

## TEMA 6.- TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC).

### 1.- CONCEPTUACIÓN

☞ No es fácil delimitar los aspectos característicos necesarios para definir el TOC. Es un trastorno a caballo entre las neurosis y las psicosis.

☞ Argumentos a favor de su cercanía a las psicosis (Vallejo Ruiloba):

- El hecho de que los psicopatólogos franceses hablan de las obsesiones en términos de locura.
- Lo absurdas y carentes de sentido que resultan muchas percepciones obsesivas.
- Su génesis: súbita e incomprensible.
- La capacidad invasiva y destructiva del trastorno.

☞ Argumentos que marcan las distancias con las psicosis:

- La conciencia de enfermedad (está siempre presente).
- Carencia de intencionalidad exterior (autorreferencia).
- La ausencia de deterioro.
- El hecho de que el obsesivo luche contra sus ideas (el esquizofrénico se identifica con ellas).

☞ Factores que hacen que se reafirme como "neurosis marginales":

- Tratarse de fenómenos dimensionales.
- La fijación al plano de la realidad y la conciencia de enfermedad (características de las neurosis), resultan cuestionables en las obsesiones.

☞ En la definición de Westphal se contemplan aspectos que resultan criterios definicionales básicos de éste trastorno:

- La cualidad compulsiva de la experiencia.
- El reconocimiento de la misma como irrelevante, absurda o sin sentido.
- Que la experiencia sea resistida por la persona (actualmente esto no se mantiene tanto, pasado un tiempo se da una “claudicación”).

## 2.- CLASIFICACIÓN

### 2.1.- CIE 9

☞ En la CIE-9 se clasifica el TOC dentro de los Trastornos neuróticos y se define de la siguiente forma:

“Estados cuyo síntoma sobresaliente es un sentimiento de compulsión subjetiva (que debe ser resistido) para efectuar alguna acción, persistir en una idea, recordar una experiencia o rumiar acerca de un asunto abstracto. Los pensamientos no deseados que se entrometen, la insistencia de las palabras o ideas, las reflexiones o cadenas de pensamientos, son percibidos por el paciente como inapropiados o carentes de sentido. La idea obsesiva es reconocida como ajena a la personalidad, pero proveniente de dentro de sí mismo. Las acciones obsesivas pueden adquirir un carácter casi ritual con el fin de aliviar la ansiedad, por ejemplo, lavarse las manos para combatir la contaminación. Las tentativas por desechar los pensamientos que no son bienvenidos pueden conducir a una lucha interna más acentuada con ansiedad intensa”.

### 2.2.- CIE 10

☞ En la CIE-10 también se incluye el TOC dentro de los Trastornos neuróticos y se insiste en que la característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes.

☞ La CIE-10 incorpora el elemento gravedad, plantea que a veces el obsesivo puede no reconocer que su comportamiento tiene escaso sentido, el abandono de la resistencia en algunos casos y la conveniencia de distinguir entre pensamientos obsesivos y actos compulsivos, ya que ello puede tener implicaciones para el tratamiento.

### 2.3.- DSM-III

- ☞ En el DSM-III se clasifica el TOC dentro de los Trastornos por ansiedad. Se establece que los rasgos esenciales del trastorno son la presencia de obsesiones o compulsiones recurrentes. Se puntualizan:
  - Las compulsiones se resisten, por lo menos, inicialmente.
  - Por lo general, se reconoce la falta de sentido de la conducta.
  - Se plantea la necesidad de que el malestar que produce el trastorno sea significativo.
  - Se señala que no deben estar producidas por otra alteración mental.

### 2.3.- DSM-III-R

- ☞ El DSM-III-R sigue considerando el TOC dentro de los Trastornos por ansiedad y utiliza criterios muy similares a los del DSM-III para el establecimiento del diagnóstico.
- ☞ Como aspectos diferenciales: acentúa en mayor medida la importancia de la gravedad, que las obsesiones se experimenten, al menos inicialmente, como sin sentido y a lo largo de la enfermedad y tras fracasos repetidos de resistir las compulsiones, la persona puede abandonarse totalmente a ellas y no experimentar más el deseo de resistirse.

### 2.4.- DSM-IV Y DSM-IV-TR

- ☞ A diferencia de lo que ocurría en el DSM-III-R:
  - No se indica nada respecto a que en casos de larga evolución la persona puede haberse abandonado totalmente y ya no experimentar más el deseo de resistirse.
  - Por primera vez se definen las compulsiones como conductas repetitivas o acciones mentales.

