infancia y adolescencia. Con niños y adolescentes, la edad media de comienzo ha oscilado entre los 11 y 13,5 años. Es plausible que las preocupaciones excesivas aparezcan ya en la infancia o adolescencia, pero que no alcancen la categoría de trastorno hasta el comienzo de la vida adulta coincidiendo con acontecimientos vitales tales como la

acumulación de responsabilidades, nacimiento de niños, dificultades laborales y problemas de salud en (Gosselin & Laberge, 2003).

Es por tanto imprescindible la investigación en niños y adolescentes de las variables cognitivas causales en ambos diagnósticos para poder establecer un tratamiento adecuado y acorde a sus características particulares, si es que lo son, habiendo sido demostrada la efectividad de la terapias cognitivo-conductuales basadas en las teorías cognitivas como la de Dugas et al. (1998), la de Rachman (1993) o la teoría de Salkovskis (1985), en ambos diagnósticos para adultos.

Es aquí donde la falta de investigación en estas edades nos lleva a plantear el estudio de tales variables cognitivas y su causalidad en la sintomatología ansiosa del TOC y el TAG infanto-juvenil.

## 2.1. Hipótesis

1. Según la teoría de (Salkovskis, 1985), las personas con creencias de responsabilidad sobredimensionada deberán presentar síntomas obsesivo-compulsivos. Basándonos en esta idea, queremos comprobar si la responsabilidad es un factor causal suficiente y/o necesario para generar síntomas obsesivo-compulsivos. Si esto es así, entonces cabe esperar lo siguiente:

1.1. Si la responsabilidad sobredimensionada es un factor *suficiente* para producir síntomas obsesivo-compulsivos, los altos en responsabilidad sobredimensionada tendrán una media en síntomas obsesivo-compulsivos más alta que los bajos. Si no es así, la

responsabilidad sobredimensionada no puede considerarse como un factor suficiente para producir síntomas obsesivo-compulsivos.

1.2. De igual forma, si la responsabilidad sobredimensionada es un factor *suficiente* para producir síntomas obsesivo-compulsivos, los individuos altos en responsabilidad sobredimensionada serán también altos en sintomatología obsesivo-compulsiva. Si no es así, se falsa la hipótesis de suficiencia, que afirma que las personas con responsabilidad sobredimensionada tienden a generar síntomas obsesivo-compulsivos.

1.3. Si la responsabilidad sobredimensionada es un factor *necesario* para que se produzcan síntomas obsesivo-compulsivos, los individuos altos en sintomatología obsesivo-compulsiva, en comparación con los bajos, deberán tener una media alta en responsabilidad sobredimensionada. Si los altos en síntomas obsesivo-compulsivos tienen una media igual o más baja en responsabilidad, hay que concluir que es falso que la responsabilidad sobredimensionada sea necesaria para producir síntomas obsesivo-compulsivos.

1.4. Si la responsabilidad sobredimensionada es un factor *necesario* para que se produzcan síntomas obsesivo-compulsivos, los individuos bajos en responsabilidad sobredimensionada serán también bajos en síntomas obsesivo-compulsivos. Si no es así, se falsa la hipótesis de que la responsabilidad sobredimensionada sea necesaria para que se produzcan síntomas obsesivos, ya que

habremos encontrado personas con síntomas obsesivos pero con responsabilidad baja

2. Según la teoría de Rachman (1993), las personas con creencias de que las intrusiones son algo extremadamente importante y de que su control es posible y necesario deberán presentar síntomas obsesivo-compulsivos. Siguiendo esta teoría, queremos averiguar si la importancia que la persona da a sus pensamientos intrusos y al control de los mismos es un factor causal suficiente y necesario para generar síntomas obsesivo-compulsivos. Si esto es así, entonces cabe proponer las siguientes hipótesis:

2.1. Si la importancia y control de los pensamientos intrusos es un factor *suficiente* para producir síntomas obsesivo-compulsivos, los altos en importancia y control de los pensamientos tendrán una media en síntomas obsesivo-compulsivos más alta que los bajos. Si no es así, la importancia y control de los pensamientos no es un factor suficiente para producir síntomas obsesivo-compulsivos.

2.2. De la misma forma, si la importancia y control de los pensamientos intrusos es un factor *suficiente* para producir síntomas obsesivo-compulsivos, prácticamente todos los individuos altos en importancia y control de los pensamientos serán también altos en sintomatología obsesivo-compulsiva. Si no se cumple lo anterior, se falsa la hipótesis de que la importancia y control de los pensamientos sea suficiente para producir síntomas obsesivo-compulsivos.

2.3. Si la importancia y control de los pensamientos intrusos es un factor *necesario* para producir síntomas obsesivo-compulsivos, los individuos altos en sintomatología obsesivo-compulsiva, en comparación con los bajos, deben tener una media en importancia y control de los pensamientos más alta. Si los altos en síntomas obsesivo-compulsivos tienen una media igual o más baja, es falso que la importancia y control de los pensamientos sea necesaria para producir síntomas obsesivo-compulsivos.

2.4. Si la importancia y control de los pensamientos intrusos es un factor *necesaria* para producir síntomas obsesivo-compulsivos, prácticamente todos los individuos bajos en importancia y control de los pensamientos serán también bajos en síntomas obsesivo-compulsivos. Si no se cumple lo anterior, se falsa la hipótesis de que la importancia y control de los pensamientos sea un factor necesario para que se desencadenen síntomas obsesivo-compulsivos.

3. Según la teoría de Dugas et al. (1998), las personas con creencias de que la incertidumbre es intolerable y de que sin certidumbre no es posible actuar correctamente deberán presentar síntomas de ansiedad generalizada. Dado esto, se pretende comprobar si la intolerancia a la incertidumbre es un factor causal suficiente y necesario para generar síntomas de ansiedad generalizada. Para ello, proponemos las siguientes hipótesis:

- 3.1. Si la intolerancia a la incertidumbre es un factor *suficiente* para producir síntomas de ansiedad generalizada, los altos en intolerancia a la incertidumbre tendrán una media en síntomas de ansiedad generalizada más alta que los bajos. Si no es así, puede concluirse que la intolerancia a la incertidumbre no es un factor suficiente para producir síntomas de ansiedad generalizada.
- 3.2. Si la intolerancia a la incertidumbre es un factor *suficiente* para producir síntomas de ansiedad generalizada, los individuos altos en intolerancia a la incertidumbre serán también altos en sintomatología de ansiedad generalizada. Si no se cumple esto, se falsa la hipótesis de que la intolerancia a la incertidumbre sea un factor suficiente para producir síntomas de ansiedad generalizada.
- 3.3. Si la intolerancia a la incertidumbre es un factor *necesario* para producir síntomas de ansiedad generalizada, prácticamente todos los individuos altos en sintomatología de ansiedad generalizada, en comparación con los bajos, deben tener una media en intolerancia a la incertidumbre más alta. Si los altos en síntomas de ansiedad generalizada tienen una media igual o más baja, es falso que la Intolerancia a la incertidumbre sea necesaria para producir síntomas de ansiedad generalizada.
- 3.4. Si la intolerancia a la incertidumbre es un factor *necesario* para producir síntomas de ansiedad generalizada, prácticamente todos los individuos bajos en intolerancia a la incertidumbre serán también bajos en síntomas de ansiedad generalizada. Si no se

cumple, se falsa la hipótesis de que la intolerancia a la incertidumbre sea un factor causal necesario para que surjan síntomas de ansiedad generalizada.

## 2.2. Método

### 2.2.1. Participantes

Se utiliza una muestra de conveniencia compuesta por 1216 niños y adolescentes, de los cuales 590 (48.5 %) son varones y 626 (51.5 %) son chicas, de un total de 8 colegios e institutos. De ellos, cuatro eran de Málaga capital y otros cuatro de Vélez Málaga. La edad de los participantes estuvo comprendida entre 10 y 17 años. La media de edad fue de 14.18 años y la desviación típica fue de 2.13. En la Tabla 1 puede verse la distribución de edades de los participantes. Todos ellos estudiaban en colegios o institutos públicos o concertados situados mayoritariamente en barrios o zonas de clase trabajadora y clase media.

**Tabla 1.** Descripción de la muestra por edades.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10	57	4,7
11	98	8,1
12	152	12,5
13	172	14,1
14	173	14,2
15	152	12,5
16	177	14,6
17	235	19,3
Total	1216	100,0

### 2.2.2. Instrumentos

*Obsessive Beliefs Questionnaire*. OBQ; (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005b) Autoinforme de 44 ítems que evalúan creencias disfuncionales

relacionadas con el TOC. Presenta 3 subescalas: Sobreestimación de la Amenaza y Responsabilidad por Daño, Importancia y Control de los Pensamientos Intrusos, y Perfeccionismo e Intolerancia de la Incertidumbre. Se responde en una escala desde 0 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). La prueba de adultos tiene alta consistencia interna y fiabilidad test-retest, así como buena validez convergente y divergente (OCCWG, 2005). La prueba infantil (OBQ-CV) presenta propiedades psicométricas semejantes a la prueba de adultos (Coles et al., 2010; Nogueira et al., 2012). En la muestra utilizada, la fiabilidad (*alfa de Cronbach*) ha sido: puntuación total = 0,93; Sobredimensionalización de la Amenaza y Responsabilidad por Daño = 0,86; Importancia y Control de los Pensamientos Intrusos = 0,81; y Perfeccionismo e Intolerancia de la Incertidumbre = 0,86.

*Thought-Action Fusion Questionnaire for Adolescents*. TAFQ-A; (Muris, Meesters, Rassin, Merckelbach & Campbell, 2001). La escala evalúa, a través de 15 ítems, el grado en que el individuo mantiene pensamientos intrusos con significado personal en 2 subescalas: 8 de los ítems se refieren a la fusión pensamiento-acción en términos de moralidad y 7 ítems están relacionados con la fusión pensamiento-acción en términos de probabilidad (4 ítems se refieren a sí mismo y 3 ítems se refieren a otros). Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 4 puntos desde 0 (no es del todo cierto) a 3 (completamente cierto). La puntuación total, la puntuación de moralidad y la puntuación de probabilidad se consiguen sumando los ítems pertinentes. La escala presenta buenas propiedades psicométricas, la consistencia interna es elevada,  $\alpha = 0,84$  para la escala total,  $\alpha = 0,85$  para la escala de moralidad y  $\alpha = 0,81$  para la escala de probabilidad (Muris, Meesters, Rassin, Merckelbach & Campbell, 2001). La versión española de esta prueba, utilizada en el presente estudio, presenta cualidades



psicométricas semejantes a las de la versión original (Fernández-Llebrés et al., 2010). En la muestra utilizada, la fiabilidad (*alfa de Cronbach*) ha sido: puntuación total = 0,90; Escala TAF-Probabilidad = 0,0,86; Escala TAF-Moralidad = 0,89.

*Frost's Multidimensional Perfectionism Scale. FMPS;* (Frost, Marten, Lahart & **Rosenblate, 1990**). La escala está formada por 35 ítems. Mide Perfeccionismo reflejado en seis subescalas (Preocupación por los Errores, Metas Personales, Expectativas de los padres, Críticas de los padres, Dudas sobre las Acciones, y Organización). Se puntúa en una escala tipo Likert de 0 (en absoluto) a 4 (totalmente). Según Godoy, Nogueira, Reyes y Gavino (2015), las seis escalas presentan una buena consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach entre 0,71-0,92) y fiabilidad test-retest (0,72). En la muestra utilizada, la fiabilidad (*alfa de Cronbach*) ha sido: puntuación total = 0,90; Preocupación por los Errores = 0,83; Metas Personales = 0,77; Expectativas de los padres = 0,70; Críticas de los padres = 0,70; Dudas sobre las Acciones = 0,64; y Organización = 0,89.

*Escala NJRE Questionnaire Revised (NJRE-Q-R ;* (Coles, Frost, Heimberg & Rhéaume, 2003). Adaptación de Reyes, Nogueira y Godoy (2015).