- Se puntualiza también que, si está presente algún otro trastorno del eje I, el contenido de la obsesión o de la compulsión no debe circunscribirse al mismo y que el trastorno no debe estar causado directamente por alguna sustancia o por una condición médica general.
- Como otro importante aspecto nuevo a destacar se considera necesario especificar si el trastorno es del Tipo Pobre Insight, esto es, si durante la mayor parte del tiempo, desde que está presente el trastorno, la persona no reconoce que las obsesiones y compulsiones resultan excesivas o irrazonables.

☞ Es necesario para el establecimiento del diagnóstico de TOC la presencia de obsesiones y compulsiones.

- Obsesiones:

- Ideas, pensamientos, imágenes o impulsos persistentes que se experimentan (al menos inicialmente) como invasores y sin sentido, que la persona intenta suprimir o neutralizar.
- La obsesión no es voluntaria, sino que es vivenciada por el paciente como algo que invade su conciencia.
- La persona no desea que la obsesión aparezca bien al contrario, se resiste a ella, trata de luchar contra ella.

- Compulsiones:

- Se definen como conductas (o acciones mentales) repetitivas, finalistas e intencionales que se efectúan como respuesta a una obsesión de manera estereotipada o de acuerdo con demasiadas reglas.
- La conducta no es en sí misma placentera ni da lugar a alguna actividad útil, sino que generalmente se plantea para prevenir un desastre o un daño. Sin embargo, no siempre existe una conexión lógica o realista entre la conducta y el peligro que se quiere conjurar o puede resultar ser claramente excesiva.
- La persona reconoce la irracionalidad o la falta de sentido de la conducta y no obtiene placer alguno al realizarla; aunque, a corto plazo, puede proporcionar un alivio de la tensión o de la ansiedad.

### Criterios diagnósticos de TOC en el DSM-IV-TR.

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las **obsesiones** se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las **compulsiones** se definen por 1 y 2:

1. comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

*Especificar si:*

**Con poca conciencia de enfermedad:** si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

### 3.- RELACIÓN FUNCIONAL ENTRE OBSESIONES Y COMPULSIONES

☞ Foa, Steketee y Ozarow, plantean una definición del TOC, que parte de la relación funcional entre obsesiones y compulsiones:

"Consiste en una serie de eventos que generan ansiedad, denominados obsesiones. Para aliviar esa ansiedad, se ejecutan una serie de conductas, denominadas compulsiones".

- ☞ Hembree, Foa y Kozak, consideran que los criterios diagnósticos del DSM, se han visto influidos por una serie de conceptos o ideas tradicionales, que deberían ser revisado/as.

### 3.1.- NATURALEZA Y RELACIÓN DE LAS OBSESIONES Y COMPULSIONES.

- ☞ Existe evidencia empírica de que la obsesión produce malestar y que la conducta compulsiva sirve para reducirla. (Consistente con la relación dinámica entre obsesiones y compulsiones).
- ☞ Entra en conflicto con la idea de que las compulsiones son conductas que se efectúan en respuesta a una obsesión, o de acuerdo con determinadas reglas.
- ☞ En la mayoría de los casos, la obsesión da lugar a la compulsión, sin embargo a veces la obsesión se da sola, sin estar precedida por una obsesión (infrecuente).
- ☞ En el CIE 10 no se señala abiertamente que la compulsión se realiza como respuesta a una obsesión, sólo que tiene la función de prevenir o conjurar algún peligro o daño.

### 3.2.- PENSAMIENTOS NEUTRALIZADORES: OBSESIONES O COMPULSIONES.

- ☞ Hembree: El DSM-III-R, contempla las obsesiones como acontecimientos mentales, y las compulsiones como conductas manifiestas. Pero, además, el criterio para obsesiones distingue entre dos tipos de acontecimientos mentales:
  - Los que el individuo trata de suprimir o ignorar.
  - Los que le sirven para neutralizar los pensamientos intrusivos ⇒ Serían como compulsiones encubiertas.
- ☞ Rachman, insiste en la conveniencia de considerar 2 tipos de compulsiones:
  - Compulsiones manifiestas.
  - Compulsiones encubiertas (recogido en el DSM-IV).

### 3.3.- ¿RECONOCE EL PACIENTE QUE SUS SÍNTOMAS NO TIENEN SENTIDO?.

- ☞ Westphal contempla el pensamiento obsesivo como algo demente e irracional. Janet como algo extraño al yo y como algo absurdo (planteamiento defendido por el DSM).
- ☞ Insel, Ariskal y Lelliott, señalan que, en lugar de pesar en términos dicotómicos, es más adecuado hablar de un continuo: algunos pacientes creen que son irracionales, otros no están muy convencidos y los hay que creen que son totalmente lógicos y razonables ⇒ En éste último caso consideran que se trata de "psicosis obsesivo-compulsiva".
- ☞ Para Westphal las obsesiones invaden la conciencia del paciente y este suele reconocerlos como anormales y extraños.

## 4.- MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

### 4.1.- CLASIFICACIÓN DE MARKS (1987).

- ☞ Marks diferencia distintas manifestaciones clínicas del TOC.
  - Rituales compulsivos con obsesiones Los pacientes evitan los estímulos evocadores de los rituales.
    - Rituales de limpieza (51%): Más frecuente en mujeres que en hombres. Los pacientes temen y evitan cualquier posible foco de suciedad o contaminación. Posteriormente llevan a cabo largos y complicados rituales de limpieza.
    - Rituales de repetición (40%): El más característicos es el de los rituales con números pero puede repetirse cualquier tipo de acción. En algunos casos, el paciente debe repetir la acción hasta que logra realizarla "correctamente".
    - Rituales de comprobación (38%): Más frecuente en hombres que en mujeres. Los pacientes pueden comprobar reiterada y repetidamente las cosas más variopintas. Desde si está cerrada la llave del gas o la del agua en su casa, hasta volver atrás en la calle para comprobar que no han matado a la persona con la que se acaban de cruzar.
    - Rituales de acumulación (2%): Los pacientes no pueden desprenderse de casi ninguna cosa y acumulan multitud de objetos inservibles. Deshacerse de cualquiera de ellos les causa enorme ansiedad y, después de un tiempo, puede resultar imposible transitar por su casa.

- **Rituales de orden (9%):** Les causa un enorme malestar ver cosas y objetos “fuera de su sitio” y pueden pasar horas ordenando objetos de una manera determinada.
- **Lentitud sin rituales visibles:** Es más frecuente entre hombres que entre mujeres y resulta especialmente difícil de tratar. No suele darse sin la presencia de rituales obsesivos. La lentitud generalmente se debe a las numerosas repeticiones que el paciente lleva a cabo al realizar una determinada tarea.
- **Obsesiones:** Pensamientos o rumiaciones repetitivos y estereotipados que irrumpen en la conciencia del paciente en contra de su voluntad. Se repiten a pesar de todos los intentos que lleva a cabo el paciente para hacerlos desaparecer.

#### 4.2.- CLASIFICACIÓN DE SILVA Y RACHMAN (1992).

📖 Marks, De Silva y Rachman (1992) señalan que el TOC puede dar lugar a distintas manifestaciones o subtipos clínicos. Además, la mayoría de los pacientes señala que tiene más de un problema, aunque generalmente en cada paciente predominan uno o dos subtipos.

- **Compulsiones de limpieza/lavado:** La forma más común en clínica. El paciente tiene obsesiones sobre posible contaminación por suciedad o gérmenes y lleva a cabo elaborados y largos rituales de limpieza o desinfección. Se produce evitación de todo aquello que el paciente cree que puede ensuciarle o contaminarle. Más frecuente en mujeres que en hombres.
- **Compulsiones de comprobación:** Sería el siguiente subtipo en cuanto a frecuencia de aparición en clínica. A diferencia de Marks, señalan que aproximadamente se manifiesta por igual en ambos sexos. Estos rituales suelen estar asociados a obsesiones que toman la forma de duda, la duda perenne continúa y el paciente sigue comprobando repetidamente. Estos pacientes suelen temer que la falta de comprobación dará lugar a una catástrofe de la que, obviamente, se sentirían responsables. Si ese sentimiento de responsabilidad no está presente, la ansiedad y la necesidad de realizar el ritual disminuye o no existe.
- **Otro tipo de compulsiones manifiestas:** No se observan diferencias entre sexos. Estos pacientes presentan otras modalidades de compulsiones manifiestas, como: Repeticiones reiteradas de determinadas conductas; Seguir secuencias estrictas al realizar una conducta o compulsiones de tocar. La razón que dan es similar a la del subtipo anterior, están conjurando un peligro, están evitando una catástrofe.



- Obsesiones no acompañadas por conducta compulsiva manifiesta: La presencia de pensamientos, imágenes o impulsos no acompañados por rituales. En algunos pacientes estas obsesiones van seguidas de compulsiones encubiertas o rituales mentales que se asemejan bastante a los rituales manifiestos, ya que el paciente siente una gran urgencia por realizarlos y suelen tener el efecto de reducir el malestar o la ansiedad.
- Lentitud obsesiva primaria: Este subtipo fue identificado inicialmente por Rachman (1974) y se ha observado en un pequeño número de pacientes, en su gran mayoría hombres. La persona lleva a cabo algunas actividades de forma extraordinariamente lenta y pausada (puede tardar en vestirse o en ducharse cinco o seis horas), mientras que otras conductas las puede realizar a una velocidad normal. Algo específico de este problema es que todo el ensayo mental involucrado en el hecho de llevar a cabo la conducta no es vivenciado por el sujeto como algo molesto, intrusivo y que tenga que ser resistido. Este subtipo suele aparecer al inicio de la vida adulta, tiene un curso crónico, suele dar lugar a una gran incapacitación y no es raro que el paciente esté socialmente aislado.