Instrumento compuesto por 19 ítems que evalúan experiencias de imperfección o de que las cosas no están colocadas, terminadas o hechas “como debieran”. Los 10 primeros ítems (escala de Experiencias) son una muestra de estas experiencias (“Al vestirme, he tenido la sensación de no sentir mi ropa perfecta” “Mientras ordenaba mi escritorio, he tenido la sensación de no ver perfectos mis documentos y el resto de cosas”) donde el individuo debe indicar si ha tenido cada una de ellas en el último mes.

Después se pregunta al individuo, cuál de esas experiencias imperfectas suele ser más importante y más frecuente (ítems 11 y 12). Posteriormente (ítems 13 a 19; Escala de Severidad), respecto a esta experiencia imperfecta más importante, se especifica en

una escala tipo Likert que puntúa desde 0 (ausencia) a 4 (extrema) su frecuencia, intensidad, sufrimiento inmediato, sufrimiento posterior, rumiación, necesidad de responder y sensación de responsabilidad asociada. Coles et al. (2003) encontraron que la muestra de las 10 experiencias imperfectas tenían una buena consistencia interna ( $\alpha = 0,79$ ). Los 19 ítems mostraban una buena validez convergente y discriminante con correlaciones más fuertes con síntomas TOC que con síntomas depresivos, ansiedad rasgo, ansiedad social y preocupación (Coles et al., 2003). En la muestra utilizada, la fiabilidad (*alfa de Cronbach*) ha sido: Escala de experiencias ENJR = 0,81; Escala de Severidad de la principal ENJR = 0,86.

*Spence Children's Anxiety Scale. SCAS*; (Spence, Barrett & Turner, 2003) Es un autoinforme que evalúa síntomas de ansiedad en niños. Consta de 38 ítems agrupados 6 subescalas: Ansiedad de Separación, Fobia Social, TOC, Ataque de Pánico/Agorafobia, Miedo al Daño Físico, y Ansiedad Generalizada, y. Los individuos responden en una escala desde cero (nunca) a tres (siempre). La escala original presenta moderada o alta consistencia interna y una satisfactoria fiabilidad test-retest. La validez convergente y divergente es adecuada. La versión española de la prueba presenta cualidades psicométricas semejantes a la de la versión original inglesa (Carrillo et al., 2012; Godoy et al., 2011). En la muestra utilizada, la fiabilidad (*alfa de Cronbach*) ha sido: puntuación total = 0,91; Ansiedad de Separación = 0,70; Fobia Social = 0,70; TOC = 0,73; Ataque de Pánico/Agorafobia = 0,80; Miedo al Daño Físico = 0,59; y Ansiedad Generalizada = 0,75.

*Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños (STAIC*; Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori & Platzek, 1973; Seisdedos, 1990). El STAIC es aplicable a niños de a partir de los 8 años. Consta de 20 ítems relativos a la Ansiedad Estado y de 20

ítems relativos a la Ansiedad Rasgo. La adaptación española, realizada por Seisdedos (1990), replicó los dos factores hallados por los autores originales, obteniendo coeficientes de fiabilidad adecuados. En el presente trabajo únicamente utilizamos la Escala de Ansiedad Rasgo, cuya fiabilidad (*alfa de Cronbach*) ha sido 0,92.

*Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños (Childhood Anxiety Sensitivity Index, ASIC)*; (Laurent, Schmidt, Catanzaro, Joiner & Kelley, 1998). Consta de 12 ítems que se puntúan según una escala de 4 puntos: Casi nunca es verdad = 0, Casi siempre es verdad = 3. Evalúa a través de dos subescalas: Escala Física (preocupación por las sensaciones físicas producidas por el miedo y la ansiedad –v.g., latidos del corazón, sensación de ahogo, etc.) y Escala Mental (preocupación por las sensaciones mentales producidas por el miedo y la ansiedad –v.g., temor a perder el control, temor a volverse loco, etc.). Datos preliminares sobre la fiabilidad y validez de la versión española de la ASIC son referidos por Godoy, Nogueira, Romero y Gavino, (2015) y son adecuadas. El coeficiente de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) para la puntuación total del ASIC y para sus dos subescalas es adecuado (0,82-0,92). La fiabilidad test-retest también es adecuada (0,62-0,75). En la muestra utilizada, la fiabilidad (*alfa de Cronbach*) ha sido: puntuación total = 0,88; Escala Física = 0,86; escala Mental = 0,70.

### **2.2.3. Procedimiento**

Todas las pruebas se pasaron en primer lugar a un grupo piloto de niños con el fin de comprobar que los ítems se entendían correctamente, así como para calcular el tiempo que requería rellenar cada una de ellas, según el nivel de edad.

Todos los participantes en el estudio cumplimentaron las escalas en su aula de clase habitual. Las pruebas se organizaron en 2 cuadernillos, a rellenar cada uno de ellos en una sesión distinta. Para evitar efectos del orden en que se pasaban las pruebas, éstas se contrabalancearon siguiendo los siguientes criterios: que el cuadernillo de pruebas a pasar en una misma sesión tuviera aproximadamente la misma duración y, para evitar errores de respuesta, que las pruebas con un mismo tipo de respuesta quedaran en el mismo cuadernillo.

Respecto a los valores omitidos, para los niños que dejaron sin contestar una o más pruebas completas, se han eliminado todos sus datos. Del resto, un 0,35% dejó algún ítem de alguna prueba sin contestar. En estos casos, los valores omitidos se han tratado mediante multiimputación con el algoritmo EM del programa PRELIS 2.2.

#### **2.2.4. Procesamiento de datos**

*Coefficiente de correlación de Spearman:* mide el grado de correspondencia que existe entre los rangos que se asignan a los valores de las variables analizadas. El coeficiente toma valores entre -1 y +1. Un valor cercano a 0 indica que las variables apenas están relacionadas. Cuando el valor resultante es cercano a +1, se dice que ambas variables se asocian directamente de manera muy estrecha. Cuando el valor resultante es cercano a -1, se dice que ambas variables se asocian inversamente de manera muy estrecha. Cuando el valor resultante es cero, se concluye que las dos variables utilizadas no se relacionan entre sí. Se ha utilizado el coeficiente de correlación de Spearman, en lugar del coeficiente de correlación de Pearson, porque las variables utilizadas son, propiamente hablando, órdenes y porque dicha correlación atenúa el efecto de las posibles puntuaciones extremas (*outliers*).

Para el análisis paramétrico se utiliza la prueba  $t$  para muestras independientes. En el contraste de muestras independientes, la hipótesis nula es que los valores obtenidos en ambas muestras son similares, frente a la hipótesis alternativa de que son diferentes. El valor obtenido en la significación nos permite decidir si se rechaza o no la hipótesis nula.

Para el análisis no paramétrico, se realiza un contraste Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ). La hipótesis nula de la prueba Chi-cuadrado postula una distribución de probabilidad totalmente especificada como el modelo matemático de la población que ha generado la muestra.

Este estadístico tiene una distribución Chi-cuadrado con  $k-1$  grados de libertad si  $n$  es suficientemente grande, es decir, si todas las frecuencias esperadas son mayores que 5. En la práctica se tolera un máximo del 20% de frecuencias inferiores a 5.

Si existe concordancia perfecta entre las frecuencias observadas y las esperadas el estadístico tomará un valor igual a 0; por el contrario, si existe una gran discrepancia entre estas frecuencias el estadístico tomará un valor grande y, en consecuencia, se rechazará la hipótesis nula.

Todos los cálculos realizados se han llevado a cabo con el programa SPSS.

### 3. RESULTADOS

Según las hipótesis que hemos propuesto en un apartado anterior, esperamos que la cantidad de síntomas obsesivo-compulsivos que presenta una persona se relacione con las responsabilidades sobredimensionadas (hipótesis de Salkovskis, 1985), así como con la importancia que le da a sus pensamientos intrusos desagradables y al control de los mismos (hipótesis de Rachman, 1993). Por tanto esperamos que los síntomas de ansiedad correlacionen alto con las creencias de responsabilidad ante el daño y con la importancia que se da a los pensamientos intrusos y a su control.

De la misma forma, se espera que los síntomas de ansiedad generalizada se relacionen estrechamente con la intolerancia a la incertidumbre (hipótesis de Dugas y colaboradores, 1998). Por tanto esperamos que los síntomas de ansiedad generalizada correlacionen alto con las creencias acerca de que la incertidumbre es algo indeseable.

En la Tabla 2 se muestran las correlaciones entre los síntomas obsesivo-compulsivos, tal como se evalúan con la SCAS, y las creencias de responsabilidad sobredimensionada, importancia de los pensamientos y de su control, e intolerancia a la incertidumbre, tal como se evalúan con el OBQ.

Como puede observarse en dicha tabla, la correlación entre responsabilidad sobredimensionada (OBQ-RH) y síntomas obsesivo-compulsivos (SCAS-OCD) es 0,42, con una significación al nivel del 0,01. Las variables se asocian directamente con una correlación moderada.

La correlación entre importancia y control del pensamiento intruso (OBQ-ICT) y síntomas obsesivo-compulsivos (SCAS-OCD) es 0,33, con una significación al nivel 0,01. Las variables se asocian directamente con una correlación moderada.

La correlación entre intolerancia a la incertidumbre (OBQ-PIU) y síntomas de ansiedad generalizada (SCAS-GAD) es de 0,27, con una significación al nivel 0,01. Las variables se asocian directamente con una correlación baja-moderada.

Según las hipótesis de Salkovskis (1985) y Rachman (1993), se esperaba que la sintomatología obsesiva-compulsiva (SCAS-OCD) se relacionase fundamentalmente con responsabilidad sobredimensionada (OBQ-RH) y con importancia de los pensamientos y de su control (OBQ-ICT), pero tal como puede observarse en la Tabla 2, también se relaciona estrechamente con intolerancia a la incertidumbre (OBQ-PIU), con una correlación de 0,38, con una significación al nivel 0,01. Además, siguiendo la hipótesis de Dugas y colaboradores (1998), se esperaba que los síntomas de ansiedad generalizada (SCAS-GAD) se relacionasen fundamentalmente con intolerancia a la incertidumbre (OBQ-PIU), pero tal como puede observarse en la Tabla 2, estos síntomas, también se relacionan en una medida semejante con responsabilidad sobredimensionada (OBQ-RH) y con importancia de los pensamientos y de su control (OBQ-ICT), con correlaciones de 0,31 y 0,22 respectivamente, ambas con significación al nivel 0,01.

**Tabla 2**

*Correlación (Spearman) de los síntomas obsesivo-compulsivos y de ansiedad generalizada con las creencias disfuncionales de responsabilidad por el daño, perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, e importancia de los pensamientos intrusos y de su control.*

	OBQ-RH	OBQ-PIU	OBQ-ICT
SCAS OCD	0,42**	0,38**	0,33**
SCAS GAD	0,31**	0,27**	0,22**

*Nota:* SCAS OCD: Sintomatología obsesivo compulsiva medida a través del Spence Children's Anxiety Scale.

SCAS GAD: Sintomatología de ansiedad generalizada medida a través del Spence Children's Anxiety Scale.

OBQ-RH: Responsabilidad sobredimensionada medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

OBQ-PIU: Intolerancia a la incertidumbre medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

OBQ-ICT: Importancia y control del pensamiento intruso medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Los resultados anteriores, pues, apoyan las hipótesis generales de Salkovskis, Rachman y Dugas. Sin embargo, dado que las correlaciones son simétricas (esto es, la correlación de A con B es la misma que la correlación de B con A), las correlaciones no nos permiten comprobar nuestras hipótesis específicas, ya que éstas suponen asimetría. Esto es, partimos del supuesto (hasta cierto punto apoyado por las correlaciones anteriores) de que, por ejemplo, las creencias elevadas en responsabilidad por el daño tienden a desencadenar síntomas obsesivo-compulsivos, pero que, sin embargo, los síntomas obsesivo-compulsivos pueden ser desencadenados también por otras variables (v.g., la importancia que se les da a las intrusiones). Por tanto, todos los altos en responsabilidad por el daño debieran generar síntomas obsesivos. Sin embargo, no todos los que tienen síntomas obsesivos deberían tener puntuaciones altas en responsabilidad por el daño. Esto es, algunos obsesivos tendrían alto la importancia dada a las intrusiones, pero no la responsabilidad.