#### **4.3.- LA CLASIFICACIÓN DEL GRUPO DE FOA (FOA, STEKETEE Y OZAROW, 1985; KOZAK, FOA Y MCCARTHY, 1988).**

Estos autores critican muchos de los intentos de clasificación tradicionales del TOC debido a que tales tipos de clasificación no proporcionan directrices útiles en cuanto al tratamiento. Proponen una clasificación del TOC que se basa, por una parte, en los indicios o señales que evocan ansiedad y, por otra, en el tipo de actividad que reduce o elimine dicha ansiedad.

Subtipos de obsesiones:

- Presencia de ideas intrusivas, señales o estímulos externos y temores acerca de desastres.
- Presencia de ideas intrusivas, señales o estímulos externos sin pensamientos acerca de desastre.
- Presencia de ideas intrusivas y pensamientos acerca de desastres sin señales externas.
- Teóricamente sería posible en un cuarto subtipo de obsesiones, en el que no detectarían ni señales externas ni miedo al desastre, pero Kozac y cols. (1988) señalan que no han encontrado pacientes de estas características en la práctica clínica.

- ☞ La diferenciación establecida por Rachman era entre compulsiones “preventivas” y “restaurativas o restitutivas”. Una forma más útil de clasificación es categorizar las compulsiones en función de su modalidad: manifiesta versus encubierta.
- ☞ Esta clasificación da lugar a ocho tipos distintos de obsesión-compulsión, de las cuales, realmente, sólo se han observado en la práctica clínica seis tipos distintos. Estos subtipos no son mutuamente excluyentes, ya que un paciente puede tener obsesiones de varios tipos. De la misma forma, una obsesión puede dar lugar a rituales manifiestos o encubiertos. Los tipos segundo, tercero y cuarto son ejemplos de obsesiones puras, no se producen compulsiones manifiestas, aunque pueden diferenciarse entre sí dependiendo de si sus obsesiones están asociadas a determinadas señales externas y/o a la anticipación de algún desastre.

#### 4.4.- CLASIFICACIÓN DE RACHMAN (1994).

##### ¿Cómo es posible lavarse repetidamente y todavía permanecer sucio?:

- ☞ Rachman realiza un trabajo sobre la "polución de la mente", en el que plantea una posible alternativa a las clasificaciones tradicionales del TOC, en lo que respeta a las obsesiones-compulsiones de limpieza.
- ☞ Diferencia entre "sentirse sucio" y la "sensación de polución". La persona, para eliminar la sensación de polución, utiliza los mismos métodos que utilizaría en el caso de estar sucio, pero, en éste caso, los lavados repetidos no darán resultado.
- ☞ La sensación de "polución de la mente" hace referencia a la "suciedad interior", independientemente de la presencia o ausencia de suciedad observable. Puede estar generada por acontecimientos mentales como pensamientos e imágenes o impulsos inaceptables.
- ☞ Otra tercera modalidad, surge por miedo a la enfermedad, fundamentalmente a la contaminación.
- ☞ Puede presentarse aisladamente cualquiera de los 3 subtipos ("sentirse sucio", "polución de la mente" y "miedo a la contaminación").

#### 5.- PREVALENCIA, CURSO Y RELACIÓN CON OTROS TRASTORNOS

##### 5.1.- PREVALENCIA Y CURSO

- ☞ Los tres trabajos comunitarios de Weissman indican que la prevalencia media del trastorno en un período de seis meses era algo mayor en mujeres que en hombres, sin que se observaran relaciones con la edad.

- ☞ El DSM-IV da una prevalencia vital del 2.5%, y una prevalencia anual del 1.5 al 2.1%.
- ☞ La revisión de Marks (1987) indica que la tasa de prevalencia media del TOC oscila entre el 1.8 y el 2.5%.
- ☞ Los síntomas obsesivo-compulsivos son mucho más frecuentes que el trastorno.
- ☞ La edad de inicio generalmente se sitúa en la adolescencia o al inicio de la vida adulta, pero también se han identificado casos en niños de 5 y 6 años.
- ☞ Por lo general, el trastorno se desarrolla gradualmente y el curso es crónico, aunque pueden observarse fluctuaciones en la presencia de la sintomatología.
- ☞ El deterioro que produce el trastorno puede ir desde moderado a muy grave; en algunos casos resulta totalmente incapacitante.

## 5.2.- RELACIÓN CON OTROS TRASTORNOS.

- ☞ El DSM-IV plantea posibles similitudes del TOC con una serie de trastornos. Por ejemplo, si algunas actividades se realizan excesivamente pueden tener la apariencia de conductas compulsivas (comer en exceso o la urgente y firme determinación de perder peso, el abuso del alcohol, el juego patológico,...). Sin embargo, estos problemas se diferencian de las compulsiones verdaderas porque la persona obtiene placer cuando las realiza y suele querer resistirse a las mismas solamente por sus efectos secundarios.
- ☞ Entre la mitad y un tercio de los pacientes con TOC tienen al menos otro trastorno asociado, especialmente depresión y otros trastornos de ansiedad. El TOC está claramente relacionado con la depresión.
  - La obsesión es secundaria a la depresión y la sintomatología obsesiva desaparece cuando aquella remite.
  - En otros casos ocurre, lo contrario, es decir, la depresión es secundaria al TOC; generalmente, los síntomas obsesivo-compulsivos empeoran cuando el paciente está deprimido. Se ha observado que en esos casos el paciente tiene una respuesta peor al tratamiento y puede ser necesario tratar en primer lugar la depresión.
- ☞ Habría que establecer un diagnóstico diferencial respecto a un trastorno delirante; hay que recordar que la conciencia sobre la irracionalidad de las obsesiones suele ser menor cuando el paciente está muy ansioso, y mejorar cuando disminuye la ansiedad.

## 6.- ETIOLOGÍA. MODELOS EXPLICATIVOS

- ☞ Generalmente se contemplan tres grandes orientaciones: los postulados psicoanalíticos iniciales, los modelos biológicos y los modelos comportamentales-cognitivos.
  - Las formulaciones psicoanalíticas defendidas por Freud o alguno de sus seguidores les corresponde el mérito de haber sido las primeras en exponer un intento de explicación del TOC. En la actualidad no existen pruebas que pongan de manifiesto la necesidad de prestar una mayor atención a estas perspectivas.
  - Los modelos biológicos explican que los factores biológicos pueden reconocer el papel desempeñado por distintos factores psicológicos; sin embargo, insisten en que la base del TOC existe un problema orgánico. Estos modelos han recibido un cierto apoyo, pero siguen quedando sin respuesta en algunas cuestiones.
  - Sin embargo, hasta el momento las orientaciones que han logrado explicaciones más satisfactorias son las orientaciones psicológicas cognitivo-comportamentales.

### 6.1.- LOS MODELOS PSICOLÓGICOS COMPORTAMENTALES Y COGNITIVOS.

#### 6.1.1- Modelos provenientes de las orientaciones del aprendizaje.

- ☞ Los primeros intentos explicativos surgen en el ámbito de las teorías del aprendizaje. Desde esta perspectiva se considera que los trastornos neuróticos son de naturaleza aprendida.
- ☞ Según el modelo de Mowrer se producen respuestas de escape o evitación que son subsecuentemente reforzadas negativamente por su capacidad para reducir la ansiedad. Se producen también procesos de condicionamiento de orden más elevado cuando el organismo asocia otros estímulos neutrales con el estímulo condicionado inicial.
- ☞ En el trastorno obsesivo-compulsivo las respuestas de escape o evitación toman la forma de compulsiones o rituales y se supone que se mantienen porque se muestran capaces de reducir la ansiedad.
- ☞ Críticas:
  - Existe poca evidencia acerca de que este tipo de condicionamiento desempeñe un papel central en la génesis del TOC. Una serie de autores han subrayado la dificultad para identificar la experiencia traumática que supuestamente hubiera podido originar el problema.

- Es bastante común en la clínica que los pacientes obsesivos no recuerden ningún acontecimiento traumático desencadenante.
- En muchos pacientes se dan simultáneamente varios tipos de rituales y obsesiones, con lo que ello implicaría en cuanto a la necesidad de distintos acontecimientos traumáticos.
- Muchos pacientes informan de cambios importantes en el contenido de sus obsesiones sin que medien experiencias traumáticas.