Por ello, en nuestras hipótesis específicas postulábamos, por ejemplo en la hipótesis 1.1, que los altos en responsabilidad sobredimensionada deberían tener una media en síntomas obsesivo-compulsivos más alta que los bajos, pero no decimos nada acerca de que otras variables también puedan estar desencadenando síntomas obsesivo-compulsivos.

De hecho, es en esta asimetría de la relación de los síntomas de ansiedad generalizada y obsesivo compulsivos en la que nos basamos para diferenciar entre factor necesario y factor suficiente, tal como hemos establecido en nuestras hipótesis. De ahí



que haya sido necesario subdividir las hipótesis generales en hipótesis más específicas, cuyos resultados exponemos a continuación.

La hipótesis 1.1. establecía que, si la responsabilidad sobredimensionada es un factor suficiente para producir síntomas obsesivo-compulsivos, los altos en responsabilidad sobredimensionada (OBQ-RH) tendrán una media en síntomas obsesivo-compulsivos (SCAS-OCD) más alta que los bajos. Si no es así, la responsabilidad sobredimensionada no puede considerarse como un factor suficiente para producir síntomas obsesivo-compulsivos.

**Tabla 3**

*Prueba de muestras independientes entre altos y bajos en responsabilidad por el daño (OBQ-RH).*

*Variable dependiente: síntomas obsesivo-compulsivos (SCAS OCD).*

		t	gl	Sig. (bilateral)
SCAS OCD	Se han asumido varianzas iguales	14,00	751	0,00
	No se han asumido varianzas iguales	14,14	687,22	0,00

*Nota:* SCAS OCD: Sintomatología obsesivo compulsiva medida a través del Spence Children's Anxiety Scale.

OBQ-RH: Responsabilidad sobredimensionada medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

**Tabla 4**

*Estadísticos de grupo OBQ-RH*

	OBQ-RH	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
V. D.: SCAS OCD	Bajos	366	2,83	2,65	0,14
	Altos	387	6,22	3,86	0,20

*Nota:* SCAS OCD: Sintomatología obsesivo compulsiva medida a través del Spence Children's Anxiety Scale.

OBQ-RH: Responsabilidad sobredimensionada medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

Tal como puede observarse en la Tabla 4, en la comparación entre los altos y bajos en responsabilidad sobredimensionada (OBQ-RH), los altos obtienen una media [media = 6,22; D.T. = 3,86] en síntomas obsesivo-compulsivos (SCAS-OCD) significativamente más alta (ver Tabla 3) [ $t(687,22) = 14,14; p < 0,01$ ] que los bajos [media = 2,83; D.T. = 2,65]. Se cumple la hipótesis 1<sup>a</sup>: a más responsabilidad sobredimensionada, más síntomas obsesivo-compulsivos. Los datos, pues, concuerdan con la hipótesis de que la responsabilidad sobredimensionada es suficiente para producir síntomas obsesivo-compulsivos. De igual forma, la hipótesis 1.2 establecía que, si la responsabilidad sobredimensionada (OBQ-RH) es un factor suficiente para producir síntomas obsesivo-compulsivos (SCAS-OCD), los individuos altos en responsabilidad sobredimensionada serán también altos en sintomatología obsesivo-compulsiva. Si no es así, se falsa la hipótesis de suficiencia, que afirma que las personas con responsabilidad sobredimensionada tienden a generar síntomas obsesivo-compulsivos.

**Tabla 5**

*Pruebas de Chi-cuadrado. Variable de clasificación: altos/bajos en OBQ-RH. Variable dependiente: SCAS-OCD*

	$\chi^2$	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	156,23(b)	1	0,00

*Nota:* SCAS OCD: Sintomatología obsesivo compulsiva medida a través del Spence Children's Anxiety Scale.

OBQ-RH: Responsabilidad sobredimensionada medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 121,30.

**Tabla 6**

Tabla de contingencia. Recuento OBQ-RH/SCAS-OCD

		SCAS-OCD		Total
		Bajos	Altos	
OBQ-RH	Bajos	194	50	244
	Altos	69	210	279
Total		263	260	523

Nota: SCAS OCD: Sintomatología obsesivo compulsiva medida a través del Spence Children's Anxiety Scale.

OBQ-RH: Responsabilidad sobredimensionada medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

De este modo, tal como se puede ver en la Tabla 6, en la comparación entre los altos y bajos en responsabilidad sobredimensionada (OBQ-RH), respecto a los altos y bajos en síntomas obsesivo-compulsivos (SCAS-OCD), prácticamente todos los altos en OBQ-RH son altos en SCAS-OCD (210/279) Existen altos en SCAS-OCD que no son altos en OBQ-RH (50/260) pero parece poco frecuente.  $\chi^2 (1) = 156,23$ ;  $p < 0,01$  (ver Tabla 5). Se confirma la hipótesis 1.2, parece que la responsabilidad sobredimensionada es un factor causal suficiente para generar síntomas obsesivo-compulsivos.

La hipótesis 1.4 establecía que, si la responsabilidad sobredimensionada es un factor *necesario* para que se produzcan síntomas obsesivo-compulsivos, los individuos bajos en responsabilidad sobredimensionada serán también bajos en síntomas obsesivo-compulsivos. Si no es así, se falsa la hipótesis de que la responsabilidad sobredimensionada sea necesaria para que se produzcan síntomas obsesivos, ya que habremos encontrado personas con síntomas obsesivos pero con responsabilidad baja

Si nos fijamos de nuevo en la Tabla 6, podemos ver, cómo prácticamente todos los bajos en OBQ-RH son bajos SCAS-OCD (194/244). Existen bajos en SCAS-OCD que no son bajos en OBQ-RH (69/263) pero parece poco frecuente.  $\chi^2 (1) = 156,23$ ;  $p < 0,01$ (ver Tabla 5). Parece que la responsabilidad sobredimensionada es un factor causal necesario (Hipótesis 1.4) para generar síntomas obsesivo-compulsivos. Se cumple la

hipótesis 1.4.

La hipótesis 1.3 establecía que, si la responsabilidad sobredimensionada es un factor *necesario* para que se produzcan síntomas obsesivo-compulsivos, los individuos altos en sintomatología obsesivo-compulsiva, en comparación con los bajos, deberán tener una media alta en responsabilidad sobredimensionada. Si los altos en síntomas obsesivo-compulsivos tienen una media igual o más baja en responsabilidad, hay que concluir que es falso que la responsabilidad sobredimensionada sea necesaria para producir síntomas obsesivo-compulsivos.

**Tabla 7**

*Prueba de muestras independientes. Diferencias de altos/bajos en responsabilidad por el daño (OBQ-RH) y en importancia del pensamiento y de su control (OBQ-ICT) en síntomas obsesivo-compulsivos (SCAS-OCD)*

		t	gl	Sig. (bilateral)
OBQ-RH	Se han asumido varianzas iguales	15,11	810	0,00
	No se han asumido varianzas iguales	15,12	809,97	0,00
OBQ-ICT	Se han asumido varianzas iguales	12,11	810	0,00
	No se han asumido varianzas iguales	12,10	803,38	0,00

*Nota:* SCAS OCD: Sintomatología obsesivo compulsiva medida a través del Spence Children's Anxiety Scale.

OBQ-RH: Responsabilidad sobredimensionada medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

OBQ-ICT: Importancia y control del pensamiento intruso medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

**Tabla 8**

*Estadísticos de grupo. Variable de clasificación: responsabilidad por daño (OBQ-RH) e importancia de los pensamientos y de su control (OBQ-ICT). Variable dependiente: síntomas obsesivo-compulsivos (SCAS-OCD)*

	SCAS-OCD	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
OBQ-RH	Bajos	412	23,90	11,18	0,55
	Altos	400	35,63	10,93	0,55
OBQ-ICT	Bajos	412	13,92	8,28	0,41
	Altos	400	21,18	8,80	0,44

*Nota:* SCAS OCD: Sintomatología obsesivo compulsiva medida a través del Spence Children's Anxiety Scale.

OBQ-RH: Responsabilidad sobredimensionada medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

OBQ-ICT: Importancia y control del pensamiento intruso medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

La Tabla 8 nos permite ver la comparación entre los altos y bajos en sintomatología obsesivo-compulsiva (SCAS-OCD), se observa cómo los altos obtienen una media [media = 35,63; D.T. = 10,93] en responsabilidad sobredimensionada (OBQ-RH) significativamente más alta [ $t(809,97) = -15,12; p < 0,01$ ] (ver Tabla 7) que los bajos [media = 23,90; D.T. = 11,18]. Los datos apoyan la hipótesis 1.3, la responsabilidad sobredimensionada parece ser un factor causal necesario para generar sintomatología obsesivo-compulsiva.

Sigamos con la teoría de Rachman (1993) y nuestra segunda hipótesis. Recordando la hipótesis específica 2.1: Si la importancia y control de los pensamientos intrusos (OBQ-ICT) es un factor *suficiente* para producir síntomas obsesivo-compulsivos, los altos en importancia y control de los pensamientos tendrán una media en síntomas obsesivo-compulsivos más alta que los bajos. Si no es así, la importancia y control de los pensamientos no es un factor suficiente para producir síntomas obsesivo-compulsivos.

**Tabla 9**

*Prueba de muestras independientes. Variable de clasificación: Altos/bajos en OBQ-ICT. Variable dependiente: síntomas obsesivo-compulsivos.*

		t	gl	Sig. (bilateral)
SCAS OCD	Se han asumido varianzas iguales	11,11	756	0,00
	No se han asumido varianzas iguales	11,15	700,85	0,00

*Nota:* SCAS OCD: Sintomatología obsesivo compulsiva medida a través del Spence Children's Anxiety Scale.

OBQ-ICT: Importancia y control del pensamiento intruso medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

**Tabla 10**

*Estadísticos de grupo. Medias en síntomas obsesivo-compulsivos de altos y bajos en OBQ-ICT*

	OBQ-ICT	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SCAS OCD	Bajos	375	3,17	2,83	0,15
	Altos	383	5,91	3,86	0,20

*Nota:* SCAS OCD: Sintomatología obsesivo compulsiva medida a través del Spence Children's Anxiety Scale.

OBQ-ICT: Importancia y Control del pensamiento intruso medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

En la Tabla 10, podemos ver cómo en la comparación entre los altos y bajos en importancia y control del pensamiento intruso (OBQ-ICT), los altos obtienen una media [media = 5,91; D.T. = 3,86] en síntomas obsesivo-compulsivos (SCAS-OCD) significativamente más alta [ $t(700,85) = -11,15$ ;  $p < 0,01$ ] (ver Tabla 9) que los bajos [media = 3,17; D.T. = 2,83]. Por tanto, y según esperábamos, la importancia y el control del pensamiento intruso es un factor causal suficiente para generar síntomas obsesivo-compulsivos, se cumple la hipótesis 2.1.

Veamos ahora nuestra hipótesis 2.2: Si la importancia y control de los pensamientos intrusos es un factor *suficiente* para producir síntomas obsesivo-compulsivos, prácticamente todos los individuos altos en importancia y control de los pensamientos

serán también altos en sintomatología obsesivo-compulsiva. Si no se cumple lo anterior, se falsa la hipótesis de que la importancia y control de los pensamientos sea suficiente para producir síntomas obsesivo-compulsivos.

**Tabla 11**

*Pruebas de Chi-cuadrado OBQ-ICT/SCAS-OCD*

	$\chi^2$	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	104,79(b)	1	0,00

*Nota:* SCAS OCD: Sintomatología obsesivo compulsiva medida a través del Spence Children's Anxiety Scale.

OBQ-ICT: Importancia y control del pensamiento intruso medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 125,00.

**Tabla 12**

*Tabla de contingencia .Recuento OBQ-ICT/SCAS-OCD*

		SCAS-OCD		
		1,00	2,00	Total
OBQ-ICT	Bajos	183	67	250
	Altos	74	190	264
Total		257	257	514

*Nota:* SCAS OCD: Sintomatología obsesivo compulsiva medida a través del Spence Children's Anxiety Scale.