☞ Desde la perspectiva del aprendizaje se han intentado llevar a cabo una serie de reformulaciones que pudieran dar respuesta a estos problemas:

- La teoría del doble refuerzo de Hershstein (1969). Se apoya en la capacidad de una respuesta para convertirse en fija y estereotipada cuando recibe un doble refuerzo al ser asociada simultáneamente con un refuerzo positivo (acercamiento) y otro negativo (evitación). El aspecto fundamental a subrayar no sería la reducción de la ansiedad después de la realización del ritual, sino el hecho de que el sujeto experimenta menos ansiedad si lo realiza que si no lo realiza. Podría explicar los casos en los que la realización de los rituales no reduce sino que eleva la ansiedad, pero el sujeto se ve obligado a elegir entre el malestar o la ansiedad que causa la realización del ritual, o la ansiedad mucho mayor y la sensación de culpa asociada a su no realización.
- La teoría de la “preparación” de Seligman. Intenta explicar las diferencias que se han observado respecto a la posibilidad de condicionar distintos tipos de estímulos, esto es, rebate el principio de equipotencialidad de Watson. Seligman diferencia entre tres categorías de conductas en función de una predisposición biológica (preparadas, no preparadas y antipreparadas) y, a partir de ahí, intenta explicar el hecho de que unas determinadas asociaciones resulten más fáciles de lograr que otras y también se muestren más resistentes a la extinción.
- La teoría de la incubación de Eysenck. Se planteó para intentar dar respuesta a algunos de los problemas apuntados respecto a la adquisición de fobias o rituales sin necesidad de eventos traumáticos y la no extinción, o incluso incremento, de la respuesta condicionada cuando ésta no es reforzada. En esta teoría se defiende que la necesidad se adquiere y se mantiene según los principios del condicionamiento tipo B. Eysenck afirma que bajo determinadas condiciones la presentación no reforzada del EC produce un fortalecimiento o incubación de la respuesta condicionada en lugar de la extinción. La novedad fundamental del planteamiento eysenckiano es el principio de la incubación, en base al cual la mera presentación del EC no siempre lleva a la extinción de la RC tal y como establece la ley de extinción.

### 6.1.2- La importancia de las variables de aprendizaje social.

- ☞ Rachman (1977) plantea tres posibles “camino” para la adquisición de los miedos: condicionamiento, modelado y transmisión de información. Con ello intenta superar la necesidad del “acontecimiento traumático inicial”. Además, insiste en la convivencia de contemplar la ansiedad como un concepto multidimensional, que puede estar relacionado con los tres sistemas relativamente independientes del organismo: cogniciones, actividad fisiológica y conducta motora observable. Se producirán una serie de interacciones entre estos tres sistemas y los distintos modos de adquisición de los miedos, y esas interacciones pueden explicar las desincronías observadas en los trastornos de ansiedad.
- ☞ Rachman insiste en la importancia de una serie de variables de aprendizaje social para explicar la génesis de las obsesiones. Por ejemplo, habría una mayor probabilidad de que los rituales de limpieza se desarrollaran en familias con padres exigentes, críticos y con altos estándares de funcionamiento.
- ☞ Los planteamientos de Rachman nos parecen importantes, pues amplían de forma notable el modo en que se puede entender la ansiedad y, en concreto, las obsesiones. Sin embargo, algunas de sus hipótesis respecto a la importancia de los sistemas de crianza no han recibido apoyo o éste no ha sido totalmente concluyente.

### 6.1.3- Orientaciones cognitivas.

#### Carr (1971, 1974)

- ☞ El modelo de Carr defiende que la sintomatología del TOC es el producto de dos factores: por una parte, las valoraciones irreales o no fundamentadas sobre posibles amenazas o desastres que lleva a cabo la persona y, por otra, una serie de evaluaciones equivocadas acerca de su habilidad o su capacidad para poderles hacer frente.
- ☞ Todo ello hace que se generen respuestas de temor, y la función de las compulsiones sería aliviar o reducir ese temor.

#### McFall y Wollersheim (1979)

- ☞ Reformularon el modelo de Carr apoyándose en los planteamientos de Lazarus. Estos autores afirman que las valoraciones no realistas acerca de amenazas o desastres que llevan a cabo los pacientes provienen de una serie de pensamientos erróneos o patrones de pensamiento irracional. Estos patrones de pensamiento dan lugar a una valoración errónea de la amenaza, y ello, a su vez, provoca ansiedad.