OBQ-ICT: Importancia y control del pensamiento intruso medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

Tal como podemos ver en la Tabla 12, en la comparación entre los altos y bajos en importancia y control del pensamiento intruso (OBQ-ICT), respecto a los altos y bajos en síntomas obsesivo-compulsivos (SCAS-OCD), prácticamente todos los altos en OBQ-ICT son altos SCAS-OCD (190/264). Existen altos en SCAS-OCD que no son altos en OBQ-ICT (67/257) pero parece poco frecuente.  $\chi^2 (1) = 104,79$ ;  $p < 0,01$  (ver

Tabla 11). Parece que la importancia y el control de los pensamientos son suficientes para generar sintomatología obsesivo-compulsiva. Por tanto, cumple las hipótesis 2.2.

Recordando la hipótesis 2.4. Si la importancia y control de los pensamientos intrusos es un factor *necesario* para producir síntomas obsesivo-compulsivos, prácticamente todos los individuos bajos en importancia y control de los pensamientos serán también bajos en síntomas obsesivo-compulsivos. Si no se cumple lo anterior, se falsa la hipótesis de que la importancia y control de los pensamientos sea un factor necesario para que se desencadenen síntomas obsesivo-compulsivos.

Siguiendo de nuevo la Tabla 12, vemos que prácticamente todos los bajos en OBQ-ICT son bajos SCAS-OCD (183/257). Existen bajos en SCAS-OCD que no son bajos en OBQ-ICT (74/257) pero parece poco frecuente.  $\chi^2 (1) = 104,79$ ;  $p < 0,01$  (ver Tabla 11). Parece que la importancia y el control de los pensamientos son un factor necesario para generar sintomatología obsesivo-compulsiva, tal como esperábamos. Se cumple la hipótesis 2.4.

Para finalizar con la segunda hipótesis, recordemos la hipótesis específica 2.3. Si la importancia y control de los pensamientos intrusos es un factor *necesario* para producir síntomas obsesivo-compulsivos, los individuos altos en sintomatología obsesivo-compulsiva, en comparación con los bajos, deben tener una media en importancia y control de los pensamientos más alta. Si los altos en síntomas obsesivo-compulsivos tienen una media igual o más baja, es falso que la importancia y control de los pensamientos sea necesaria para producir síntomas obsesivo-compulsivos.

Volviendo a la Tabla 8, podemos ver que en la comparación entre los altos y bajos en sintomatología obsesivo-compulsiva (SCAS-OCD), los altos obtienen una media [media = 21,18; D.T. = 8,80] en importancia y control del pensamiento intruso



(OBQ-ICT) significativamente más alta [ $t(803,38) = -12,10; p < 0,01$ ] (ver Tabla 7) que los bajos [media = 13,92; D.T. = 8,28]. La hipótesis 2.3, pues, también recibe apoyo empírico: la importancia y el control de los pensamientos parece ser un factor necesario para generar sintomatología obsesivo-compulsiva.

Centrándonos en nuestra tercera y última hipótesis, basada en la teoría de Dugas et al. (1998), recordemos la hipótesis específica 3.1. Si la intolerancia a la incertidumbre (OBQ-PIU) es un factor *suficiente* para producir síntomas de ansiedad generalizada (SCAS-GAD), los altos en intolerancia a la incertidumbre tendrán una media en síntomas de ansiedad generalizada más alta que los bajos. Si no es así, puede concluirse que la intolerancia a la incertidumbre no es un factor suficiente para producir síntomas de ansiedad generalizada.

**Tabla 13**

*Prueba de muestras independientes OBQ-PIU. Variable de clasificación: Altos/bajos en OBQ-PIU.*

*Variable dependiente: síntomas de ansiedad generalizada*

		t	gl	Sig. (bilateral)
SCAS GAD	Se han asumido varianzas iguales	-8,07	762	0,00
	No se han asumido varianzas iguales	-8,05	740,06	0,00

*Nota:* SCAS GAD: Sintomatología de ansiedad generalizada medida a través del Spence Children's Anxiety Scale.

OBQ-PIU: Intolerancia a la incertidumbre medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

**Tabla 14**

*Estadísticos de grupo. Medias en síntomas de ansiedad generalizada de altos y bajos en OBQ-PIU*

	OBQ-PIU	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SCAS GAD	Bajos	390	5,12	3,42	0,17
	Altos	374	7,26	3,90	0,20

*Nota:* SCAS GAD: Sintomatología de ansiedad generalizada medida a través del Spence Children's Anxiety Scale.

OBQ-PIU: intolerancia a la incertidumbre medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

Tal como podemos observar en la Tabla 14, en la comparación entre los altos y bajos en intolerancia a la incertidumbre (OBQ-PIU), los altos obtienen una media [media = 7,26; D.T. = 3,90] en síntomas de ansiedad generalizada (SCAS-GAD) significativamente más alta [ $t(740,06) = -8,05$ ;  $p < 0,01$ ] (ver Tabla 13) que los bajos [media = 5,12; D.T. = 3,42]. También en este caso los datos concuerdan con lo esperado en la hipótesis 3.1.

Respecto a la hipótesis 3.2. Si la intolerancia a la incertidumbre es un factor *suficiente* para producir síntomas de ansiedad generalizada, los individuos altos en intolerancia a la incertidumbre serán también altos en sintomatología de ansiedad generalizada. Si no se cumple esto, se falsa la hipótesis de que la intolerancia a la incertidumbre sea un factor suficiente para producir síntomas de ansiedad generalizada.

**Tabla 15**

*Pruebas de chi-cuadrado OBQ-PIU/SCAS-GAD*

	$\chi^2$	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,06(b)	1	0,00

*Nota:* SCAS GAD: Sintomatología de ansiedad generalizada medida a través del Spence Children's Anxiety Scale.

OBQ-PIU: Intolerancia a la incertidumbre medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 124,79.

**Tabla 16**

*Tabla de contingencia Recuento OBQ-PIU/SCAS-GAD*

		SCAS-GAD		
		Bajos	Altos	Total
OBQ-PIU	Bajos	196	90	286
	Altos	106	166	272
Total		302	256	558

*Nota:* SCAS GAD: Sintomatología de ansiedad generalizada medida a través del Spence Children's Anxiety Scale.

OBQ-PIU: Intolerancia a la incertidumbre medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

En la comparación entre los altos y bajos en intolerancia a la incertidumbre (OBQ-PIU) (ver Tabla 16), respecto a los altos y bajos en síntomas de ansiedad generalizada (SCAS-GAD), los altos en OBQ-PIU pueden ser altos SCAS-GAD (166/272). Existen altos en SCAS-GAD que no son altos en OBQ-PIU (90/256).  $\chi^2$  (1) = 49,06;  $p < 0,01$  (ver Tabla 15) La intolerancia a la incertidumbre no genera de forma importante ansiedad generalizada, por sí sola no es suficiente para generar sintomatología de ansiedad generalizada. No se cumplen las hipótesis 3.2

Por otro lado, si recordamos la hipótesis 3.4 dice que la intolerancia a la incertidumbre es un factor *necesario* para producir síntomas de ansiedad generalizada, prácticamente

todos los individuos bajos en intolerancia a la incertidumbre serán también bajos en síntomas de ansiedad generalizada. Si no se cumple, se falsa la hipótesis de que la intolerancia a la incertidumbre sea un factor causal necesario para que surjan síntomas de ansiedad generalizada.

Los resultados muestran, tal como puede apreciarse en la Tabla 16, que los bajos en OBQ-PIU efectivamente tienden a ser bajos en SCAS-GAD (196/286; 69%). No obstante, existen bajos en OBQ-PIU que son altos en SCAS-GAD (90/286; 31%).  $\chi^2 (1) = 49,06; p < 0,01$  (ver Tabla 15). La ansiedad generalizada puede generarse en ausencia de intolerancia a la incertidumbre, no es necesaria pero la favorece. No se cumple la hipótesis 3.4.

En último lugar, recuperemos la hipótesis 3.3. Si la intolerancia a la incertidumbre es un factor necesario para producir síntomas de ansiedad generalizada, los individuos altos en sintomatología de ansiedad generalizada, en comparación con los bajos, deben tener una media en intolerancia a la incertidumbre más alta. Si los altos en síntomas de ansiedad generalizada tienen una media igual o más baja, es falso que la Intolerancia a la incertidumbre sea necesaria para producir síntomas de ansiedad generalizada.

**Tabla 17**

*Prueba de muestras independientes SCAS-GAD. Variable de clasificación: Altos/bajos en OBQ-PIU.*

*Variable dependiente: síntomas de ansiedad generalizada*

		t	gl	Sig. (bilateral)
OBQ-PIU	Se han asumido varianzas iguales	8,74	856	0,00
	No se han asumido varianzas iguales	8,72	840,43	0,00

*Nota:* SCAS GAD: Sintomatología de ansiedad generalizada medida a través del Spence Children's Anxiety Scale.

OBQ-PIU: Intolerancia a la incertidumbre medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

**Tabla 18**

*Estadísticos de grupo. Medias en síntomas de ansiedad generalizada de los altos y bajos en OBQ-PIU.*

	SCAS-GAD	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
OBQ-PIU	Bajos	442	25,09	10,71	0,51
	Altos	416	31,74	11,55	0,57

*Nota:* SCAS GAD: Sintomatología de ansiedad generalizada medida a través del Spence Children's Anxiety Scale.

OBQ-PIU: Intolerancia a la incertidumbre medida a través del Obsessive Beliefs Questionnaire.

Los resultados muestran, según podemos ver en la Tabla 18, que en la comparación entre los altos y bajos en sintomatología de ansiedad generalizada (SCAS-GAD), los altos obtienen una media [media = 31,74; D.T. = 11,55] en intolerancia a la incertidumbre (OBQ-PIU), significativamente más alta [ $t(840,43) = -8,72; p < 0,01$ ] (ver Tabla 17) que los bajos [media = 25,09; D.T. = 10,71]. Se cumple la hipótesis 3.3, por tanto, tal como esperábamos, la intolerancia a la incertidumbre es necesaria para provocar sintomatología de ansiedad generalizada.

#### 4. DISCUSIÓN

Salkovskis realiza un análisis cognitivo conductual de los problemas obsesivo-compulsivos, estableciendo una relación entre pensamiento y psicopatología que caracteriza al TOC. Describe el pensamiento intrusivo más como un estímulo cognitivo que como una respuesta y que la respuesta cognitiva (pensamiento automático) a ese estímulo se relaciona con creencias de responsabilidad o culpa por daño a sí mismo o a otros. Las intrusiones pueden activar esquemas disfuncionales preexistentes y así provocar pensamientos automáticos desagradables. Estos pensamientos automáticos aparecen en respuesta a las intrusiones que se relacionan con creencias de responsabilidad de daño a sí mismo u otros. Esto es, los pensamientos automáticos que provoca la obsesión giran en torno a la responsabilidad y a la creencia de que, si existe la posibilidad de que las cosas vayan mal, es muy probable que la culpa sea de la propia persona. Tales creencias de responsabilidad pueden extenderse a haber tenido el pensamiento en sí mismo, es decir, el contenido de los pensamientos es desagradable y sólo por haberlos tenido se consideran malas personas, a menos que hagan algo para asegurarse de su exculpación. Además, en el contenido de las ideas obsesivas, los temas de peligro (como en ansiedad) y de pérdida (como en depresión) son ambos muy frecuentes, tanto que el individuo se siente responsable en algún grado, y algún grado de responsabilidad es asumido por el obsesivo como similar a ser totalmente responsable. De esta forma, el incremento de la accesibilidad a tal preocupación (tal como ocurre en ansiedad o depresión) provoca un empeoramiento clínico de las obsesiones. El propio Salkovskis expone la necesidad de validar su propio modelo y un estudio más amplio del mismo.

Tal como puede observarse en nuestro apartado de resultados, establecemos una relación entre las creencias de responsabilidad sobredimensionada y los síntomas obsesivo-compulsivos. Según las hipótesis de Salkovskis (1985), se esperaba que la sintomatología obsesiva-compulsiva se relacionase fundamentalmente con responsabilidad sobredimensionada, pero así como vimos en los citados resultados, también se relaciona estrechamente con importancia de los pensamientos y de su control y con intolerancia a la incertidumbre.

Según comentábamos en la introducción, respecto a las teorías cognitivas del TOC, las variables cognitivas centrales en este trastorno varían según el modelo, pero todos los modelos sostienen que la aparición de las intrusiones indeseadas en presencia de creencias disfuncionales tiene un papel relevante en el desencadenamiento de los síntomas, pero que dichas creencias no son suficientes por sí mismas para generarla, (Rachman, 1997; Salkovskis, 1985). Los propios autores asumen que haya otras variables involucradas en el desarrollo de los síntomas, tal como aparece en nuestros resultados.

De hecho, posteriormente, el OCCWG (1997) identificó seis dominios de creencias relevantes para la etiología del TOC y de probable especificidad: exceso de responsabilidad, importancia de los pensamientos, sobreestimación de la amenaza, importancia de controlar los pensamientos, intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo. Los cinco primeros se consideraron específicos para el TOC, mientras que perfeccionismo, se consideró importante pero no exclusivo del TOC.

Posteriormente, un análisis más detallado determinó que los únicos predictores de síntomas obsesivo-compulsivos eran la intolerancia a la incertidumbre y el perfeccionismo, aunque el grupo con TOC no puntuó significativamente más alto que el

---

grupo de otros trastornos de ansiedad (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2003).

En un estudio de muestra italiana, la intolerancia a la incertidumbre, la necesidad de control de los pensamientos y el perfeccionismo eran bastante específicos para el TOC, mientras que la importancia otorgada a los pensamientos y el exceso de responsabilidad apenas discriminó entre los pacientes con TOC y los individuos sanos (Sica et al., 2004).

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

En resumen, ciertas creencias como la responsabilidad, importancia de los pensamientos, el control de los pensamientos y la intolerancia a la incertidumbre, pueden ser específicos para el TOC, mientras que la sobreestimación de la amenaza y el perfeccionismo son factores inespecíficos. Sin embargo, debe tomarse con precaución tal afirmación, debido a que existen datos contradictorios entre los estudios.

Además, en lo que respecta al mantenimiento del TOC, por un lado se insiste en la responsabilidad, en la toma de conciencia del paciente para reducir el peligro existente. Pero hay otras aportaciones que lo cuestionan. Por un lado, se critica que realmente exista un peligro como tal (O'Connor & Robillard, 1995) y que en todo caso si se quiere ir más allá (caso de que fuera necesario) del papel dado a las compulsiones desde la perspectiva conductual, se debería insistir en las creencias disfuncionales relacionadas con el control del pensamiento, en suma en cómo interpreta o siente



---

(depresión) el paciente su incapacidad para controlar los pensamientos (Clark & Purdon, 1993).

Continuando con Rachman (1993), el autor destaca que Freeston, Ladouceur, Thibodeau & Gagnon (1992) encontraron cinco factores en las intrusiones cognitivas, el tercero de ellos, “evaluación”, fue el único predictor de actividad compulsiva y el que presentaba una correlación más fuerte con las respuestas de escape/evitación. Este factor incluía: responsabilidad, culpa y desaprobación. Rachman plantea si podemos controlar nuestros pensamientos, si pueden considerarse como indicador del verdadero carácter o personalidad de las personas o si son sólo una parte indeseada y poco importante del flujo de pensamiento diario. La noción que tenemos de controlar totalmente nuestros pensamientos diarios es difícil de integrar con el esfuerzo que implica intentar controlarlos, excluirlos o revisarlos. El autor plantea una serie de interrogantes que no hacen más que revelar el poco control que ejercemos sobre nuestros pensamientos: ¿por qué es difícil mantener la concentración?, ¿por qué nuestros pensamientos apuntan a una inesperada e indeseada dirección?, ¿qué proporción de nuestros pensamientos diarios son deliberadamente escogidos?, ¿qué proporción son controlados y guiados en la forma y dirección que queremos? y ¿cómo muchos son dirigidos a conclusiones que buscamos? Rachman además destaca que la actividad mental compleja incluye pensar e imaginar., En muchas ocasiones no se escoge, tal como ocurre cada noche durante el sueño, entendiendo que los pensamientos e imágenes no escogidos durante el sueño no son los mismos que los no escogidos durante la vigilia.

Desde el punto de vista de una persona que sufre obsesiones indeseables, el significado personal de los pensamientos puede ser crítico. Pero no podemos asumir que esos pensamientos, imágenes o impulsos revelen su personalidad. De hecho, la gran

---

mayoría de los pacientes con TOC son excesivamente correctos, manifiestan elevados estándares morales y religiosos y, en general, se comportan acorde a éstos. Las ideas obsesivas muestran poco o nada sobre la verdadera personalidad, más que la persona agrega importancia excesiva a su pensamiento intrusivo. Dado que las personas afectadas de TOC dan una importancia exagerada a sus pensamientos intrusivos, ésta sobreinterpretación se involucra con la exagerada sensación de responsabilidad. Por ejemplo, “mi pensamiento sexual inmoral revela algo importante del tipo de persona que soy”, relacionado con, “soy moralmente responsable de esos pensamientos inaceptables”, llegando a extenderse a la fusión de pensamiento con acción, donde la persona piensa que tener un pensamiento obsesivo es tan malo como realizar la acción. De esta forma, el sujeto afectado por TOC tiene pensamientos del tipo: “mis pensamientos intrusivos sobre la homosexualidad son inaceptables e indican que soy homosexual” o “la mera experiencia de tener un pensamiento blasfemo es equivalente a cometer un acto de blasfemia”. Desde el punto de vista clínico, la sobreinterpretación que hace el paciente del significado de sus obsesiones es importante y la modificación de esa sobreinterpretación de valor terapéutico. El propio Rachman refiere que son necesarias investigaciones en este sentido. Siguiendo con la visión clínica, los pacientes a veces se alivian por aprender que todas las personas tienen intrusiones y que éstas no son un signo de enfermedad mental, por lo que no hay que ocultarlas o temerlas, pues son un fenómeno psicológico normal que no implica la pérdida de control o falta de salud. Las obsesiones se convierten en excesivamente importantes en la medida en que la persona les concede un significado especial. Mientras la mayoría de personas las descarta o ignora cuando una persona les achaca un significado especial, sin embargo, tienden a volverse estresantes y repetitivas.

De forma similar a lo sucedido con la hipótesis de Salkovskis, y como puede observarse en el apartado de resultados, en nuestro estudio se establece la relación entre importancia y control del pensamiento intruso y síntomas obsesivo-compulsivos pero, según las hipótesis de Rachman (1993), se esperaba que la sintomatología obsesiva-compulsiva se relacionase fundamentalmente con importancia de los pensamientos y de su control. No obstante, recordemos, que tal como vimos en resultados, también se relaciona estrechamente con responsabilidad sobredimensionada e intolerancia a la incertidumbre. De nuevo destacamos como los propios autores Rachman (1997) y Salkovskis (1985); asumen que haya otras variables involucradas en el desarrollo de los síntomas, tal como aparece en nuestros resultados. Además diversas investigaciones han comprobado que existe una relación significativa entre medidas de creencias disfuncionales y medidas de síntomas obsesivo-compulsivos en niños (Muris, Meesters, Rassin, Merckelbach & Campbell, 2001; Reynolds & Reeves, 2008). Sin embargo, a la hora de averiguar si estos constructos están específicamente relacionados con el TOC o si están asociados de un modo más general con la psicopatología y el afecto negativo, los resultados son poco consistentes, tanto en estudios correlacionales (Barret & Healy, 2003; Libby, Reynolds, Derisley & Clark, 2004), como en estudios que han manipulado experimentalmente estas creencias (Barrett & Healy-Farrell, 2003; Reeves, Reynolds, Coker & Wilson, 2010).

Por último, Dugas y cols. (1998), establecen un modelo conceptual del TAG donde las características principales son: intolerancia a la incertidumbre, preocupación, orientación hacia el problema y evitación cognitiva. Sus resultados muestran que todos los componentes están altamente relacionados con la función discriminante (efectividad para clasificar pacientes con TAG e individuos no clínicos en sus respectivos grupos), y

---

que la intolerancia a la incertidumbre es crucial para distinguir pacientes con TAG de sujetos no clínicos. Definen la intolerancia a la incertidumbre como la forma en que los individuos perciben la información en situaciones ambiguas y responden a esta información con un conjunto de reacciones cognitivas, emocionales y conductuales. La intolerancia a la incertidumbre es la clave en el TAG, exacerbando cuestiones iniciales del tipo “¿y si...?” e incluso generando esas cuestiones en ausencia de estímulos inmediatos. Sus hipótesis son:

1. La intolerancia a la incertidumbre, la preocupación, la orientación hacia el problema y la evitación cognitiva discriminan a los pacientes con TAG de los sujetos controles no clínicos.
2. La intolerancia a la incertidumbre será la variable más importante para explicar las diferencias entre ambos grupos.

Sus resultados muestran que las variables estudiadas, excepto la habilidad de resolver problemas, están altamente relacionadas con la función discriminante y que la intolerancia a la incertidumbre es la variable más importante para explicar las diferencias entre ambos grupos y es crucial en la función discriminante. Además, estudian la validez discriminante de estas cuatro variables cognitivas para clasificar pacientes con TAG versus no clínicos y comparan la matriz resultante con la matriz obtenida utilizando la función discriminante derivada de medidas de síntomas de TAG, ansiedad y depresión. Sus resultados muestran que utilizando la función discriminante derivada de las variables cognitivas, el 82 % de los sujetos se clasifican correctamente y que cuando se utiliza la función discriminante derivada de las medidas de síntomas, el 91 % de los casos son correctamente clasificados. El estudio concluye que las variables

---

cognitivas son tan eficaces como los síntomas para clasificar sujetos no clínicos pero no lo suficiente para clasificar pacientes con TAG.

La función discriminante derivada de las cuatro variables cognitivas estudiadas es muy efectiva para clasificar pacientes con TAG y sujetos no clínicos en sus grupos respectivos en tanto que se apoya su primera hipótesis, a saber, esas cuatro variables cognitivas discriminan pacientes con TAG de sujetos controles no clínicos, y la segunda hipótesis también se confirma, ya que, la intolerancia a la incertidumbre es fundamental para la función discriminante, es decir, parece ser la variable cognitiva clave en TAG.

Teniendo en cuenta que han utilizado criterios diagnósticos para formar grupos, es lógico que las medidas de síntomas sean generalmente más efectivas que las medidas de variables cognitivas para clasificar sujetos. Sí que es sorprendente que las variables cognitivas sean tan efectivas como las medidas de síntomas patológicos en identificar correctamente la sintomatología de ansiedad generalizada Recordemos que según sus resultados, son igualmente eficientes en clasificar sujetos no clínicos y que las variables cognitivas son altamente efectivas en identificar correctamente pacientes con TAG. Por lo tanto, cuando los pacientes con TAG son comparados con sujetos no clínicos, las cuatro variables cognitivas estudiadas parecen ser sensibles y específicas de TAG.

Finalmente, siguiendo la hipótesis de Dugas y colaboradores (1998), se esperaba que los síntomas de ansiedad generalizada se relacionasen fundamentalmente con intolerancia a la incertidumbre, pero también se han relacionado en una medida semejante con responsabilidad sobredimensionada y con importancia de los pensamientos y de su control.

Anteriormente, otros estudios ofrecieron apoyo al modelo de Dugas y colaboradores (1998). Así, Buhr y Dugas (2002), Ladouceur, Talbot y Dugas (1997) y

---

Holaway, Heimberg y Coles, (2006); y a la vez otros autores encontraron, como en nuestro caso otras variables involucradas en el desarrollo y exacerbación de los síntomas de ansiedad generalizada, como es el caso de la sensibilidad a la ansiedad de Reiss (1991).

Por lo tanto, nuestros resultados apoyan las hipótesis generales de Salkovskis, Rachman y Dugas. Sin embargo, como ya explicamos más arriba, las correlaciones no nos permiten comprobar nuestras hipótesis específicas de las que hablamos seguidamente.