### Barlow (1988)

- ☞ Este autor insiste en la importancia de dos tipos de vulnerabilidad para dar cuenta de los distintos trastornos de ansiedad: vulnerabilidad biológica y vulnerabilidad psicológica. Respecto a los pacientes obsesivos-compulsivos afirma que tienen una mayor probabilidad de reaccionar al estrés con fuertes respuestas emocionales que otras personas y esta predisposición tiene una base biológica. Además, estos pacientes a lo largo de su vida han aprendido que ciertos pensamientos son peligrosos e inaceptables.
- ☞ En una situación de estrés el individuo tendrá tendencia a tener fuertes reacciones emocionales negativas. A su vez, aparecerán pensamientos que la persona juzgará como inaceptables e intentará suprimir o evitar.
- ☞ La recurrencia de los pensamientos incrementará la ansiedad, y este incremento de la ansiedad irá asociado a emociones negativas y una sensación de falta de control ante tales pensamientos. De este modo se establece un círculo vicioso, en el que la atención se centra fundamentalmente en esos pensamientos que terminan convirtiéndose en estímulos discriminativos similares a los estímulos fóbicos en su capacidad para elicitar alarma o pánico.
- ☞ El contenido específico de las obsesiones estará determinado por las experiencias de aprendizaje de la persona. Los rituales se consideran un resultado de los intentos del paciente por controlar los pensamientos intrusivos. Todo este proceso suele ir acompañado por un deterioro en el estado de ánimo.

### Reed (1968-1985).

- ☞ Este autor defiende que la causa del trastorno es un déficit en el procesamiento de la información. En su opinión, los pacientes con TOC tendrán dificultades en la organización e integración de la experiencia. Los déficit de los obsesivos serían:
  - Dificultad para discriminar entre lo relevante y lo irrelevante en cualquier situación.
  - Dificultad para categorizar el material informativo que procesan, junto a un déficit para almacenarlo en la memoria a largo plazo.
  - Esto hace que les resulte muy difícil generar predicciones sobre el miedo, con la correspondiente dificultad para tomar decisiones.
- ☞ Estas personas intentarán compensar su déficit imponiendo límites artificiales rígidamente definidos.

### Foa y Kozak (1985); Kozak, Foa y McCarthy (1988)

- ☞ Estos autores, apoyándose en la teoría bioinformacional de Lang, entienden los trastornos de ansiedad como deterioros específicos en los prototipos de memoria afectiva. En su opinión, los miedos neuróticos difieren estructuralmente de los miedos normales e insisten en que en estos últimos se produce una estimación errónea de la amenaza, una valencia altamente negativa para los eventos amenazantes, excesivos elementos de respuesta y resistencia a la modificación. Esta resistencia es debida al fracaso en acceder a la red de temor, acceso que se ve dificultado por la evitación de las situaciones que evocan ansiedad.
- ☞ Estos autores también afirman que estos pacientes presentan una serie de déficit cognitivos que se manifiestan fundamentalmente en tres áreas:
  - Razonamiento epistemológico; asumen que en ausencia de evidencia clara de seguridad, la situación es peligrosa. El obsesivo estará atormentado acerca de lo que es peligroso y lo que es seguro.
  - Sobrestimación dada.
  - Deterioros en la organización e integración de la información.
- ☞ Este déficit general se acentúa cuando procesan material relacionado con el miedo.

### Salkovskis (1985-1999)

- ☞ Salkovskis (1985) propone diferenciar entre “pensamientos automáticos negativos” y “obsesiones”. Aunque en principio ambos conceptos pueden incluirse dentro de la subcategoría denominada por Rachman (1981) “cogniciones intrusivas desagradables o molestas”, es conveniente y necesario clarificar la posible relación existente entre ellos.
- ☞ En opinión de Salkovskis, es posible establecer importantes diferencias entre pensamientos automáticos y obsesiones: el grado de intrusión percibido, el grado de accesibilidad a la conciencia y el grado en que son consistentes con el sistema de creencias de la persona.
- ☞ A partir de esta diferenciación, plantea que los pensamientos obsesivos funcionan como un estímulo que puede provocar un tipo particular de pensamiento automático.
- ☞ La evidencia disponible pone de manifiesto que las intrusiones se producen frecuentemente en la población normal sin que ello conlleve un grado importante de malestar. Por esta razón hipotetiza que tales intrusiones sólo se convertirán en un problema, si dan lugar a una serie de pensamientos automáticos negativos, a través de la interacción entre dichas intrusiones inaceptables para el individuo y su sistema de creencias.