La hipótesis 1.1. establece que, si la responsabilidad sobredimensionada es un factor suficiente para producir síntomas obsesivo-compulsivos, los altos en responsabilidad sobredimensionada deben tener una media en síntomas obsesivo-compulsivos más alta que los bajos.

Nuestros resultados avalan esta hipótesis: encontramos que a más responsabilidad sobredimensionada, más síntomas obsesivo-compulsivos. Los datos, pues, concuerdan con la hipótesis de que la responsabilidad sobredimensionada es suficiente para producir síntomas obsesivo-compulsivos.

De igual forma, la hipótesis 1.2 establece que, si la responsabilidad sobredimensionada es un factor suficiente para producir síntomas obsesivo-compulsivos, los individuos altos en responsabilidad sobredimensionada deben ser también altos en sintomatología obsesivo-compulsiva y los resultados confirman esta hipótesis. Parece que la responsabilidad sobredimensionada es un factor causal suficiente para generar síntomas obsesivo-compulsivos.

La hipótesis 1.4 establece que, si la responsabilidad sobredimensionada es un factor *necesario* para que se produzcan síntomas obsesivo-compulsivos, los individuos

---

bajos en responsabilidad sobredimensionada deben ser también bajos en síntomas obsesivo-compulsivos. Según nuestros resultados se cumple esta hipótesis, pues parece que la responsabilidad sobredimensionada es un factor causal necesario para generar síntomas obsesivo-compulsivos.

La hipótesis 1.3 establece que, si la responsabilidad sobredimensionada es un factor *necesario* para que se produzcan síntomas obsesivo-compulsivos, los individuos altos en sintomatología obsesivo-compulsiva, en comparación con los bajos, deben tener una media alta en responsabilidad sobredimensionada.

Nuestros datos apoyan la hipótesis y por lo tanto la responsabilidad sobredimensionada parece ser un factor causal necesario para generar sintomatología obsesivo-compulsiva.

Sigamos de nuevo con la teoría de Rachman (1993) y nuestra segunda hipótesis. La hipótesis específica 2.1 dice: Si la importancia y control de los pensamientos intrusos es un factor *suficiente* para producir síntomas obsesivo-compulsivos, los altos en importancia y control de los pensamientos deben tener una media en síntomas obsesivo-compulsivos más alta que los bajos. Nuestros resultados muestran que se cumple la hipótesis. Por tanto, y según esperábamos, la importancia y el control del pensamiento intruso es un factor causal suficiente para generar síntomas obsesivo-compulsivos.

Respecto a la hipótesis específica 2.2: Si la importancia y control de los pensamientos intrusos es un factor *suficiente* para producir síntomas obsesivo-compulsivos, prácticamente todos los individuos altos en importancia y control de los pensamientos deben ser también altos en sintomatología obsesivo-compulsiva. Según nuestros datos, se cumple esta hipótesis, y por tanto, parece que la importancia y el

---

control de los pensamientos son suficientes para generar sintomatología obsesivo-compulsiva.

Si recordamos la hipótesis 2.4: Si la importancia y control de los pensamientos intrusos es un factor *necesario* para producir síntomas obsesivo-compulsivos, prácticamente todos los individuos bajos en importancia y control de los pensamientos deben ser también bajos en síntomas obsesivo-compulsivos. Nuestros datos, de nuevo, muestran que se cumple esta hipótesis específica, por lo cual parece que la importancia y el control de los pensamientos son un factor necesario para generar sintomatología obsesivo-compulsiva.

Nuestra hipótesis específica 2.3 enuncia: Si la importancia y control de los pensamientos intrusos es un factor *necesario* para producir síntomas obsesivo-compulsivos, los individuos altos en sintomatología obsesivo-compulsiva, en comparación con los bajos, deben tener una media en importancia y control de los pensamientos más alta. De nuevo la hipótesis recibe apoyo empírico y, entonces, la importancia y el control de los pensamientos parece ser un factor necesario para generar sintomatología obsesivo-compulsiva.

Centrándonos en nuestra tercera y última hipótesis, basada en la teoría de Dugas et al. (1998), respecto a la hipótesis específica 3.1: Si la intolerancia a la incertidumbre es un factor *suficiente* para producir síntomas de ansiedad generalizada, los altos en intolerancia a la incertidumbre deben tener una media en síntomas de ansiedad generalizada más alta que los bajos. Los datos concuerdan con lo esperado según dicha hipótesis.

Respecto a la hipótesis 3.2: Si la intolerancia a la incertidumbre es un factor *suficiente* para producir síntomas de ansiedad generalizada, los individuos altos en



---

intolerancia a la incertidumbre deben ser también altos en sintomatología de ansiedad generalizada. La hipótesis no se cumple, se falsa que la intolerancia a la incertidumbre sea un factor suficiente para producir síntomas de ansiedad generalizada. La intolerancia a la incertidumbre no genera de forma importante ansiedad generalizada, por sí sola no es suficiente para generar sintomatología de ansiedad generalizada.

Por otro lado, si recordamos la hipótesis 3.4 decía que si la intolerancia a la incertidumbre es un factor *necesario* para producir síntomas de ansiedad generalizada, prácticamente todos los individuos bajos en intolerancia a la incertidumbre deben ser también bajos en síntomas de ansiedad generalizada. Esta hipótesis no se cumple, se falsa que la intolerancia a la incertidumbre sea un factor causal necesario para que surjan síntomas de ansiedad generalizada. La ansiedad generalizada puede generarse en ausencia de intolerancia a la incertidumbre, no es necesaria pero la favorece.

Nuestra predicción es que los bajos en intolerancia a la incertidumbre tenderán a ser, en su mayoría, bajos en ansiedad generalizada, lo que se cumple, como vimos en resultados puesto que la ji cuadrado es estadísticamente significativa. Luego, los resultados apoyan lo que se esperaba. No obstante, teóricamente se esperaba que todos los bajos en intolerancia fueran bajos en TAG. Pero a nivel empírico, no podemos esperar que todos los bajos en intolerancia sean bajos en ansiedad generalizada porque ninguna prueba es 100 % fiable. Por tanto, a nivel empírico siempre cabe esperar que aparezca algún sujeto bajo en intolerancia cuando en realidad es alto. De igual forma, puede aparecer algún sujeto bajo en ansiedad generalizada cuando en realidad es alto. Nuestra predicción, por tanto, es que casi todos los bajos en intolerancia deberían ser bajos en ansiedad generalizada.

---

Nuestra conclusión es que la intolerancia no es necesaria para presentar ansiedad generalizada pero sí está frecuentemente presente, probablemente porque quien tiene síntomas de ansiedad generalizada tiende a generar intolerancia, no siempre pero sí frecuentemente, debido a condiciones que no conocemos.

Ya en la introducción, destacábamos el papel de la vulnerabilidad psicológica en el cuadro de ansiedad generalizada. Estos factores de vulnerabilidad podrían estar relacionados con las condiciones que generan intolerancia a la incertidumbre. Entre los factores de vulnerabilidad psicológica para ansiedad generalizada recordamos una mayor frecuencia de eventos traumáticos vividos, pérdida de un progenitor antes de los 16 años, tener un padre alcohólico o haber sufrido maltrato verbal; respecto a la personalidad se destacan como factores de vulnerabilidad el perfeccionismo, la dependencia o la falta de asertividad (Rapee, 1995); Borkovec (1994) destaca la percepción de la amenaza generalizada y el sentimiento de incapacidad para afrontar eventos amenazantes; etcétera.

Lo que nos lleva a entender que son necesarias más investigaciones en este respecto para una mayor comprensión de la relación entre intolerancia a la incertidumbre y ansiedad generalizada.

En último lugar, recuperemos la hipótesis 3.3. Si la intolerancia a la incertidumbre es un factor *necesario* para producir síntomas de ansiedad generalizada, los individuos altos en sintomatología de ansiedad generalizada, en comparación con los bajos, deben tener una media en intolerancia a la incertidumbre más alta. Los datos arrojan que se cumple esta hipótesis específica. Por tanto, tal como esperábamos, la intolerancia a la incertidumbre es necesaria para provocar sintomatología de ansiedad generalizada.

## 5. CONCLUSIONES

Tanto la sintomatología obsesiva-compulsiva como los síntomas de ansiedad generalizada se relacionan con responsabilidad sobredimensionada, con importancia de los pensamientos y de su control y con intolerancia a la incertidumbre.

A mayor responsabilidad sobredimensionada, existen más síntomas obsesivo-compulsivos, así, la responsabilidad sobredimensionada es suficiente para producir síntomas obsesivo-compulsivos.

Además, la responsabilidad sobredimensionada es un factor *necesario* para que se produzcan síntomas obsesivo-compulsivos, los individuos bajos en responsabilidad sobredimensionada son también bajos en síntomas obsesivo-compulsivos y los individuos altos en sintomatología obsesivo-compulsiva, en comparación con los bajos, tienen una media alta en responsabilidad sobredimensionada.

Por otro lado, la importancia y control de los pensamientos intrusos es un factor *suficiente* para producir síntomas obsesivo-compulsivos, ya que, los altos en importancia y control de los pensamientos tienen una media en síntomas obsesivo-compulsivos más alta que los bajos y además, prácticamente todos los individuos altos en importancia y control de los pensamientos son también altos en sintomatología obsesivo-compulsiva.

Siguiendo con la importancia y el control de los pensamientos, éste es un factor *necesario* para producir síntomas obsesivo-compulsivos, debido a que, prácticamente todos los individuos bajos en importancia y control de los pensamientos son también bajos en síntomas obsesivo-compulsivos y los individuos altos en sintomatología obsesivo-compulsiva, en comparación con los bajos, tienen una media en importancia y control de los pensamientos más alta.

Respecto a intolerancia a la incertidumbre, hablamos de un factor *suficiente* para producir síntomas de ansiedad generalizada, teniendo en cuenta que, los altos en intolerancia a la incertidumbre tienen una media en síntomas de ansiedad generalizada más alta que los bajos.

Por otro lado, la intolerancia a la incertidumbre no genera de forma importante ansiedad generalizada, por sí sola no es suficiente para generar sintomatología de ansiedad generalizada, teniendo en cuenta que los individuos altos en intolerancia a la incertidumbre no son altos en sintomatología de ansiedad generalizada.

Además, la ansiedad generalizada puede generarse en ausencia de intolerancia a la incertidumbre, ésta última no es necesaria pero la favorece, concluimos esto, debido a que los individuos bajos en intolerancia a la incertidumbre no lo son en síntomas de ansiedad generalizada

Nuestra conclusión es que la intolerancia no es necesaria para presentar ansiedad generalizada pero sí está frecuentemente presente, probablemente porque quien tiene síntomas de ansiedad generalizada tiende a generar intolerancia, no siempre pero sí frecuentemente, debido a condiciones que no conocemos.

Por último, la intolerancia a la incertidumbre es un factor *necesario* para producir síntomas de ansiedad generalizada, teniendo en cuenta que los individuos altos en sintomatología de ansiedad generalizada, en comparación con los bajos, tienen una media en intolerancia a la incertidumbre más alta.

## REFERENCIAS

- Albert, U., Maina, G., Forner, F., & Bogetto, F. (2004). DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: Prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 325–332. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.06.005>
- Alonso, P., Menchón, J. M., Jiménez, S., Segalàs, J., Mataix-Cols, D., Jaurieta, N., ... Pujol, J. (2008). Personality dimensions in obsessive – compulsive disorder: Relation to clinical variables. *Psychiatry Research*, 157, 159 – 168. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.06.003>
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*. (4th ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition-Text Revision)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Am. Psychiatr. Publ. 5th ed.
- Bados, A. y Bach, L. (1997). Intervención psicológica con una paciente con trastorno de ansiedad generalizada. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 85-107.
- Baer, L., & Jenike, M. A. (1992). Personality disorders in obsessive compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 803–812. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1461797>
- Baer, L., Jenike, M. A., Black, D. W., Treece, C., Rosenfeld, R., & Greist, J. (1992). Effect of axis II diagnoses on treatment outcome with clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49(11), 862–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1444723>
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Barrett, P.M., y Healy, L. (2003a). An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 285-299.
- Barrett, P.M., y Healy-Farrell, L.J. (2003b). Perceived responsibility in childhood obsessive compulsive disorder: An experimental manipulation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 430- 441.

- Becker, E. S., Rinck, M., Roth, W. T., & Margraf, J. (1998). Don't worry and beware of white bears: thought suppression in anxiety patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(1), 39–55. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9549608>
- Bejerot, S., Ekselius, L., & von Knorring, L. (1998). Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(6), 398–402. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9669509>
- Bejerot, S., Schlette, P., Ekselius, L., Adolfsson, R., & von Knorring, L. (1998). Personality disorders and relationship to personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory in patients with obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(3), 243–249. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9761414>
- Berman, L. (1942). Obsessive-compulsive neurosis in children. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 95, 26-39.
- Black, D. W., Noyes, R., Pfohl, B., Goldstein, R. B., & Blum, N. (1993). Personality disorder in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first-degree relatives. *The American Journal of Psychiatry*, 150(8), 1226–1232. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8328568>
- Blashfield, R., Noyes, R., Reich, J., Woodman, C., Cook, B. L., & Garvey, M. J. Personality disorder traits in generalized anxiety and panic disorder patients. *Comprehensive Psychiatry*, 35(5), 329–334. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7995023>
- Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1532–42. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08020320>
- Borkovec, T.D. (1994). The nature, functions, and origins of anxiety. En G.C.L. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives in theory, assessment and treatment* (pp. 5-33). Nueva York: Wiley.
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (1997). [Comparative study of normal subjects and obsessive compulsive subjects on intrusive thoughts and memory]. *L'Encéphale*, 23(3), 175–179. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9333547>
- Brown, T. A., Barlow, D. H., & Liebowitz, M. R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1272–1280. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8067480>
- Brown, T.A., O'Leary, T.A y Barlow, D.H. (2001). Generalized anxiety disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3ª ed., pp. 154-208). Nueva York: Guilford.

- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(8), 931–45. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12186356>
- Butler, G. (1994). Treatment of worry in generalised anxiety disorder. En G.C.L. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives in theory, assessment and treatment* (pp. 209–228). Nueva York: Wiley.
- Canals, J., Domènech, E., Carbajo, G., & Bladé, J. (1997). Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-year-olds. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *96*(4), 287–94. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9350958>
- Carrillo, F., Godoy, A., Gavino, A., Nogueira, R., Quintero, C., & Casado, Y. (2012). “Escala de ansiedad infantil de Spence” (Spence Children’s Anxiety Scale, SCAS): fiabilidad y validez de la versión española. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, *20*, 529–545.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*(3), 279–296.
- Clark, D. M., Ball, S., & Pape, D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behaviour Research and Therapy*, *29*(3), 253–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1883305>
- Clark, D. y Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of depression. *Australian Psychologist*, *28*, 161–167.
- Clark, D. M., Winton, E., & Thynn, L. (1993). A further experimental investigation of thought suppression. *Behaviour Research and Therapy*, *31*(2), 207–10. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8442747>
- Clark, D.A. (2004). *Cognitive behavioural therapy for OCD*. New York: Guilford.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, *44*(6), 573–588. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3579504>
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, *50*(12), 975–990. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8250684>
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rhéaume, J. (2003). “Not just right experiences”: Perfectionism, obsessive–compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(6), 681–700. [http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00044-X](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00044-X)

- Coles, M. E., Pinto, A., Mancebo, M. C., Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (2008). OCD with comorbid OCPD: A subtype of OCD? *Journal of Psychiatric Research*, 42(4), 289–96. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.12.009>
- Coles, M. E., Wolters, L. H., Sochting, I., de Haan, E., Pietrefesa, A. S., & Whiteside, S. P. (2010). Development and initial validation of the Obsessive Belief Questionnaire-Child Version (OBQ-CV). *Depression and Anxiety*, 27(10), 982–91. doi:10.1002/da.20702
- Douglass, H. M., Moffitt, T. E., Dar, R., McGee, R., & Silva, P. (1995). Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18 year olds: Prevalence and predictors. *Journal of the American Academic Child and Adolscence Psychiatry*, 34(11), 1424–1431.
- Cuevas, M. C. (2010). Evaluación y tratamiento de la ansiedad infantil. En G. Buela-Casal (Dir.), *Manual de psicología clínica infantil*. (pp. 163-218). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Davey, G., Tallis, F., y Capuzzo, N. (1996). Beliefs about the consequences of worrying. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 499-520.
- Deffenbacher, J.L. (1997). Entrenamiento en el manejo de la ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 241-263). Madrid: Siglo XXI.
- Derogatis, L.R.: *SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures. Manual II. Clinical Psychometric Research*. 1977.
- Dugas, M.J. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 211-240). Madrid: Siglo XXI.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215–226.
- Dugas, M. J., & Koerner, N. (2005). Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Current Status and Future Directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(1), 61–81. <http://doi.org/10.1891/jcop.19.1.61.66326>
- Dupuy, J. B., Beaudoin, S., Rhéaume, J., Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (2001). Worry: daily self-report in clinical and non-clinical populations. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1249–1255. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11579992>
- D’Zurilla T.J., Nezu, A.M. y Maydeu-Olivares, A. (1998). *Manual for the Social Problem-Solving Inventory-Revised*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.



- Ettelt, S., Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Buhtz, F., Hochrein, A., Kraft, S., ... Wagner, M. (2008). Harm avoidance in subjects with obsessive-compulsive disorder and their families. *Journal of Affective Disorders*, *107*(1-3), 265–9. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2007.08.017>
- Farrell, L. J. (2003). Obsessive-Compulsive Disorder Across the Developmental Trajectory: Clinical Correlates and Cognitive Processing of Threat. Tesis doctoral no publicada. Griffith University.
- Fernández-Llebrés, R., Godoy, A., & Gavino, A. (2010). Adaptación española del Cuestionario de Fusión Pensamiento-Acción para Adolescentes (TAFQ-A). *Psicothema*, *22*(3), 489–494.
- Flament, M. F., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, M., Berg, C. Z., Kalikow, K., ... Shaffer, D. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *27*(6), 764–71. <http://doi.org/10.1097/00004583-198811000-00018>
- Flavell, J.H. y Ross, L. (1981). Social Cognitive Development. Frontiers and possible futures. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Freeston, M. H., Gagnon, F., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Letarte, H., & Rhéaume, J. (1994). Health-related intrusive thoughts. *Journal of Psychosomatic Research*, *38*(3), 203–15. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8027960>
- Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). What do patients do with their obsessive thoughts? *Behaviour Research and Therapy*, *35*(4), 335–348.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, *29*, 585–597.
- Freeston, Rhéaume, & Ladouceur. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, *34*(5-6), 433–446. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8687365>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, *14*(5), 449–468.
- Gamez, W., Watson, D., & Doebbeling, B. N. (2007). Abnormal personality and the mood and anxiety disorders: implications for structural models of anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*(4), 526–39. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.08.003>
- Godoy, A., Gavino, A., Carrillo, F., Cobos, M. P., & Quintero, C. (2011). Composición factorial de la versión española de la Spence Children Anxiety Scale (SCAS). *Psicothema*, *23*(2), 289–294.

- Godoy, A., Nogueira, R., Romero, P., Gavino, A. (2015). Psychometric properties of the Spanish version of the Anxiety Sensitivity Index for Children (ASIC). Trabajo no publicado.
- Godoy, A., Nogueira, R., Reyes, S., y Gavino, A. (2015). Adaptation of the Frost's Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS) in Spanish children and adolescents. Trabajo no publicado.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1012–1016. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2510699>
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006–1011. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2684084>
- Gosselin, P., & Laberge, B. (2003). [Etiological factors of generalized anxiety disorder]. *L'Encéphale*, 29(4 Pt 1), 351–361. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14615705>
- Gwilliam, P., & Wells, A. (2004). Does Meta-cognition or Responsibility Predict Obsessive–Compulsive Symptoms: A Test of the Metacognitive Model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 137–144.
- Hall, B. J., Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2013). An exploration of comorbid symptoms and clinical correlates of clinically significant hoarding symptoms. *Depression and Anxiety*, 30(1), 67–76. <http://doi.org/10.1002/da.22015>
- Hersen, M. y Last, C.G. (1990), Handbook of child and adult psychopathology, Nueva York, Pergamon Press.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568–1578. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11578982>
- Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H., & Goodman, R. (2001). Prevalence of obsessive–compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 179(4), 324–329. <http://doi.org/10.1192/bjp.179.4.324>
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 158–74. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.01.002>

- Hollingsworth, C. E., Tanguay, P. E., Grossman, L., & Pabst, P. (1980). Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in childhood. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *19*(1), 134–44. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7365165>
- Horesh, N., Dolberg, O. T., Kirschenbaum-Aviner, N., & Kotler, M. (1997). Personality differences between obsessive-compulsive disorder subtypes: Washers versus checkers. *Psychiatry Research*, *71*, 197–200.
- Irak, M., & Tosun, A. (2008). Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(8), 1316–25. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.01.012>
- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C., & Heffelfinger, S. K. (2003). Too much thinking about thinking?: Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *17*(2), 181–95. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12614661>
- Janowitz, D., Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Ettelt, S., Buhtz, F., Hochrein, A., ... Wagner, M. (2009). Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. *Depression and Anxiety*, *26*(11), 1012–1017. <http://doi.org/10.1002/da.20597>
- Jansen, M. A., Arntz, A., Merckelbach, H., & Mersch, P. P. (1994). Personality disorders and features in social phobia and panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*(2), 391–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8040509>
- Joffe, R. T., Swinson, R. P., & Regan, J. J. (1988). Personality features of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *145*(9), 1127–1129. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3414855>
- Judd, L. L. (1965). Obsessive Compulsive neurosis in children. *Archives of General Psychiatry*, *12*, 136–43. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14237623>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 617–27. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kim, S. J., Kang, J. I., & Kim, C.-H. (2009). Temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *50*(6), 567–72. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.11.009>
- Kusunoki, K., Sato, T., Taga, C., Yoshida, T., Komori, K., Narita, T., ... Ozaki, N. (2000). Low novelty-seeking differentiates obsessive-compulsive disorder from

- major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(5), 403–405. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10823301>
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H., & Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(2), 139–152. Retrieved from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0887618598000024>
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 957–964. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11142548>
- Ladouceur, Talbot, F., & Dugas, M. J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. Experimental findings. *Behavior Modification*, 21(3), 355–71. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9243960>
- LaSalle-Ricci, V. H., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Crawley, S. A., Ronquillo, J. G., & Murphy, D. L. (2006). The hoarding dimension of OCD: Psychological comorbidity and the five-factor personality model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(10), 1503–12. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.11.009>
- Laurent, J., Schmidt, N. B., Catanzaro, S. J., Joiner, T. E., & Kelley, A. M. (1998). Factor structure of a measure of anxiety sensitivity in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(4), 307–331. [http://doi.org/10.1016/S0887-6185\(98\)00017-6](http://doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00017-6)
- Libby, S., Reynolds, S., Derisley, J., y Clark, S. (2004). Cognitive appraisals in young people with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 45, 1076-1084
- Livesley, W. J., Jang, K. L., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 941–948. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9783566>
- Lyoo, I. K., Lee, D. W., Kim, Y. S., Kong, S. W., & Kwon, J. S. (2001). Patterns of temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(8), 637–641. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11561937>
- Maina, G., Albert, U., Salvi, V., Pessina, E., & Bogetto, F. (2008). Early-onset obsessive-compulsive disorder and personality disorders in adulthood. *Psychiatry Research*, 158(2), 217–225. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.08.003>
- Mataix-Cols, D., Frost, R. O., Pertusa, A., Clark, L. A., Saxena, S., Leckman, J. F., ... Wilhelm, S. (2010). Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27(6), 556–72. <http://doi.org/10.1002/da.20693>