- ☞ La afirmación fundamental de Salkovskis es que los pensamientos o imágenes automáticos desencadenados por las obsesiones giran en torno a la responsabilidad personal (si las cosas van mal será culpa mía). Tal responsabilidad puede ser directa o indirecta. Estas creencias acerca de la propia responsabilidad puede conducir a que la persona se culpe a sí misma en la medida en que los aspectos que están implicados en la responsabilidad resulten aborrecibles para ella. Además, no es necesario que las cosas sucedan; las ideas de responsabilidad pueden ampliarse también al hecho de haber tenido el pensamiento en sí mismo.
- ☞ El ambiente es una amplia gama de potenciales estímulos desencadenantes de pensamientos intrusivos. Ahora bien, los obsesivos tenderán a evitar, en la medida de lo posible, tales estímulos.
- ☞ Esta evitación puede ser manifiesta (evitar un lugar, objeto o situación) o encubierta (no permitirse pensar en determinados temas).
- ☞ Esta estrategia de evitación puede fallar. En ambos casos nos encontramos ya ante un estímulo desencadenante. La reacción del individuo a esta intrusión dependerá de la importancia que pueda tener para la persona que se produzca esa experiencia y a las posibles consecuencias o implicaciones que pueda tener su ocurrencia. Si los pensamientos extraños y con contenido displacentero pueden ocurrir, pero no tienen grandes implicaciones para el paciente, éste no se preocupará. La secuencia terminará ahí. Por el contrario, si cree que esos pensamientos tienen importantes implicaciones, se activarán una serie de pensamientos surgen en función de la fuerza que tenga la creencia original relacionada con ellos (la cual, a su vez, estará afectada por el estado de ánimo preexistente).
- ☞ Los supuestos disfuncionales que con mayor probabilidad interactúan con los pensamientos intrusivos serían los siguientes:
  - Tener un pensamiento sobre una acción es como realizar la acción.
  - El fracaso en impedir (o el fracaso al intentar prevenir) daño a uno mismo o a los demás es lo mismo que causar ese daño.
  - La responsabilidad no se atenúa por otros factores.
  - No llevar a cabo la neutralización cuando se produce la intrusión es similar o equivalente a buscar o desear el daño relacionado con la intrusión.
  - Una persona debe (y puede) ejercer control sobre sus propios sentimientos.
- ☞ En opinión de Salkovskis (1985), la neutralización puede tener una serie de consecuencias importantes:
  - La reducción o alivio del malestar.

- La neutralización es reforzada, ya que, por una parte, va seguida de no-castigo y, por otra, proporciona un importante apoyo a las creencias que mantiene el sujeto.
- La puesta en marcha y la realización de la neutralización se convierte en un poderoso e inescapable estímulo desencadenante.

☞ En este modelo, otro elemento importante a considerar es el estado de ánimo alterado previo a la neutralización, ya que pueden actuar: ampliando toda la gama de estímulos que provocan intrusiones, la gama de intrusiones que desencadenan estímulos negativos y el nivel de actividad de los esquemas disfuncionales preexistentes.

☞ El mismo Salkovskis afirma que para que su modelo resulte útil debería poder dar respuesta a una serie de observaciones comunes en la práctica clínica, aunque no es posible olvidar que esas mismas observaciones también resultan problemáticas para la mayoría de los modelos existentes en la actualidad sobre el TOC:

- En la clínica se observan compulsiones sin sentido y no parecen estar relacionadas de modo específico con pensamientos de culpa o responsabilidad, o incluso es posible encontrar personas que encuentran agradable el hecho de realizar los rituales. La respuesta de Salkovskis es que al parecer nos encontramos ante neutralizaciones extremadamente bien elaboradas y, sobre todo, eficaces. Del análisis surgen una serie de predicciones: en estos casos, siempre estará presente una respuesta neutralizadora muy eficaz; los pensamientos de culpa o responsabilidad habrán estado presentes al inicio de las obsesiones; las obsesiones tenderán a ser de muy larga evolución o de inicio temprano; la mayor parte del tiempo se observará poca o ninguna resistencia; se observará escaso o nulo malestar psicofisiológico subjetivo cuando la persona realice la respuesta neutralizadora, aunque la prevención de respuesta lo activará; y, la respuesta neutralizadora tenderá a ser muy estereotipada.
- Los pensamientos acerca de culpa y responsabilidad no suelen observarse en muchas obsesiones “normales”. En opinión de Salkovskis, esta cuestión resulta clave para el modelo y se ajusta perfectamente a todo lo expuesto. Es poco probable que la persona que experimenta alguna intrusión lleve a cabo la conducta neutralizadora, a no ser que la intrusión dé lugar a pensamientos automáticos negativos de culpa o de responsabilidad. Según Salkovskis, ésta sería, por tanto, el elemento diferenciador fundamental entre obsesiones “normales” y obsesiones clínicas.
- El modelo plantea que existe una relación entre el estado de ánimo y las obsesiones. Sin embargo, se ha observado la existencia de un pequeño subgrupo de pacientes en los que la presencia de depresión da lugar a una disminución (y en ocasiones a una completa remisión) de los síntomas obsesivos. Estos pacientes, además, muestran un aumento de las obsesiones cuando la depresión mejora. La explicación de este fenómeno, según Salkovskis, podría encontrarse en el contenido de las cogniciones que tienen estos pacientes cuando se deprimen: autocensura y sentimientos de culpa o, por el contrario, sentimientos abrumadores de desesperanza y desamparo.