- Mataix-Cols, D., & Pertusa, A. (2012). Annual Research Review: Hoarding disorder: potential benefits and pitfalls of a new mental disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(5), 608–618. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02464.x>
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Matsui, T., Iwasaki, Y., Koshimune, K., Ohya, K., & Stein, D. J. (2001). A comparative study of clinical features between pure checkers and pure washers categorized using a lifetime symptom rating method. *Psychiatry Research*, 105(3), 221–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11814541>
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Miyata, A., Iwasaki, Y., Matsui, T., Nagata, T., ... Yamagami, S. (1998). Personality disorders in patients with obsessive-compulsive disorder in Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(2), 128–134. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9718239>
- Mavissakalian, M., Hamann, M. S., & Jones, B. (1990). Correlates of DSM-III personality disorder in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31(6), 481–489. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2265532>
- Mcfall, M.E., Wollersheim, J.P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy Research*, 3: 333-348.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377–412. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.49.1.377>
- Modestin, J., Oberson, B., & Erni, T. (1997). Possible correlates of DSM-III-R personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(6), 424–30. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9421338>
- Muris, P., Meesters, C., Rassin, E., Merckelbach, H., & Campbell, J. (2001). Thought-action fusion and anxiety disorders symptoms in normal adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 39(7), 843–852. Retrieved from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005796700000772>
- Nogueira, R., Godoy, A., Romero, P., & Gavino, A. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española del Obsessive Belief Questionnaire-Children Version (OBQ-CV) en una muestra no clínica. *Psicothema*, 24, 674–679.
- Nogueira, R., y Godoy, A. (2005). Adaptación Española de la Escala Not Just Right Experiences (NJR). Trabajo no publicado.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667–81. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9193129>

- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 987–1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. Part I. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(8), 863–878. [http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00099-2](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00099-2)
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005a). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and Interpretation of Intrusions Inventory. Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(11), 1527–1542. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.010>
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005b). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory--Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(11), 1527–42. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16299894>
- O'Connor y Robillard, S. (1995). Inference processes in obsessive-compulsive disorder: Some clinical observations. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 887–896.
- Pertusa, A., Frost, R. O., Fullana, M. A., Samuels, J., Steketee, G., Tolin, D., ... Mataix-Cols, D. (2010). Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: A critical review. *Clinical Psychology Review*, *30*(4), 371–386. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.007>
- Pertusa, A., Fullana, M. A., Singh, S., Alonso, P., Menchón, J. M., & Mataix-Cols, D. (2008). Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both? *The American Journal of Psychiatry*, *165*(10), 1289–1298. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111730>
- Pfohl, B., Black, D., Noyes, R., Kelley, M., & Blum, N. (1990). A test of the tridimensional personality theory: association with diagnosis and platelet imipramine binding in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, *28*(1), 41–46. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2165423>
- Purdon, C. L. (2001). Appraisal of obsessional thought recurrences: Impact on anxiety and mood state. *Behavior Therapy*, *32*, 47–64.
- Purdon, C. L., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behavior Modification*, *31*(8), 713–720.
- Purdon, C. L., Rowa, K., & Antony, M. M. (2005). Thought suppression and its effects on thought frequency, appraisal and mood state in individuals with obsessive-

- compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(1), 93–108.  
<http://doi.org/10.1016/j.brat.2003.11.007>
- Rachman. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793–802.
- Rachman. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 385–401. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9670600>
- Rachman, S. (1998). Influences on anxiety. En S. Rachman (Ed.): *Anxiety* (pp. 61-67). Hove, UK: Psychology Press.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149–154.
- Rachman, S. y Shafran, R. (1999). Cognitive Distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 80-85.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 625–639.
- Rachman, S., Thordarson, D. S., Shafran, R., & Woody, S. R. (1995). Perceived responsibility: Structure and significance. *Behaviour Research and Therapy*, 33(7), 779–784.
- Rachman, & Silva, D. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 233–248. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/718588>
- Rachman, S.J. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Rapee, R.M. (1995). Trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo, G. Buéla-Casal y J.A. Carrobes (Dir.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol. 1* (pp. 471-491). Madrid: Siglo XXI.
- Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 143(3), 317–322. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3953865>
- Rassin, E., Diepstraten, P., Merckelbach, H., & Muris, P. (2001). Thought-action fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 757–764.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., & Spaan, V. (1999). Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 231–237.

- Rassin, E., Muris, P., Schmidt, H. G., & Merckelbach, H. (2000). Relationships between thought-action fusion, thought suppression and obsessive-compulsive symptoms: A structural equation modeling approach. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 889–897.
- Rassin, Merckelbach, H., Muris, P., & Stapert, S. (1999). Suppression and ritualistic behaviour in normal participants. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 38 ( Pt 2), 195–201. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10389600>
- Rausch, L., Rovella, A., Morales, C., y González, M. (2011). Procesos cognitivos del trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes. *Psicología Y Salud*, 21(2), 215–226.
- Rector, N. A., Hood, K., Richter, M. A., & Bagby, R. M. (2002). Obsessive-compulsive disorder and the five-factor model of personality: distinction and overlap with major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40(10), 1205–19. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12375729>
- Reeves, J., Reynolds, S., Coker, S., y Wilson, C. (2010). An experimental manipulation of responsibility in children: A test of the inflated responsibility model of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 228-233.
- Reich, J., Goldenberg, I., Vasile, R., Goisman, R., & Keller, M. (1994). A prospective follow-along study of the course of social phobia. *Psychiatry Research*, 54(3), 249–58. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7792329>
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141–153. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0272735891900929>
- Richter, M. A., Summerfeldt, L. J., Joffe, R. T., & Swinson, R. P. (1996). The Tridimensional Personality Questionnaire in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 65(3), 185–188. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9029667>
- Rodrigues Torres, A., & Del Porto, J. A. (1995). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorders. A Brazilian controlled study. *Psychopathology*, 28(6), 322–329. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8838405>
- Rosen, K. V., & Tallis, F. (1995). Investigation into the relationship between personality traits and OCD. *Behaviour Research and Therapy*, 33(4), 445–450.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53–63. <http://doi.org/10.1038/mp.2008.94>



- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571–583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27(1976), 677–682.
- Salkovskis, P.M. (1996). Cognitive-behavioral approaches to understanding obsessional problems. In R. Rapee, M. (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 103-133). Nueva York: Guilford.
- Salkovskis, P. M. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. En R. P. Swison, M. M. Anthony, S. Rachman y M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 33-50). New York: Guilford.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37 Suppl 1(suppl1), S29–S52. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10402695>
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions - A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22(5), 549–552.
- Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Pinto, A., Fyer, A. J., McCracken, J. T., Rauch, S. L., ... Nestadt, G. (2007). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: Results from the OCD Collaborative Genetics Study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 673–86. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2006.05.008>
- Samuels, J. F., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Costa, P. T., Riddle, M. A., & Liang, K. (2000). Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 457–462.
- Sanderson, W. C., & Barlow, D. H. (1990). A description of patients diagnosed with DSM-III-R generalized anxiety disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(9), 588–91. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2394979>
- Sanderson, W. C., Wetzler, S., Beck, A. T., & Betz, F. (1994). Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 51(2), 167–74. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8022951>
- Saxena, S. (2008). Recent advances in compulsive hoarding. *Current Psychiatry Reports*, 10(4), 297–303. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18627667>
- Seisdedos, N. (1990). STAIC, Cuestionario de Autoevaluación. Madrid. TEA Ediciones.

- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *10*(5), 379–391.
- Shafran, R. (2001). Obsessive-Compulsive disorder in children and adolescents. *Child Psychology & Psychiatry Review*, *6*, 50-58.
- Sica, C., Coradeschi, D., Sanavio, E., Dorz, S., Manchisi, D., & Novara, C. (2004). A study of the psychometric properties of the Obsessive Beliefs Inventory and Interpretations of Intrusions Inventory on clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, *18*(3), 291–307. [http://doi.org/10.1016/S0887-6185\(03\)00013-6](http://doi.org/10.1016/S0887-6185(03)00013-6)
- Singleton, N., Bumpstead, R., O'Brien, M., Lee, A., & Meltzer, H. (2003). Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. *International Review of Psychiatry*, *15*(1-2), 65–73. <http://doi.org/10.1080/0954026021000045967>
- Spence, S. H., Barrett, P. M., & Turner, C. M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children ' s Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, *17*, 605–625.
- Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.E., Montuori, J., y Platzek, A. (1973). STAIC, State-Trait Anxiety Inventory for Children. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press (versión española, TEA, 1990).
- Stanley, M. A., Swann, A. C., Bowers, T. C., Davis, M. L., & Taylor, D. J. (1992). A comparison of clinical features in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *30*(1), 39–44. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1540111>
- Steketee, G. y Barlow, D.H. (2002). Obsessie-compulsive disorder. En D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 516-550). New York: Guilford.
- Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H., Lenane, M., & Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*, *46*(4), 335–41. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2930330>
- Taylor, S. (Ed.) (1999). *Anxiety sensitivity: theory, research and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Taylor, S. (2011). Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: Evidence for distinct subtypes. *Clinical Psychology Review*, *31*(7), 1083–100. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.007>
- Thomsen, P. H. (1990). *From thoughts to obsessions: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. London: Jessica Kingsley.

- Thomsen, P. H., & Mikkelsen, H. U. (1993). Development of personality disorders in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. A 6- to 22-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(6), 456–462. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8356899>
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Przeworski, A., & Foa, E. B. (2002). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1255–1274.
- Tolin, D. F., Stevens, M. C., Villavicencio, A. L., Norberg, M. M., Calhoun, V. D., Frost, R. O., ... Pearlson, G. D. (2012). Neural mechanisms of decision making in hoarding disorder. *Archives of General Psychiatry*, 69(8), 832–41. <http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1980>
- Torres, A. R., Moran, P., Bebbington, P., Brugha, T., Bhugra, D., Coid, J. W., ... Prince, M. (2006). Obsessive-compulsive disorder and personality disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(11), 862–867. <http://doi.org/10.1007/s00127-006-0118-3>
- Trinder, H., & Salkovskis, P. M. (1994). Personally relevant intrusions outside the laboratory: Long-term suppression increases intrusion. *Behaviour Research and Therapy*, 32(8), 833–842.
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 235–253. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10721499>
- Twohig, M. P., Moran, D. J. y Hages, S. C. (2007). A functional contextual account of obsessive-compulsive disorder. En D. W. Woods y J. W. Kanter (Eds.), *Understanding behavior disorders: A contemporary behavioral perspective* (pp. 117-156). Oakland, CA: Context Press.
- Vallejo, M. A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13, 419–427.
- Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., McKeown, R. E., Addy, C. L., & Cuffe, S. P. (1994). Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(6), 782–91. <http://doi.org/10.1097/00004583-199407000-00002>
- Wang, X., Cui, D., Wang, Z., Fan, Q., Xu, H., Qiu, J., ... Xiao, Z. (2012). Cross-sectional comparison of the clinical characteristics of adults with early-onset and late-onset obsessive compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 498–504. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.001>

- Watson, D., Clark, L. A., & Harkness, A. R. (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 18–31. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8040477>
- Wegner. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review, 101*(1), 34–52. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8121959>
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(1), 5–13.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality, 62*(4), 616–40. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7861307>
- Wells, A. y Matthews, G. (1994). Attention and emotion: a clinical perspective. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 1995*, 301-320.
- Wells, A. (1997). Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. Chichester: Wiley.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. *Behaviour Research and Therapy, 33*(5), 579–83. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7598681>
- Widiger, T. A., & Costa, P. T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 78–91. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8040485>
- Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1992). Personality: structure and assessment. *Annual Review of Psychology, 43*, 473–504. <http://doi.org/10.1146/annurev.ps.43.020192.002353>
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*(5), 355–364. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8179459>
- Wu, K. D., Clark, L. A., & Watson, D. (2006). Relations between Obsessive-Compulsive Disorder and personality: Beyond Axis I-Axis II comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(6), 695–717. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.11.001>
- Zinbarg, R. E., & Barlow, D. H. (1996). Structure of anxiety and the anxiety disorders: a hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(2), 181–193. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8722999>

- 
- Zohar, A. H. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8(3), 445–60. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10442225>
- Zohar, A. H., Ratzoni, G., Pauls, D. L., Apter, A., Bleich, A., Kron, S., ... Cohen, D. J. (1992). An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1057–61. <http://doi.org/10.1097/00004583-199211000-00010>